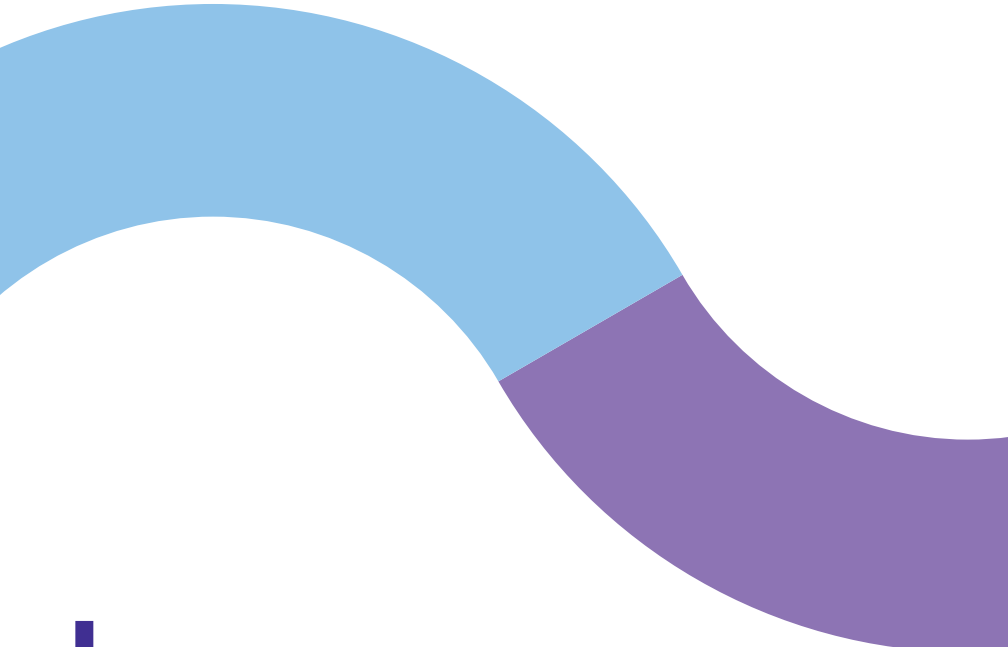


Contrat Y9999

En vigueur le 1^{er} janvier 2025

Personnel d'encadrement des secteurs
public et parapublic du Québec

Régime d'assurance collective



beneva

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES GARANTIES

i

LES RÉGIMES AUTOASSURÉS PAR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC :..... 1

i-	Le régime uniforme d'assurance vie.....	1
ii-	Le régime de rentes de survivants.....	1
iii-	Le régime d'assurance salaire de courte durée.....	3

LES RÉGIMES ASSURÉS PAR BENEVA..... 5

1- RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX : RÉGIMES ASSURÉS..... 5

1.1	Admissibilité	5
1.2	Participation à l'assurance.....	5
1.3	Exemption et terminaison du droit d'exemption.....	7
1.4	Adhérent.....	8
1.5	Assurés	8
1.6	Bénéficiaire	10
1.7	Statut de protection individuel, monoparental ou familial.....	10
1.8	Changement de statut de protection	10
1.9	Statut de fumeur/non-fumeur	11
1.10	Traitement.....	12
1.11	Poursuite de l'assurance sans paiement de primes et exonération ...	12
1.12	Absence temporaire du travail.....	12
1.13	Congé sabbatique à traitement différé	16
1.14	Mesures de fin d'engagement, d'emploi ou de contrat, de réduction des surplus ou de mise en disponibilité, de préretraite (totale ou graduelle) ou de retraite progressive	17
1.15	Fin de l'assurance	17
1.16	Prolongation et droit de transformation.....	18
1.17	Droit au paiement anticipé - régimes d'assurance vie (obligatoire de base et facultatif additionnel).....	20
1.18	Dispositions en vigueur lors d'une invalidité	20
1.19	Monnaie	21

2- LE RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE 22

2.1	Frais hospitaliers (remboursés à 100 %).....	22
2.2	Frais de médicaments et paramédicaux (remboursés à 75 % ou 100 % s'il y a lieu)	23
2.3	Exclusions	33
2.4	Coordination	34

3-	DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSURANCE VOYAGE ET D'ANNULATION VOYAGE	35
3.1	Définitions.....	35
3.2	Assurance voyage (remboursés à 100 %).....	36
3.3	Assistance voyage.....	39
3.4	Assurance annulation voyage (remboursés à 100 %).....	40
3.5	Exclusions, limitations et coordination	44
4-	LE RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE.....	49
4.1	Assurance vie de l'adhérent.....	49
4.2	Assurance vie du conjoint et des enfants à charge	49
4.3	Assurance en cas de mutilation accidentelle de l'adhérent, du conjoint et des enfants à charge	49
4.4	Exclusion en cas de mutilation accidentelle	49
5-	LE RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE	50
5.1	Assurance vie additionnelle de l'adhérent	50
5.2	Assurance vie additionnelle du conjoint	50
5.3	Exclusion	50
6-	LE RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	51
6.1	Montant de la rente	51
6.2	Délai de carence.....	51
6.3	Durée des prestations.....	51
6.4	Coordination de la rente.....	51
6.5	Cotisation au régime de retraite	52
6.6	Définition d'invalidité totale	52
6.7	Période d'invalidité totale (après 104 semaines).....	52
6.8	Indexation.....	52
6.9	Programme de réadaptation.....	53
6.10	Cessation des prestations.....	53
6.11	Droit d'appel.....	54
6.12	Exclusions	55
7-	LE RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (RCO)	56
7.1	Admissibilité aux prestations	56
7.2	Prestations.....	56
7.3	Versement des prestations	57
7.4	Cessation des prestations.....	57
7.5	Cotisation au régime de retraite	58
7.6	Prime du régime de rentes de survivants	58
7.7	Prestations d'assurance vie et rentes de survivants	58
7.8	Exclusion	58

8- COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS	59
8.1 Frais hospitaliers	59
8.2 Frais de médicaments.....	59
8.3 Autres frais d'assurance accident maladie.....	61
8.4 Frais hospitaliers ou médicaux à la suite d'un accident de travail ou d'automobile.....	62
8.5 Assurance voyage et assurance annulation voyage.....	62
8.6 Assurance vie et mutilation accidentelle de l'adhérent, du conjoint et des enfants à charge	63
8.7 Assurance salaire de longue durée	63
8.8 Avis concernant la protection des renseignements personnels.....	63
9- RÉGIMES D'ASSURANCE DES RETRAITÉS	66
9.1 Personne admissible.....	66
9.2 Régimes offerts	66
9.3 Délai d'adhésion.....	66
10- SERVICES INTERNET BENEVA	69
10.1 Espace client.....	69
10.2 Application Beneva	69
11- CONSEILS D'AMI.....	70
12- TARIFICATION	71
NOTES	76

SOMMAIRE DES GARANTIES

Coûts usuels et raisonnables : pour être admissibles, les frais engagés pour des services ou fournitures doivent être conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées.

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE			
Assurance voyage avec assistance	Remboursement maximum 5 000 000 \$ / voyage / assuré Si vous planifiez voyager plus de 180 jours par année, veuillez communiquer à l'avance avec Beneva afin de connaître les conditions qui s'appliquent.	OUI	100 %
Assurance annulation voyage	Remboursement maximum 5 000 \$ / voyage / assuré, avec justification reconnue par Beneva	S.O.	
Frais hospitaliers au Québec	Chambre semi-privée sans limite de jours	NON	
Frais médicaux non dispensés au Québec	Trois (3) fois le montant payé par la RAMQ *	Préautorisation de la RAMQ	
Frais hospitaliers non dispensés au Québec	Une (1) fois le montant payé par la RAMQ	Préautorisation de la RAMQ	
Frais de transport et d'hébergement hors Québec	Remboursement maximum de 5 000 \$ / année civile / assuré	Préautorisation de la RAMQ	

* Régie de l'assurance maladie du Québec

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
Médicaments et services pharmaceutiques admissibles	Médicaments disponibles uniquement sur prescription Substitution générique obligatoire	OUI	75 % sur les premiers 3 000 \$, 100 % sur l'excédent
Soins à domicile :	Dans les 30 jours d'une hospitalisation		
- Soins infirmiers	Frais admissibles de 60 \$ / jour / assuré	OUI	
- Frais de transport	Frais admissibles de 30 \$ / déplacement maximum de 3 déplacements / semaine / assuré	OUI	
- Maison de convalescence	Frais admissibles de 125 \$ / jour / assuré	OUI	
- Aide à domicile	Frais admissibles de 60 \$ / jour / assuré	OUI	
- Frais de garde d'enfants	Frais excédentaires admissibles de 25 \$ / jour / enfant	OUI	
Fauteuil roulant - lit d'hôpital	Usage temporaire seulement	OUI	
Membres artificiels ou prothèses externes	Coûts usuels et raisonnables	OUI	
Prothèse capillaire (à la suite d'une chimiothérapie)	Remboursement maximum d'une (1) prothèse / 48 mois consécutifs / assuré, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 500 \$	OUI	
Lentilles intraoculaires	Coûts usuels et raisonnables	OUI	
Prothèse mammaire (à la suite d'une mastectomie)	Coûts usuels et raisonnables	OUI	
Soutien-gorge postopératoire (à la suite d'une mastectomie ou d'une réduction mammaire)	Coûts usuels et raisonnables : Remboursement maximum de 6 soutiens-gorge postopératoires à vie / assuré	OUI	

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
Bandages herniaires, pansements, corsets, béquilles, attelles, plâtres, orthèses plantaires (laboratoire spécialisé) et autres appareils orthopédiques	Coûts usuels et raisonnables	OUI	75 % sur les premiers 3 000 \$, 100 % sur l'excédent
Glucomètre	Frais admissibles de 300 \$ / 36 mois consécutifs / assuré	OUI	
Appareils thérapeutiques	Coûts usuels et raisonnables	OUI	
Pompe à insuline	Achat et réparation de pompe : Remboursement maximum de 7 500 \$ / 60 mois consécutifs / assuré Articles nécessaires à l'utilisation de la pompe : Remboursement maximum de 4 000 \$ / année civile / assuré	OUI	
Neurostimulateur percutané ou transcutané (PENS/TENS)	Frais admissibles de 1 000 \$ / 60 mois consécutifs / assuré	OUI	
Chaussures orthopédiques (laboratoire spécialisé)	Coûts usuels et raisonnables	OUI	
Électrocardiogrammes, radiographies (y compris scanner), résonances magnétiques, échographies et analyses de laboratoire	Coûts usuels et raisonnables	OUI	
Appareils d'assistance respiratoire et oxygène	1 appareil / 60 mois consécutifs / assuré	OUI	
Appareils auditifs	Frais admissibles de 1 000 \$ / 48 mois consécutifs / assuré	NON	

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
Infirmier	Coûts usuels et raisonnables	OUI	75 % sur les premiers 3 000 \$, 100 % sur l'excédent
Chirurgie esthétique	À la suite d'un accident	OUI	
Bas de contention	De 21 mm de Hg ou plus, trois (3) paires / année civile / assuré	OUI	
Injections sclérosantes	Substance : Frais admissibles de 20 \$ / traitement / jour / assuré Honoraires professionnels : Frais admissibles de 25 \$ / traitement / jour / assuré	NON	
Chirurgie dentaire en cas d'accident	Soins reçus dans les 12 mois suivant l'accident	NON	
Ambulance	Coûts usuels et raisonnables	NON	
Vaccins curatifs et préventifs	Frais admissibles de 200 \$ / année civile / assuré	NON	
Transport et hébergement au Québec	Remboursement maximum de 1 000 \$ / année civile / assuré	OUI	
Cure de désintoxication	Frais admissibles de 50 \$ / jour, maximum 30 jours / année civile / assuré, dans un établissement reconnu	OUI	
Optométriste ou ophtalmologiste	Remboursement maximum de 50 \$ / 24 mois consécutifs / assuré	NON	

RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE – Honoraires professionnels			
Regroupement	Frais admissibles par traitement	Remboursement maximum par année civile, par assuré et par regroupement	Pourcentage de remboursement
Diététiste	30 \$	500 \$	75 % sur les premiers 3 000 \$, 100 % sur l'excédent
Naturopathe	30 \$	600 \$	
Homéopathe	30 \$		
Phytothérapeute	30 \$		
Acupuncteur	30 \$	600 \$	
Ostéopathe	30 \$		
Kinésologue	30 \$		
Kinésithérapeute	30 \$		
Orthothérapeute	30 \$		
Massothérapeute	30 \$		
Chiropraticien*	30 \$	500 \$	
Physiothérapeute, Thérapeute en réadaptation physique, Thérapeute du sport agréé	40 \$	Illimité	
Audiologiste	60 \$	500 \$	
Audioprothésiste	40 \$		
Ergothérapeute	40 \$	500 \$	
Orthophoniste	60 \$	600 \$	
Podiatre**	40 \$	500 \$	
Psychiatre, Psychanalyste, Psychologue, Psychothérapeute Travailleur social Thérapeute conjugal et familial Conseiller en orientation	Coûts usuels et raisonnables	1 000 \$	

Aucune prescription médicale n'est requise pour le remboursement des frais des professionnels indiqués dans le tableau ci-dessus.

* Les frais pour les radiographies effectuées par un chiropraticien sont limités à 50 \$ / année civile et sont assujettis au remboursement maximum par année civile, par assuré.

**Les frais pour les radiographies effectuées par un podiatre sont limités à 50 \$ / année civile et sont assujettis au remboursement maximum par année civile, par assuré.

RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE	
- Assurance vie de base de l'adhérent :	50 % du traitement
- Assurance vie du conjoint :	17 200 \$
- Assurance vie des enfants à charge :	5 000 \$ / enfant
- Assurance en cas de mutilation accidentelle de l'adhérent, du conjoint et des enfants à charge	
RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT ET DU CONJOINT	
- Assurance vie additionnelle de l'adhérent :	1, 2, 3, 4 ou 5 fois le traitement annuel
- Assurance vie additionnelle du conjoint :	Par tranches de 10 000 \$, maximum 100 000 \$
<i>Des preuves d'assurabilité peuvent être exigées selon ce qui est prévu à la section 5 de la présente brochure</i>	
RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	
65 % du traitement mensuel brut à compter de la 105 ^e semaine d'invalidité totale	
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (RCO)	
Prestations complémentaires en lien avec le programme de réadaptation en complément du traitement provenant d'un emploi de réadaptation	

Voir le texte de la brochure pour tous les détails relatifs à chacune des garanties et pour les exclusions ou limitations.

LES RÉGIMES AUTOASSURÉS PAR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC :

- **LE RÉGIME UNIFORME D'ASSURANCE VIE**
- **LE RÉGIME DE RENTES DE SURVIVANTS**
- **LE RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE**

Ces régimes sont assumés par le gouvernement du Québec et sont accordés au personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec. Vous n'avez aucune prime à payer.

Nous désirons vous signaler que ce document a été rédigé pour fins d'information seulement et n'a aucune valeur légale. Seuls les textes adoptés par les autorités compétentes servent à déterminer notamment les modalités d'application et les garanties de ces régimes et à trancher, le cas échéant, tout litige relatif à ces régimes.

Pour toute information additionnelle, vous devez communiquer avec votre employeur.

I- LE RÉGIME UNIFORME D'ASSURANCE VIE

A- Garantie

Le personnel d'encadrement profite d'une assurance vie de 6 400 \$ payable aux légataires désignés dans un testament ou, à défaut, aux héritiers qui répondent à la définition du Code civil. Ce montant est réduit à 3 200 \$ pour les adhérents à temps partiel.

B- Demande de prestations au décès

Pour obtenir le paiement du montant de la protection assumée par le gouvernement du Québec, les héritiers doivent compléter le formulaire *Demande de prestations de survivant* qu'ils peuvent obtenir de votre employeur ou de Retraite Québec. Le formulaire doit être envoyé à :

Retraite Québec
Case Postale 5500, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 0G9

II- LE RÉGIME DE RENTES DE SURVIVANTS

Les rentes de survivants sont payables mensuellement à compter du 1^{er} jour du mois au cours duquel survient le décès d'un adhérent ayant un conjoint ou des enfants à charge.

A- Rente de conjoint

Cette rente est payable au conjoint tel que défini dans *la section 1 - Renseignements généraux* jusqu'à son décès.

- Le conjoint auquel on réfère pour la rente de survivants est le conjoint qui a été déclaré à Beneva par l'adhérent. Pour toute modification de la déclaration, l'adhérent doit en faire la demande à Beneva par l'intermédiaire de son employeur.

Le montant initial de cette rente est égal à 40 % du traitement mensuel de l'adhérent et est réduit du montant initial de la rente similaire payée en vertu du Régime de rentes du Québec.

B- Rente d'enfants à charge

Cette rente est payable aux enfants à charge tels que définis dans *la section 1 - Renseignements généraux* ou à leur tuteur.

Lorsqu'une rente de conjoint est payable, le montant initial de la rente d'enfants à charge est égal à 15 % du traitement mensuel pour l'ensemble des enfants à charge.

Lorsqu'il n'y a pas de conjoint ou lorsque le conjoint qui recevait une rente décède, le montant initial de la rente d'enfants à charge est égal à 15 % du traitement mensuel pour le premier enfant à charge et à 10 % du même traitement pour chaque autre enfant à charge.

Cependant, le montant initial des rentes payables au conjoint et aux enfants à charge ne peut jamais dépasser 55 % du traitement mensuel de l'adhérent au moment de son décès.

C- Traitement servant au calcul de la rente

Ces rentes sont basées sur le traitement mensuel de l'adhérent au moment de son décès et le cas échéant, sur la prestation du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée (RCO).

Dans le cas d'un adhérent totalement invalide lors de son décès, les rentes sont calculées en fonction du traitement servant de base au calcul de la prestation d'assurance salaire de courte durée, ou si l'invalidité dure depuis plus de 104 semaines, en fonction de son traitement assurable servant de base au calcul des prestations d'assurance salaire de longue durée.

D- Demande de rentes de survivants

Toute demande de paiement de rentes de survivants doit être transmise par écrit à Beneva.

E- Exemption

L'adhérent qui n'a ni conjoint ni enfant à charge et qui fournit la preuve qu'aucune prestation ne sera payable en vertu du régime de rentes de survivants, peut être exempté de participer à ce régime pendant les périodes suivantes :

- 1- absence sans traitement et congé sans traitement de plus de 30 jours;
ou

- 2- période non travaillée lors d'un congé partiel sans traitement qui s'échelonne sur une période de plus de 30 jours; ou
- 3- période non travaillée dans le cadre d'une entente de réduction du temps de travail; ou
- 4- non-réengagement, résiliation d'engagement ou congédiement contesté par appel.

L'adhérent doit formuler sa demande d'exemption à son employeur dans les circonstances décrites aux *points 1, 2 et 3* avant le début du congé ou à Beneva dans la circonstance décrite au *point 4*, lorsqu'il fait sa demande de maintien des régimes assurés pour la durée de cet appel.

L'adhérent doit utiliser, dans les circonstances décrites ci-haut, le formulaire intitulé *Demande d'exemption de participation au régime de rentes de survivants* disponible auprès de son employeur.

III- LE RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Ce régime couvre les 104 premières semaines d'invalidité du personnel d'encadrement. Votre employeur est responsable du versement des prestations de ce régime.

A- Invalidité

Il faut entendre par invalidité totale un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou de complications graves d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances qui exige des soins médicaux et qui rend l'employé totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi offert par l'employeur et comportant une rémunération similaire.

N'est pas reconnue comme une période d'invalidité totale, celle qui résulte de maladie ou de blessure, volontairement causée par l'employé lui-même, d'alcoolisme ou de toxicomanie, de service dans les forces armées ou de participation active à une émeute, à une insurrection, à des infractions ou à des actes criminels.

Dans le cas d'alcoolisme et de toxicomanie, est reconnue comme période d'invalidité totale celle pendant laquelle l'employé reçoit des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réhabilitation.

B- Garanties du régime

Première période

Pendant la première semaine d'invalidité totale, l'adhérent reçoit le traitement auquel il aurait eu droit s'il avait été au travail.

Deuxième période

À compter de la deuxième semaine d'invalidité totale et jusqu'à concurrence de 26 semaines du début de cette invalidité, la prestation d'assurance salaire est égale à 80 % du traitement auquel l'adhérent aurait eu droit s'il avait été au travail.

Troisième période

À compter de la 27^e semaine d'invalidité totale et jusqu'à concurrence de la 104^e semaine du début de cette invalidité, la prestation d'assurance salaire est égale à 70 % du traitement auquel l'adhérent aurait eu droit s'il avait été au travail.

- Pour l'adhérent dont la réadaptation débute au cours des 104 premières semaines d'invalidité, les prestations sont égales à 90 % du traitement de l'employé pour la période de travail prévue dans le plan de réadaptation.

C- Intégration des protections

Le montant des prestations du régime d'assurance salaire de courte durée est réduit des prestations d'invalidité payables en vertu de la Loi sur l'assurance automobile, du Régime de rentes du Québec, de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de tout autre régime de retraite auquel l'employeur contribue.

LES RÉGIMES ASSURÉS PAR BENEVA

1- RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX : RÉGIMES ASSURÉS

1.1 ADMISSIBILITÉ

C'est l'employeur qui détermine, selon les politiques de conditions de travail sectorielles, quels sont les employés admissibles à l'assurance.

Les employés dont la semaine de travail est égale ou inférieure à 25 % de la semaine de travail régulière d'un employé à temps complet, de même que ceux qui participent au Régime d'assurance collective des retraités du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec ou reçoivent une rente de retraite administrée par Retraite Québec (à l'exception du Régime de retraite des élus municipaux (RREM), du Régime de retraite des maires et des conseillers des municipalités (RRMCM) et du Régime de retraite des membres de l'Assemblée nationale (RRMAN)) ne sont pas admissibles au présent régime d'assurance collective.

La participation au régime commence, pourvu que l'employé soit au travail :

- un (1) mois après sa date d'entrée en fonction pour un employé à temps complet;
- trois (3) mois après sa date d'entrée en fonction pour un employé à temps partiel.

Les délais mentionnés précédemment ne s'appliquent pas dans le cas de toute personne qui occupait déjà une fonction auprès d'un employeur des secteurs public et parapublic du Québec dans les 30 jours précédant son entrée en fonction.

1.2 PARTICIPATION À L'ASSURANCE

Tout employé admissible participe obligatoirement aux régimes obligatoires de base d'assurance accident maladie, d'assurance vie et d'assurance salaire de longue durée.

En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, il incombe à l'adhérent de protéger son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'il y a lieu, pour les médicaments. Comme cette garantie se retrouve dans le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie, la protection en vertu de ce régime devra refléter l'exigence de la Loi en cette matière.

Adhérent âgé de 65 ans ou plus

Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans, il est inscrit automatiquement à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et doit choisir l'une des options suivantes :

- se désengager de la RAMQ et s'assurer entièrement (y compris les médicaments) dans le présent régime d'assurance accident maladie pour lui-même, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle en assumant la surprime requise;

- maintenir son inscription à la RAMQ pour les médicaments pour lui-même, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle et conserver les autres garanties d'assurance accident maladie dans le présent régime.

L'adhérent âgé de 65 ans ou plus qui s'inscrit à la RAMQ présente ses demandes de prestations de médicaments à cet organisme pour en obtenir le remboursement. À ce moment-là, la partie déboursée par l'assuré est considérée comme un frais admissible en vertu de la clause « médicaments », par Beneva. La décision de s'inscrire à la RAMQ est irrévocable.

L'adhérent de 65 ans ou plus qui ne s'inscrit pas à la RAMQ voit ses prestations de médicaments remboursées par Beneva. Il doit en faire la demande par écrit à Beneva et payer la surprime (par période de 14 jours) indiquée au tableau des primes apparaissant à la fin de cette brochure.

À moins d'avis contraire de la part de l'adhérent, l'assurance médicaments chez Beneva se termine au premier jour de la période de paie suivant le 65^e anniversaire de l'adhérent.

Conjoint atteignant l'âge de 65 ans avant l'adhérent

Le conjoint qui atteint l'âge de 65 ans avant l'adhérent a le choix de maintenir sa protection de médicaments auprès de Beneva ou auprès de la RAMQ.

À moins d'indication contraire, Beneva et la RAMQ considèrent que le conjoint qui atteint l'âge de 65 ans est inscrit automatiquement au Régime public d'assurance médicaments. Ainsi, le tableau suivant résume les démarches à effectuer par le conjoint pour faire connaître son choix lors de son 65^e anniversaire :

Conjoint demeure assuré auprès de Beneva pour les médicaments	Conjoint s'assure auprès de la RAMQ pour les médicaments
• L'inscription à la RAMQ est automatique lors de son 65^e anniversaire. Il devra donc se désengager de la RAMQ dès son 65^e anniversaire.	• L'inscription à la RAMQ est automatique lors de son 65^e anniversaire. Aucune démarche particulière à effectuer auprès de la RAMQ.

Conjoint demeure assuré auprès de Beneva pour les médicaments	Conjoint s'assure auprès de la RAMQ pour les médicaments
L'adhérent doit informer Beneva de la décision de son conjoint. Beneva maintient pour son conjoint la couverture pour les médicaments et les autres garanties du Régime d'assurance accident maladie.	Aucune démarche à entreprendre auprès de Beneva. Beneva maintient pour le conjoint la couverture pour les autres garanties du régime d'assurance accident maladie, y compris celle pour les médicaments non couverts par la RAMQ, mais admissibles à un remboursement par Beneva. De plus, la partie déboursée par le conjoint (franchise et coassurance) exigée par la RAMQ est considérée comme un frais admissible en vertu de la clause médicaments de Beneva.
- L'adhérent paie la prime familiale du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie. - Aucune surprime applicable chez Beneva pour le conjoint de 65 ans ou plus.	- L'adhérent paie la prime familiale du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie. - La prime du régime public d'assurance médicaments requise devra être acquittée lors de la production de la déclaration de revenus du conjoint.
Cette décision est révocable. Le conjoint peut s'inscrire à la RAMQ en tout temps.	L'inscription au régime public d'assurance médicaments est irrévocable. Le conjoint ne pourra plus être assuré par Beneva pour les médicaments couverts par la RAMQ.

Compte tenu que le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie ne prévoit pas de surprime pour le conjoint de 65 ans ou plus, le choix le plus avantageux pour le conjoint est de conserver sa protection de médicaments auprès de Beneva.

1.3 EXEMPTION ET TERMINAISON DU DROIT D'EXEMPTION

Un adhérent doit faire la preuve qu'il est protégé en vertu d'un autre contrat d'assurance collective comportant une couverture pour les médicaments afin d'être exempté de participer au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie. Cependant, l'adhérent doit participer aux autres régimes obligatoires (vie et salaire). De plus, l'adhérent peut participer au régime facultatif d'assurance vie additionnelle.

L'adhérent qui désire bénéficier de cette disposition doit en faire la demande à Beneva par l'intermédiaire de son employeur. L'exemption prend effet à la date de réception de la demande par l'employeur et la prime est modifiée le 1^{er} jour de la période de paie qui suit ou qui coïncide avec cette date.

Un adhérent exempté peut participer à nouveau au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie (statut de protection individuel, monoparental ou familial), et ce, sans preuve d'assurabilité à la condition d'en faire la demande à Beneva, par l'intermédiaire de son employeur, dans les **60 jours** qui suivent la cessation de l'assurance lui ayant permis d'être exempté. L'assurance prend alors effet à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption et la prime est payable le 1^{er} jour de la période de paie qui suit ou qui coïncide avec cette date.

Au-delà de ce délai de 60 jours, la protection prend alors effet le 1^{er} jour de la période de paie qui suit ou qui coïncide avec la date de réception de la demande par Beneva.

1.4 ADHÉRENT

Un employé qui est admis à l'assurance et qui paie les cotisations requises.

1.5 ASSURÉS

Les personnes assurées sont l'adhérent lui-même, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle au sens de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec.

1.5.1 Conjoint

Une personne liée à l'adhérent par suite d'un mariage ou d'une union civile légalement contractés et reconnus comme valables par les lois du Québec ou par le fait pour l'adhérent de présenter cette personne publiquement comme son conjoint et de résider en permanence depuis plus d'un (1) an ou immédiatement si un enfant est issu de leur union, avec elle. La dissolution du mariage par divorce ou la nullité du mariage ou la dissolution ou la nullité de l'union civile fait perdre le statut de conjoint de même que la séparation de fait depuis plus de trois (3) mois dans le cas d'une union non légalement contractée.

Lorsque l'adhérent est légalement lié par un mariage ou une union civile à une personne, il peut désigner à Beneva une autre personne comme conjoint en lieu et place du conjoint légal, à la condition que cette personne réponde à la définition de conjoint de fait prévue à la présente. La désignation de cette personne prend effet à la date de notification à Beneva.

1.5.2 Enfant à charge

Un enfant de l'adhérent, de son conjoint ou des deux, ainsi qu'un enfant dont l'adhérent a la garde de droit ou dont il avait la garde lorsque l'enfant a atteint sa majorité ou qu'il avait alors adopté de fait, sans conjoint, qui dépend de l'adhérent pour son soutien et est :

- âgé de moins de 18 ans; ou
- âgé de moins de 26 ans, s'il fréquente à temps plein à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu.

La déclaration de fréquentation scolaire doit être faite à Beneva, soit par l'entremise du site Espace client ou par un avis verbal ou écrit, une fois par année scolaire (1^{er} septembre au 31 août) pour qu'une demande de prestations soit considérée directement en pharmacie. Beneva se réserve le droit de demander une preuve de fréquentation scolaire; ou

- quel que soit son âge, devenu totalement invalide alors qu'il satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et est demeuré continuellement invalide depuis cette date.

La Loi sur l'assurance médicaments du Québec **oblige** l'un ou l'autre des parents qui a accès à un régime collectif à protéger leurs enfants à charge, et ce, indépendamment du fait, comme dans un cas de divorce, qu'il en ait ou non la garde légale. Si les deux parents sont admissibles à un régime d'assurance collective, ils devront prendre entente entre eux.

Congé sabbatique scolaire d'un enfant à charge

Aux fins du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie et du régime obligatoire de base d'assurance vie, un enfant à charge en congé sabbatique scolaire peut maintenir son statut d'enfant à charge pourvu que l'adhérent remplisse les modalités suivantes :

- une demande écrite, préalable au congé, devra être soumise à Beneva et acceptée par cette dernière avant le début du congé;
- la demande devra indiquer la date du début du congé sabbatique et sa durée;
- le congé sabbatique ne sera 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 RAMQ, et doit se terminer au début d'une année ou d'une session scolaire (septembre ou janvier).

1.5.3 Personne atteinte d'une déficience fonctionnelle

Une personne majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience fonctionnelle définie dans le règlement sur le Régime général d'assurance médicaments (RGAM) survenue alors qu'elle répondait à la définition d'« enfant à charge » prévue au contrat, ne recevant aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale, domiciliée chez l'adhérent et sur laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.

Une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle ne peut être protégée qu'en vertu du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie.

1.6 BÉNÉFICIAIRE

Personne désignée par l'adhérent, à qui est versé le capital assuré payable lors du décès de l'adhérent. En l'absence d'un bénéficiaire désigné, la somme assurée est payable à la succession de l'adhérent.

Les prestations payables au décès du conjoint ou d'un enfant à charge assurés sont toujours payables à l'adhérent.

L'adhérent peut changer de bénéficiaire dans les limites prévues par la loi, par l'entremise du site **Espace client** ou en communiquant par écrit avec le siège social de Beneva.

1.7 STATUT DE PROTECTION INDIVIDUEL, MONOPARENTAL OU FAMILIAL

Le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie doit faire l'objet d'un des choix ci-dessous :

- statut de protection **individuel** (protège l'adhérent seulement);
- statut de protection **monoparental** (protège l'adhérent, ses enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle);
- statut de protection **familial** (protège l'adhérent, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle).

Ce choix est important, car la prime dépend directement du statut de protection choisi. Ce choix n'affecte pas les autres régimes disponibles (telle l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge prévue au régime obligatoire de base d'assurance vie décrit au *point 4* ainsi que le régime de rentes de survivants décrit au *point II*).

1.8 CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION

1.8.1 Augmentation de protection

Il est possible d'augmenter son statut de protection en modifiant sa protection **individuelle** en protection **monoparentale** ou **familiale**, ou en modifiant sa protection **monoparentale** en protection **familiale**.

Toute augmentation de statut de protection dans le **régime obligatoire de base d'assurance accident maladie** est soumise aux conditions suivantes :

- a) lorsque la demande pour un statut de protection monoparental est présentée à l'employeur dans les 60 jours suivant la naissance d'un enfant ou de son adoption ou dans les 60 jours suivant la fin de l'assurance des enfants à charge par un autre régime d'assurance collective procurant des protections similaires :
 - le statut de protection monoparental prend effet rétroactivement à la date de la naissance ou d'adoption ou de la fin de l'assurance.
- b) lorsque la demande pour un statut de protection familial est présentée à l'employeur dans les 60 jours suivant le mariage, la reconnaissance du « conjoint de fait » ou la terminaison de l'assurance du conjoint :
 - le statut de protection familial prend effet rétroactivement à la date de l'événement.

- c) lorsque la demande pour un statut de protection monoparental ou familial est présentée au-delà du délai mentionné aux paragraphes a) et b) :
- le statut de protection demandé prend effet à la date de réception de la demande par Beneva et la prime est payable le 1^{er} jour de la période de paie qui suit ou qui coïncide avec la date de réception de la demande par Beneva.

Lors de la naissance d'un enfant à charge ou lors de son adoption, celui-ci est assuré automatiquement si l'adhérent est déjà protégé par un contrat monoparental ou familial.

1.8.2 Réduction de la protection

Il est possible de réduire son statut de protection en modifiant sa protection **familiale** en protection **monoparentale** ou **individuelle**, ou en modifiant sa protection **monoparentale** en protection **individuelle**.

Toutefois, en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, l'adhérent doit protéger son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'il y a lieu, pour la garantie de médicaments. Comme cette garantie fait partie du Régime obligatoire de base d'assurance accident maladie, la protection détenue par l'adhérent doit être conforme à l'exigence de cette loi en cette matière.

Le statut de protection demandé prend effet à la date de réception de la demande par l'employeur et la prime est payable à compter du 1^{er} jour de la période de paie qui coïncide ou qui suit cette date.

1.8.3 Demande de modification

Pour toute demande de modification de statut de protection, l'adhérent doit en faire la demande à Beneva par l'intermédiaire de son employeur.

1.9 STATUT DE FUMEUR/NON-FUMEUR

La tarification du régime facultatif d'assurance vie additionnelle prévoit une réduction de primes pour l'adhérent ou le conjoint non-fumeur protégé par ce régime.

Pour se prévaloir de cette réduction, l'adhérent doit signer la déclaration prévue à cette fin. Cette déclaration est disponible auprès du service des ressources humaines de l'employeur. **Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de cette protection.**

Pour être considéré non-fumeur, il ne faut pas avoir fumé au cours des 12 derniers mois aucun produit de tabagisme tel que cigarette, cigarette électronique (vapoteuse), cigare, cigarillo ou pipe, ni aucune drogue.

Si l'adhérent ou son conjoint cesse de remplir les conditions requises, Beneva doit en être avisée afin de corriger le dossier et la prime en conséquence.

Dans tous ces cas, un nouveau certificat est émis confirmant le statut de fumeur ou non-fumeur.

1.10 TRAITEMENT

Le traitement est celui déterminé selon les conditions de travail aux fins des régimes d'assurance.

En cas d'invalidité totale, le traitement annuel utilisé pour fins d'assurance est celui qui sert de base au calcul de la prestation du régime d'assurance salaire de courte durée de l'employeur. Si l'invalidité dure depuis plus de 104 semaines, il s'agit du traitement brut à la fin des 104 premières semaines d'invalidité totale indexé selon les modalités définies *au point 6.8* de la présente brochure.

1.11 POURSUITE DE L'ASSURANCE SANS PAIEMENT DE PRIMES ET EXONÉRATION

Tout adhérent qui devient totalement invalide demeure protégé sans paiement de primes pour les régimes obligatoire et facultatif à compter de sa 2^e semaine d'invalidité et tant que dure son invalidité.

Cependant, tout adhérent totalement invalide qui prend un congé de préretraite avec rémunération ne peut bénéficier de l'exonération des primes au cours de ce congé de préretraite.

De plus, la période au cours de laquelle une adhérente bénéficie d'un retrait préventif relatif à sa grossesse et approuvé par la CNESST ne donne pas droit au bénéfice d'exonération des primes.

1.12 ABSENCE TEMPORAIRE DU TRAVAIL

1.12.1 Congé sans traitement ou toute autre absence sans traitement - 30 jours et moins

L'ensemble des protections de l'adhérent est automatiquement maintenu en vigueur et les primes afférentes (part employé et part employeur) continuent d'être versées à Beneva de la façon habituelle.

1.12.2 Congé sans traitement ou toute autre absence sans traitement à temps plein - Plus de 30 jours

Dans le cas d'un congé sans traitement ou d'une absence sans traitement à temps plein (**y compris la suspension**) d'une durée de plus de 30 jours, l'adhérent doit maintenir sa participation au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie et la totalité des primes (part employé et part employeur) est à sa charge. La participation aux autres régimes d'assurance qu'il détenait est suspendue automatiquement. Il peut, s'il le désire, maintenir sa participation à ceux-ci, **la totalité des primes (part employé et part employeur)** selon le traitement qu'il recevait immédiatement avant le début de son absence est à sa charge.

Pour l'adhérent ayant maintenu ses protections, l'invalidité est réputée avoir débuté à la date de la fin du congé ou de l'absence.

1.12.3 Congé partiel ou toute autre absence partielle sans traitement de plus de 30 jours, y compris, pour le secteur de la fonction publique, la mesure de réduction du temps de travail de plus de 30 jours

La participation au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie se poursuit comme si l'adhérent travaillait à temps plein. L'adhérent et l'employeur assument leur part respective des primes de ce régime.

Relativement aux régimes d'assurance vie (obligatoire de base et facultatif additionnel), d'assurance salaire de longue durée (obligatoire de base et RCO) et de rentes de survivants, la participation à ces régimes se poursuit sur la base du temps travaillé et selon la protection détenue immédiatement avant le congé ou l'entente.

L'adhérent peut maintenir sa participation à ces régimes sur la base du temps normalement travaillé avant le début du congé ou de l'entente. Dans un tel cas, il doit assumer la totalité des primes (part employé et part employeur) pour la portion du temps non travaillé.

1.12.4 Congé de maternité (avec traitement)

L'ensemble des protections est maintenu en vigueur sans paiement de primes de la part de l'adhérente pendant la période prévue du congé de maternité décrit dans les conditions de travail.

1.12.5 Congé à l'occasion de la naissance, de paternité ou d'adoption (avec traitement)

L'ensemble des protections de l'adhérent est maintenu en vigueur et les primes afférentes (part employé et part employeur) continuent d'être versées à Beneva.

Toute invalidité qui débute durant la période de congé est réputée avoir débuté à la date de la fin du congé à l'occasion de la naissance, de paternité ou d'adoption.

1.12.6 Congé parental (sans traitement)

Lors d'un congé parental sans traitement, la participation de l'adhérent au régime obligatoire de base d'accident maladie est maintenue pendant toute la durée du congé.

La participation aux autres régimes se fait selon ce qui suit.

Dans le cas d'un congé parental sans traitement;

- a) d'une durée maximale de 2 ans qui suit immédiatement le congé de maternité, de paternité ou d'adoption; ou
- b) d'au plus 52 semaines continues qui doit se terminer au plus tard 70 semaines après la naissance ou, dans le cas d'une adoption, dans les 70 semaines où l'enfant a été confié à l'adhérent;

s'il s'agit d'un congé sans traitement à temps complet, l'adhérent doit exercer l'une des options suivantes :

1. maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe. Les primes sont basées sur le traitement que l'adhérent recevrait s'il était au travail et les pleines dispositions s'appliquent. Le choix de suspendre ou de maintenir la participation à ces régimes doit être signifié avant le début du congé. Beneva peut refuser toute demande qu'elle reçoit plus de 30 jours après le début d'une telle période de congé. Le choix de suspendre cette participation est irrévocable. Le choix de maintenir sa participation pourra être annulé par l'adhérent au cours du congé.

Dans le cas de toute période d'invalidité débutant pendant que l'adhérent est assuré au cours d'un congé parental sans traitement, le délai de carence du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée est réputé commencer à s'appliquer à compter de la date de la fin du congé de l'adhérent.

2. maintenir en vigueur uniquement sa protection en vertu du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie pour la durée du congé.

Pendant les 52 premières semaines d'un congé parental sans traitement à temps complet, l'employeur et l'adhérent versent leurs primes respectives.

Dans le cas prévu au paragraphe a), après la 52^e semaine, l'adhérent verse les deux primes (part employé et part employeur).

s'il s'agit d'un congé partiel sans traitement, l'adhérent doit exercer l'une des options suivantes :

1. maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe avant le début du congé, sur la base du temps normalement travaillé avant le congé. Les primes sont alors établies sur le traitement que l'adhérent recevrait s'il était au travail et les pleines dispositions de ces régimes s'appliquent.

Pendant les 52 premières semaines d'un congé partiel sans traitement, l'employeur et l'adhérent versent leurs primes respectives.

Après la 52^e semaine d'un congé partiel sans traitement, l'adhérent et l'employeur versent leur part respective des primes, pour les jours travaillés par l'adhérent, et l'adhérent verse les deux primes (part employé et part employeur), pour les jours non travaillés;

2. maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe avant le début du congé, sur la base du temps travaillé pendant le congé partiel sans traitement. Les primes sont alors établies sur la base du traitement reçu pendant le congé partiel sans traitement. Pendant ce congé, l'employeur et l'adhérent versent leur part respective de ces dernières primes.

1.12.7 Certaines absences sans traitement prévues aux sections V.0.1 et V.1 de la Loi sur les normes du travail

Dans le cas de certaines absences sans traitement prévues aux sections V.0.1 et V.1 de la Loi sur les normes du travail, la participation de l'adhérent au régime obligatoire de base d'accident maladie est maintenue pendant toute la durée du congé.

La participation aux autres régimes se fait selon ce qui suit.

Dans le cas d'une absence sans traitement, jusqu'à concurrence de la durée maximale prévue à la Loi sur les normes du travail, l'adhérent doit exercer l'une des options ci-après.

1. maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe. Le choix de suspendre ou de maintenir la participation à ces régimes doit être signifié au début de l'absence. Beneva peut refuser toute demande qu'elle reçoit plus de 30 jours après le début d'une telle période d'absence. Le choix de suspendre cette participation est irrévocable. Le choix de maintenir sa participation pourra être annulé par l'adhérent au cours de l'absence.

Dans le cas de toute période d'invalidité débutant pendant que l'adhérent est assuré au cours d'une période d'absence sans traitement, le délai de carence du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée est réputé commencer à s'appliquer à compter de la date de la fin de l'absence de l'employé.

2. maintenir en vigueur uniquement sa protection en vertu du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie pour la durée de l'absence. Dans un tel cas, ses autres protections reprennent automatiquement dès le retour effectif au travail avec traitement. Cette disposition s'applique automatiquement à tout adhérent qui n'a pas demandé le maintien de ses protections selon les modalités décrites au point précédent sous réserve du droit d'exemption.

L'employeur et l'adhérent versent leurs primes respectives basées sur le traitement que l'adhérent recevrait s'il était au travail et les pleines dispositions de ces régimes s'appliquent.

Lorsque la durée de l'absence sans traitement atteint la durée maximale prévue à la Loi sur les normes du travail, l'adhérent verse les deux primes (part employé et part employeur).

1.12.8 Non-réengagement, renvoi et congédiement contestés par appel

L'adhérent doit maintenir sa participation au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie et la totalité des primes (part employé et part employeur) est à sa charge. Il peut, s'il le désire, maintenir sa participation aux régimes obligatoire de base et facultatif d'assurance vie en payant lui-même la totalité des primes (part employé et part employeur). La demande de maintien de participation aux régimes obligatoire de base et facultatif d'assurance vie doit être envoyée à **Beneva dans les 90 jours** suivant l'événement. La participation aux régimes obligatoires d'assurance salaire de longue durée (base et complémentaire) est suspendue durant la période de contestation.

Relativement aux régimes obligatoires d'assurance salaire de longue durée, si l'appel est favorable à l'adhérent et s'il y a réintégration effective de l'adhérent, les primes de ces régimes sont payables par l'employeur, rétroactivement à la date du non-réengagement, du renvoi ou du congédiement contesté par appel et toute invalidité ayant débuté depuis cette date est alors reconnue.

1.12.9 Demande de maintien de la participation

L'adhérent qui désire maintenir sa participation doit en faire la demande à son employeur **avant la date du début de l'une des absences ou congés mentionnés**. Dans le cas d'un non-réengagement, renvoi ou congédiement contestés par appel, voir la clause 1.12.8.

Lors d'un tel maintien, la participation à TOUS les régimes est obligatoire, y compris la rente de survivants pour laquelle l'adhérent doit également en assumer le coût.

Dans le cas des absences prévues aux sections V.0.1 et V.1 de la Loi sur les normes du travail, voir la clause 1.12.7.

Cependant, l'adhérent qui n'a pas de conjoint ni d'enfant à charge et qui fournit la preuve qu'aucune prestation ne sera payable en vertu du régime de rentes de survivants peut être exempté de participer à ce régime pendant les absences temporaires du travail de la présente section selon les modalités déterminées dans les conditions de travail. L'adhérent doit utiliser le formulaire intitulé *Demande d'exemption de participation au régime de rentes de survivants* disponible auprès de son employeur.

Dans le cas où un adhérent **termine** sa participation, cette décision est **irrévocable**.

1.13 CONGÉ SABBATIQUE À TRAITEMENT DIFFÉRÉ

La protection et la prime de l'ensemble des régimes d'assurance auxquels l'adhérent participe sont maintenues à la fois durant les périodes d'accumulation du congé et du congé proprement dit, et ce, sur la base du traitement qu'il aurait reçu n'eût été de sa participation au régime de congé à traitement différé.

Toute invalidité qui débute durant la période de congé est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail.

1.14 MESURES DE FIN D'ENGAGEMENT, D'EMPLOI OU DE CONTRAT, DE RÉDUCTION DES SURPLUS OU DE MISE EN DISPONIBILITÉ, DE PRÉRETRAITE (TOTALE OU GRADUELLE) OU DE RETRAITE PROGRESSIVE

Des règles particulières d'admissibilité et de participation à l'assurance sont applicables lors des situations mentionnées en titre et se terminent à la prise de la retraite ou à la rupture du lien d'emploi.

L'adhérent doit communiquer avec le service des ressources humaines de son employeur pour connaître tous les détails dans une telle situation.

La règle générale qui encadre l'admissibilité et la participation à l'assurance lors de ces événements est décrite ci-après.

La participation de l'adhérent au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie est maintenue. L'adhérent paie alors lui-même sa portion des primes, et l'employeur continue d'assumer la sienne. L'adhérent maintient également sa participation aux régimes obligatoire de base et facultatif additionnel d'assurance vie ainsi qu'au régime de rentes de survivants et les primes afférentes (part employé et part employeur) continuent d'être versées sur la base du traitement reçu. Dans le cas de la retraite progressive, les primes et les protections de ces régimes sont établies sur la base du traitement reçu avant le début de l'entente.

La participation aux régimes obligatoires d'assurance salaire de longue durée (base et RCO) cesse à la date du début de l'événement sauf lors d'une préretraite graduelle ou d'une retraite progressive de plus de 104 semaines. Dans ces situations, la participation aux régimes obligatoires d'assurance salaire (base et RCO) cesse à la 104^e semaine qui précède la date de la retraite définitive. Les primes et les protections sont établies sur la base du traitement reçu.

L'adhérent qui désire que le traitement utilisé soit celui qu'il recevait immédiatement avant l'événement peut en faire la demande de la manière prévue *au point 1.12.8* de la présente section. **Il doit alors assumer la totalité de la prime (part employé et part employeur) pour les régimes assurés et pour le régime de rentes de survivants. Cette prime est établie sur la portion du traitement non reçu.**

1.15 FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance de tout adhérent prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle il cesse de faire partie du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec, sauf pour l'adhérent qui maintient sa participation en vertu de ses conditions de travail; dans ce cas, c'est la date à laquelle il perd son statut d'employé;
- la date de la retraite;
- la date de terminaison du régime;
- la date de cessation du paiement des primes;
- à la fin de la période d'assurance salaire de courte durée de l'employeur (104 semaines), si l'adhérent devient totalement invalide après l'âge de 63 ans;

- à la cessation des prestations d'assurance salaire de longue durée sauf s'il s'agit d'une cessation due à une préretraite totale.

En plus de ce qui précède, les primes (et par conséquent les protections) des régimes obligatoires d'assurance salaire de longue durée (base et complémentaire) cessent à l'âge de 63 ans.

L'assurance du conjoint, des enfants à charge et d'une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle prend fin à la première des dates suivantes :

- la date de la fin de l'assurance de l'adhérent;
- la date à laquelle l'assuré cesse d'être un conjoint, un enfant à charge ou une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle;
- la date de réception par l'employeur de la demande de l'adhérent signifiant son intention d'être dorénavant protégé selon un statut de protection monoparental ou individuel selon le cas;
- six (6) mois après la date du décès de l'adhérent (*voir point 1.16.4 ci-après*).

1.16 PROLONGATION ET DROIT DE TRANSFORMATION

Pendant que le contrat est en vigueur, lorsqu'un adhérent cesse d'être admissible à l'assurance parce qu'il quitte son emploi ou prend sa retraite, sa protection au régime d'assurance vie (base et additionnelle) se prolonge pendant une période de 31 jours.

1.16.1 Régime obligatoire de base d'assurance vie de l'adhérent

Au cours de cette période de 31 jours, il peut obtenir de Beneva, sans preuve d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie, le montant de cette assurance n'excédant pas une (1) fois son traitement annuel s'il s'agit d'un adhérent sans personne à charge, ou deux (2) fois son traitement annuel s'il s'agit d'un adhérent ayant un conjoint ou des enfants à charge. Pour ceux qui sont admissibles au régime des retraités ou à un autre régime d'assurance collective, ce montant est réduit du montant maximum d'assurance vie disponible dans ce régime. Seul l'excédent peut être transformé jusqu'au montant maximum de 500 000 \$.

1.16.2 Régime facultatif d'assurance vie additionnelle de l'adhérent

Si l'adhérent participe au régime facultatif d'assurance vie additionnelle, le montant d'assurance peut être transformé en une protection d'assurance vie individuelle pour un montant équivalent à celui qu'il détenait avant la terminaison de son assurance.

Pour ce faire, l'adhérent doit transmettre une demande écrite à Beneva au cours de la période de prolongation de 31 jours.

Le tableau suivant décrit les montants pouvant être obtenus en vertu du droit de transformation :

Droit de transformation (en unité de salaire)		
Montant d'assurance vie	Droit de transformation ⁽¹⁾	
	Sans conjoint ou enfants à charge	Avec conjoint ou enfants à charge
Base seulement (½ fois)	1 fois	2 fois
Base + vie add. (1 fois)	2 fois	3 fois
Base + vie add. (2 fois)	3 fois	4 fois
Base + vie add. (3 fois)	4 fois	5 fois
Base + vie add. (4 fois)	5 fois	5 fois
Base + vie add. (5 fois)	5 fois	5 fois

⁽¹⁾ Ce montant est réduit du montant maximum d'assurance vie disponible dans un autre régime collectif (y compris le régime des retraités dont le montant disponible est 1,5 fois le traitement) auquel l'adhérent est devenu admissible au moment d'exercer son droit de transformation. Seul l'excédent peut être transformé jusqu'au montant maximum de 500 000 \$.

1.16.3 Assurance vie du conjoint et des enfants à charge

Le montant d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge prévu au régime obligatoire de base d'assurance vie et le montant d'assurance vie additionnelle du conjoint peuvent être transformés en une protection d'assurance vie individuelle, et ce, sans preuve d'assurabilité dans le cas où l'adhérent cesserait d'être admissible au régime.

Toutefois, le montant d'assurance vie pouvant être transformé est réduit du montant maximal d'assurance vie prévu pour cette personne à charge dans un autre régime d'assurance collective auquel l'adhérent serait devenu admissible au moment où la personne à charge concernée exerce le droit de transformation.

Ce droit préserve l'assurabilité du conjoint et des enfants à charge en autant que l'assuré présente sa demande de transformation à Beneva dans les 31 jours suivant la cessation de sa participation.

1.16.4 Lors du décès de l'adhérent détenant un statut de protection familial ou monoparental

Le conjoint, les enfants à charge de l'adhérent et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle **continuent de bénéficier des garanties prévues** aux régimes obligatoires de base d'assurance accident maladie et d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge sans paiement de la prime **pour une période maximale de six (6) mois** débutant à la date du décès de l'adhérent.

Après cette période de six (6) mois, le conjoint et les enfants à charge peuvent se prévaloir du droit de transformation, prévu *au point 1.16.3* pour les montants de protection d'assurance vie.

Relativement à la protection d'assurance accident maladie, elle peut être conservée, à l'exception des médicaments, dans un régime distinct qui leur est offert par Beneva sans preuve d'assurabilité et dont la prime est payable directement à Beneva selon les conditions en vigueur au moment de la demande. Cette demande pour le régime d'assurance accident maladie doit être présentée à Beneva dans les 31 jours suivant la date de terminaison de la période de six (6) mois mentionnée précédemment. Au-delà de ce délai, aucune protection n'est disponible.

Le droit de transformation en assurance accident maladie n'est disponible que si la personne n'est admissible à aucun régime d'assurance collective.

1.17 DROIT AU PAIEMENT ANTICIPÉ - RÉGIMES D'ASSURANCE VIE (OBLIGATOIRE DE BASE ET FACULTATIF ADDITIONNEL)

Lorsque la protection d'un adhérent est prolongée sans paiement de primes suivant les dispositions prévues à la clause « Exonération des primes » et que son espérance de vie est alors d'au plus 12 mois, il a le droit, s'il en fait la demande par écrit auprès de Beneva, de recevoir une prestation d'invalidité égale à 25 % du montant d'assurance vie pour lequel il est protégé. Le montant d'assurance vie est établi en considérant immédiatement 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 l'adhérent.

L'adhérent qui désire exercer ce droit doit fournir à Beneva les preuves démontrant :

- a) que son espérance de vie est inférieure à 12 mois à la date de sa demande; et, s'il y a lieu,
- b) l'acceptation de son bénéficiaire désigné irrévocable ou révocable si celui-ci est autre que « la succession de l'adhérent ou ses ayants droits ».

Le montant d'assurance payable au décès de l'adhérent est réduit du montant du paiement anticipé auquel est ajouté l'intérêt calculé selon le taux de rendement moyen des bons du Trésor d'une durée d'un (1) an majoré de 2 %. L'intérêt court à compter de la date du versement du paiement anticipé jusqu'à la date du paiement final du solde du montant d'assurance payable au décès de l'adhérent.

1.18 DISPOSITIONS EN VIGUEUR LORS D'UNE INVALIDITÉ

Lorsqu'un adhérent devient invalide, ce sont les dispositions du contrat en vigueur à la date de survenance de l'invalidité qui sont applicables pour les régimes obligatoires de base d'assurance vie, de base d'assurance salaire de longue durée et complémentaire d'assurance salaire de longue durée (RCO).

Toute modification à ces régimes alors que l'adhérent est invalide s'applique lorsqu'il se qualifie à une nouvelle période d'invalidité au régime d'assurance salaire de courte durée offert par l'employeur.

Relativement au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie, les modifications s'appliquent dès leur date d'entrée en vigueur, et ce, que l'adhérent soit invalide ou non à cette date.

1.19 MONNAIE

Tous les montants prévus dans la présente brochure sont en monnaie du Canada.

2- LE RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE

2.1 FRAIS HOSPITALIERS (REMBOURSÉS À 100 %)

2.1.1 Frais hospitaliers au Québec

Ces frais sont remboursés jusqu'à concurrence de **100 % du coût d'une chambre semi-privée, et ce jusqu'au tarif le plus élevé**, sous réserve de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, lorsqu'un adhérent engage au Québec, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais hospitaliers par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication grave d'une grossesse.

La contribution du patient exigée par un établissement pour son hébergement ou des soins de longue durée, de même que les frais administratifs demandés par l'hôpital au patient ne sont pas couverts par la présente clause.

2.1.2 Frais médicaux et d'hospitalisation pour des soins non dispensés au Québec

Lorsque des frais médicaux et d'hospitalisation sont engagés pour des soins qui ne peuvent être dispensés au Québec, ces frais en excédent de ceux de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont admissibles dans la mesure où ils sont préautorisés par la RAMQ et conformes aux normes prévues à cet effet par la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, sous réserve des montants maximums suivants :

- frais médicaux :
trois (3) fois le montant payé, à titre d'honoraires professionnels, par la RAMQ;
- frais hospitaliers :
une (1) fois le montant payé, à titre de frais d'hospitalisation, par la RAMQ.

2.1.3 Frais de transport et d'hébergement pour des soins non dispensés au Québec

Les frais admissibles comprennent les frais de transport et d'hébergement pour des soins préautorisés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), mais non dispensés au Québec. Les frais sont remboursés jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 000 \$ par assuré, par année civile.

Cette garantie est complémentaire à celle pour les frais médicaux et d'hospitalisation pour des soins non dispensés au Québec.

2.2 FRAIS DE MÉDICAMENTS ET PARAMÉDICAUX (REMBOURSÉS À 75 % OU 100 % S'IL Y A LIEU)

Sous réserve de la Loi sur l'assurance maladie du Québec, lorsqu'un adhérent engage, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication grave d'une grossesse, les frais admissibles de cette section sont remboursés à 75 % pour les premiers 3 000 \$ de frais admissibles et à 100 % pour l'excédent, par certificat et par année civile (excluant les frais hospitaliers, l'assurance voyage et l'assurance annulation voyage). Le terme certificat désigne un statut de protection individuel, monoparental ou familial.

Ces frais sont également admissibles pour des soins non urgents en dehors du Québec. Toutefois, en pareille circonstance, ces frais sont remboursés jusqu'à concurrence de ceux qui auraient été remboursés par Beneva s'ils avaient été engagés au Québec.

Notion de frais admissibles et remboursement

Lorsque dans la description d'une garantie, l'expression « frais admissibles » est utilisée, le montant de frais admissibles doit être multiplié par le pourcentage de remboursement pour établir le montant maximum du remboursement.

Relativement au remboursement maximal par année civile, ce montant correspond à la somme de tous les remboursements effectués par Beneva pour les frais engagés du 1^{er} janvier au 31 décembre d'une même année.

Exemple : Frais pour traitements de physiothérapie

- a) exemple 1 : facture présentée : 80 \$

Ce montant est ramené au maximum de 40 \$ et est remboursé à 75 %, soit 30 \$.

- b) exemple 2 : facture présentée : 40 \$

Ce montant est remboursé à 75 %, soit 30 \$.

Les frais admissibles mentionnés **aux points 2.2.2 à 2.2.15 inclusivement ainsi qu'aux points 2.2.32 et 2.2.33** doivent être prescrits par un médecin.

Seuls sont couverts les frais engagés pour des soins ou traitements rendus par un professionnel de la santé qui est membre en règle de l'ordre professionnel pertinent aux soins ou traitements en cause, ou à défaut de l'existence d'un tel ordre, de l'association professionnelle pertinente reconnue par Beneva.

Les services ou fournitures, examens, soins ou frais doivent être conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées.

Les frais admissibles sont limités à un (1) seul traitement ou consultation par jour par spécialité (sauf avis contraire) par assuré et comprennent, pourvu qu'ils soient nécessaires au traitement médical de l'adhérent ou de ses personnes à charge assurées :

2.2.1 les frais pour des services pharmaceutiques admissibles et pour des médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance ou vendus sous contrôle pharmaceutique, porteurs d'un DIN (Drug Identification Number) valide émis par le gouvernement fédéral, prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien ou un professionnel de la santé, conformément à l'article 37 de la Loi sur la pharmacie, sur présentation des factures convenablement détaillées et dûment acquittées.

Les médicaments visés par la présente clause sont ceux dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut, aux indications données par le fabricant. Certains de ces médicaments, communément appelés « médicaments d'exception » dans la liste RAMQ, ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments.

Un médicament d'exception est celui qui requiert une autorisation préalable de Beneva.

Dans le cas de médicaments injectés en cabinet privé d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 20 \$.

Les médicaments antitabac couverts par le Régime général d'assurance médicaments sont assujettis à un maximum de remboursement égal au montant fixé et mis à jour annuellement à cet égard par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Dans le cas d'un assuré de 65 ans ou plus, la contribution du patient (franchise et coassurance) exigée pour un assuré couvert sous le Régime général d'assurance médicaments (RGAM) administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) est couverte par la présente clause.

Sont également couverts par la présente clause les stérilets prescrits par un médecin.

Substitution générique obligatoire

Si l'assuré choisit d'acheter un médicament innovateur admissible pour lequel une version générique existe sur le marché, le remboursement sera calculé en fonction du coût du médicament générique le moins coûteux. Toutefois, il est possible d'obtenir un remboursement calculé d'après le coût d'un médicament innovateur pour lequel aucune substitution n'est possible pour des raisons médicales, sur présentation d'un formulaire approprié dûment rempli par le médecin traitant et pourvu que l'absence de substitution soit approuvée par Beneva.

Par « médicament innovateur », on entend le médicament breveté dont il existe une copie générique.

Par « médicament générique », on entend la copie d'un médicament dont le brevet est échu et qui contient les mêmes molécules actives que le médicament innovateur (médicament d'origine).

Transfert du cumul des contributions déboursées en médicaments

Un adhérent changeant de régime d'assurance en cours d'année civile a la possibilité d'obtenir, pour lui-même et pour ses personnes à charge, un relevé du cumul de leurs contributions pour l'année civile en cours. Ce relevé est émis par l'assureur ou la RAMQ, à la demande d'un adhérent ou de l'employeur pour chaque personne visée par le changement d'assureur. Dans tous les cas, la demande du relevé doit être faite dans les six (6) mois suivant la date de terminaison de l'assurance. Par cette mesure, l'adhérent n'a pas à déboursier pour l'achat de ses médicaments dans son nouveau régime lorsque le plafond annuel prévu par celui-ci sera atteint.

Note : Si l'adhérent demeure chez Beneva, le cumul des contributions est automatiquement transféré.

Service de remboursement direct des frais de médicaments

Le régime inclut le service de remboursement directement à la pharmacie lors de l'achat de médicaments. Ainsi, l'assuré n'aura qu'à payer la partie du coût des médicaments qui n'est pas remboursable par le régime d'assurance, puisque Beneva remboursera directement au pharmacien la portion assurée.

Par exemple, pour des frais de médicaments admissibles de 40 \$ et remboursables à 75 %, l'assuré n'aura qu'à déboursier 10 \$ au pharmacien.

La marche à suivre pour utiliser ce service est décrite à la *section 8 - Comment faire une demande de prestations.*

Exclusions aux médicaments :

La présente clause ne couvre pas les produits suivants qu'ils soient considérés ou non comme un médicament :

1. produits de régimes servant de suppléments ou de compléments à l'alimentation;
2. médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence ou médicaments dit « orphelins »;
3. produits ou médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro, sauf ceux couverts en vertu d'un régime provincial d'assurance médicaments;
4. produits utilisés à des fins esthétiques ou cosmétiques;
5. produits antitabac, sauf ceux spécifiquement couverts sous le RGAM;
6. vaccins préventifs ou curatifs, sérums et injections; cependant, certains de ces frais sont couverts en vertu des alinéas 2.2.16 et 2.2.20 de la présente section;
7. médicaments servant à traiter la dysfonction érectile;
8. écrans solaires.

Toutefois, dans le cas de produits servant à compléter ou à remplacer l'alimentation, Beneva accepte d'analyser de telles demandes de prestations en autant que ces produits servent au traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée et soient considérés comme médicaments (porteurs d'un DIN).

La présente clause ne doit pas avoir pour effet d'exclure une fourniture ou un service thérapeutique autrement couvert sous le RGAM.

2.2.2 les frais engagés pour des soins à domicile. Dans la présente clause, on entend par :

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

Les frais admissibles sont ceux engagés par l'assuré, au cours d'une période de convalescence rendue nécessaire à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie dite d'un jour et pendant laquelle il est incapable d'exercer ses activités quotidiennes de base :

- a) **soins infirmiers** : les honoraires d'un infirmier licencié ou d'un infirmier auxiliaire licencié pour des soins infirmiers dispensés au domicile de l'assuré, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par jour. L'infirmier ne doit pas résider ordinairement dans la maison de l'assuré ni être un membre de la famille de l'adhérent ou du conjoint. Les soins infirmiers couverts comprennent entre autres :
 - l'enseignement après une intervention chirurgicale;
 - la prise de la tension artérielle et des signes vitaux;
 - le changement de pansements et le soin des plaies;
 - l'administration de médicaments et la surveillance de soluté;
 - l'exérèse de sutures et agrafes;
 - les prélèvements (sanguins et autres).
- b) **frais de transport** : les frais de transport de l'assuré pour bénéficier de soins médicaux ou d'un suivi médical consécutifs à l'hospitalisation ou à la chirurgie dite d'un jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de trois (3) déplacements (aller et retour) par semaine et de frais admissibles de 30 \$ par déplacement (aller et retour).
- c) **maison de convalescence** : les frais de séjour dans une maison de convalescence contrôlée par un médecin ou un infirmier licencié, y compris le coût de la chambre, des repas et des soins infirmiers, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 125 \$ par jour.
- d) **services d'aide à domicile** : les honoraires d'un fournisseur de services d'aide à domicile pour aider l'assuré à accomplir ses activités quotidiennes de base, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par jour. Les services doivent être rendus au domicile de l'assuré et le fournisseur de services d'aide à domicile ne doit pas résider ordinairement dans la maison de l'assuré ni être un membre de la famille de l'adhérent ou du conjoint. Les services couverts comprennent entre autres :
 - soins personnels (aide au bain, habillage-déshabillage, hygiène générale, aide ou assistance pour manger, aide au lever-coucher, etc.);
 - ménage (entretien ménager régulier, vaisselle, lessive);
 - entretien général régulier du domicile (enlèvement de la neige, tonte de la pelouse, etc.);
 - préparation des repas;
 - accompagnement à des rendez-vous médicaux.
- e) **frais de garde des enfants** : les frais pour la garde des enfants à charge de l'adhérent à son domicile ou dans un service de garde jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 25 \$ par jour et par enfant. La personne qui dispense les services de garde ne doit pas résider ordinairement dans la maison de l'assuré ni être un membre de la famille de l'adhérent ou du conjoint.

Seuls les frais en excédent de ceux habituellement engagés par l'adhérent ou son conjoint avant la période de convalescence de l'assuré concerné sont couverts en vertu de la présente clause.

Limitation liée aux soins à domicile

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

Recommandations

- Nous invitons l'adhérent à vérifier avec le CLSC, le CISSS ou le CIUSSS de sa région pour connaître les soins offerts et dispensés en fonction de son état de santé ainsi que pour s'assurer d'un suivi adéquat de son dossier par le CISSS ou le CIUSSS.
- Bien que l'autorisation de Beneva ne soit pas obligatoire, nous invitons tout de même l'adhérent à communiquer avec notre Service à la clientèle pour évaluer son dossier et ainsi éviter tout désagrément au cas où son contrat d'assurance ne couvrirait pas les dépenses occasionnées par son état de santé.

2.2.3 selon le mode le plus économique et pour combler un besoin temporaire seulement, les frais d'achat ou de location d'un **fauteuil roulant non motorisé** ou d'un **lit d'hôpital**;

2.2.4 les frais engagés pour l'achat ou le remplacement **de membres artificiels ou de prothèses externes**, à l'exclusion des lunettes, des lentilles cornéennes et des prothèses dentaires.

Sont notamment couverts :

- les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** devenue nécessaire à la suite de chimiothérapie. Le remboursement maximal par période de 48 mois complets consécutifs est limité à une (1) seule prothèse par assuré et à un maximum de 500 \$ par assuré;
- 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;
- les frais d'achat de **prothèses mammaires** par suite de mastectomie;
- les frais d'achat de **soutiens-gorge postopératoires** par suite de mastectomie ou de réduction mammaire. Le remboursement maximal est de 6 soutiens-gorge postopératoires à vie par assuré;

2.2.5 les frais d'achat, de location ou de remplacement de **bandages herniaires, pansements, corsets, plâtres, attelles, béquilles et autres appareils orthopédiques**, étant entendu que l'expression « appareils orthopédiques » désigne un assemblage de pièces réunies en un tout qui soutient ou maintient une partie du corps afin de prévenir et de corriger les difformités du corps, ou de traiter les affections du squelette, des muscles et des tendons.

Les frais d'achat pour les **orthèses plantaires** sont également admissibles. Ces frais sont limités aux montants prévus à la liste des prix de l'Association des orthésistes et des prothésistes du Québec. Les orthèses doivent être obtenues d'un laboratoire spécialisé détenteur d'un permis émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) en vertu de la Loi sur la santé publique;

2.2.6 les frais d'achat d'un (1) **appareil mesurant le taux de glucose sanguin** (glucomètre) jusqu'à concurrence de frais admissibles de 300 \$ par période de 36 mois consécutifs par assuré. L'achat d'un glucomètre à lecture sporadique qui nécessite l'utilisation de capteurs de glucose peut également être admissible, sous réserve d'une autorisation préalable de Beneva;

2.2.7 les frais de location, d'ajustement, de remplacement, de réparation ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'**appareils thérapeutiques**. Dans cette catégorie d'appareils et à titre d'exemples on retrouve :

- les appareils d'aérosolthérapie, c'est-à-dire les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique (ex. : nébuliseur);
- les stimulateurs de consolidation de fractures;
- les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire (ex. : moniteur d'apnée);
- les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique, CPAP);
- les vêtements pour le traitement de brûlures (ex. : Jobst);
- 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, étant précisé que l'expression « perte » comprend la perte d'usage.

Exclusions aux appareils thérapeutiques

Cette garantie ne couvre pas les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, réflectomètre ou autres appareils de même nature) ainsi que les accessoires domestiques.

Par « accessoires domestiques », on entend des accessoires tels que siège d'aisance, barre de soutien, humidificateur, climatiseur, « filtreur d'air », articles du Docteur Gibaud (matériel fournissant de la chaleur), coussin électrique, coussin chauffant pour l'auto, lampe solaire, thermomètre, bain de siège, appareil à pression, sphygmomanomètre ou autres appareils de même nature, « water pik » (brosse à dents électrique), appareil hydrothérapeutique, bain tourbillon, peau de mouton (dans les cas de plaies de lit), avertisseur pour enfant souffrant d'énurésie (incontinence nocturne) et autres accessoires de même nature;

2.2.8 les frais remboursables pour une **pompe à insuline** sont l'achat de la pompe et sa réparation jusqu'à concurrence de 7 500 \$ par période de 60 mois consécutifs par assuré et l'achat d'articles nécessaires à l'utilisation de la pompe jusqu'à concurrence de 4 000 \$ par année civile par assuré.

- 2.2.9** les frais d'achat, de location, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un **neurostimulateur percutané** ou transcutané (PENS/TENS) jusqu'à concurrence de frais admissibles de 1 000 \$ par période de 60 mois consécutifs par assuré;
- 2.2.10** les frais d'achat de **chaussures orthopédiques**. Sont considérées comme orthopédiques, les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour l'assuré à partir d'un moulage ou les chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé, droit ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Dennis Browne lorsque ces chaussures sont requises pour corriger ou compenser un défaut du pied et qu'elles sont **obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé** détenteur d'un permis émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
- Sont également admissibles, les frais pour corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées. Les chaussures profondes, ainsi que tous types de sandales, ne sont pas admissibles;
- 2.2.11** les frais engagés pour des **électrocardiogrammes, radiographies (y compris scanner), résonances magnétiques, échographies et analyses de laboratoire**, dans un lieu autre qu'un établissement de santé. Les analyses de laboratoire couvertes sont les mêmes que celles offertes en centre hospitalier et doivent être reconnues par Santé Canada;
- 2.2.12** les frais de location ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'un **appareil d'assistance respiratoire** et d'oxygène (ex. : concentrateur, oxylyte) à raison d'un appareil par période de 60 mois consécutifs par assuré.
- Les frais d'achat d'une station de remplissage de bonbonnes d'oxygène, peuvent être considérés comme admissibles à un remboursement si l'adhérent démontre que les frais d'achat sont plus économiques pour le régime que le coût de remplissage des bonbonnes d'oxygène;
- 2.2.13** les honoraires professionnels d'un **infirmier licencié** ou d'un **infirmier auxiliaire licencié aux soins exclusifs du patient** pour une période de 8 heures ou plus chaque jour, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement chez l'adhérent ou qui fait partie de sa famille ou de celle de son conjoint, pourvu que ces services soient rendus durant une période de convalescence à l'extérieur d'un établissement de santé ou d'une maison de convalescence;
- 2.2.14** les frais de **chirurgie esthétique** nécessaire à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu en cours d'assurance;
- 2.2.15** les frais d'achat de **bas de contention à compression moyenne ou forte** (21 mm de Hg ou plus) fournis et vendus dans une pharmacie ou un établissement médical, dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique, sous réserve d'un remboursement maximal de trois (3) paires par assuré, par année civile;
- 2.2.16** les frais pour des **injections sclérosantes**, jusqu'à un maximum de frais admissibles par séance de traitement de 20 \$ pour la substance injectée et de 25 \$ pour l'acte médical, maximum d'un (1) traitement par jour par assuré.

- 2.2.17 les frais engagés pour la location, l'achat ou la réparation d'**appareils auditifs**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 1 000 \$ par période de 48 mois complets consécutifs pour chaque assuré;
- 2.2.18 les honoraires professionnels d'un **chirurgien-dentiste pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents naturelles**, par suite d'un accident survenu en cours d'assurance, pourvu que le traitement soit rendu dans les 12 mois qui suivent la date de l'accident.
- Les frais admissibles sont limités aux tarifs prévus au guide (édition courante) des tarifs de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec. Toutefois, aucune prestation n'est payable pour tout acte, traitement, prothèse, de quelque nature que ce soit reliés à un implant dentaire;
- 2.2.19 les frais de **transport aller et retour en ambulance** y compris, en cas d'urgence, le transport par avion de ligne régulière (excluant les avions-ambulances).
- La nécessité médicale doit être démontrée lors de la demande de prestations à Beneva lorsque le transport par avion est utilisé;
- 2.2.20 les frais pour **des vaccins curatifs ou préventifs**; le coût de la substance est couvert jusqu'à concurrence d'un maximum global de 200 \$ de frais admissibles par assuré, par année civile;
- 2.2.21 les frais pour les **examens de la vue** effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste, sous réserve d'un remboursement maximum de 50 \$ par assuré, par période de 24 mois complets consécutifs;
- 2.2.22 les frais pour les services d'un **physiothérapeute**, d'un **thérapeute en réadaptation physique** ou d'un **thérapeute du sport agréé** à raison d'un montant maximal admissible de 40 \$ par traitement par assuré;
- 2.2.23 les honoraires professionnels d'un **orthophoniste**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par consultation, sous réserve d'un remboursement maximum de 600 \$ par assuré, par année civile;
- 2.2.24 les honoraires professionnels d'un **ergothérapeute**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 40 \$ par consultation, sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par assuré, par année civile;
- 2.2.25 les honoraires professionnels d'un **audiologiste** ou d'un **audioprothésiste**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par consultation pour un **audiologiste** et jusqu'à concurrence de frais admissibles de 40 \$ par consultation pour un **audioprothésiste**, sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par assuré, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités;
- 2.2.26 les honoraires professionnels d'un **chiropraticien**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ par traitement, de 50 \$ par année civile pour les radiographies, sous réserve d'un remboursement global de 500 \$ par année civile, par assuré;
- 2.2.27 les honoraires professionnels d'un **diététiste**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ par consultation, sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par année civile, par assuré;

2.2.28 les honoraires professionnels d'un **podiatre**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 40 \$ par traitement et de 50 \$ par année civile pour les radiographies, sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par année civile, par assuré;

2.2.29 les honoraires professionnels d'un **naturopathe** (ou **naturothérapeute**), d'un **homéopathe** ou d'un **phytothérapeute**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ par traitement ou consultation, sous réserve d'un remboursement maximum de 600 \$ par assuré, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités

La notion de traitement ne fait pas référence aux remèdes, produits ou autres articles pouvant être fournis par ces professionnels.

Concernant le naturopathe (ou naturothérapeute), les frais admissibles sont ceux reliés à une consultation pour obtenir des conseils alimentaires ou établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels. Les produits naturels, les massages, les bains, la posturologie, les exercices physiques ou autres consultations non reconnues par Beneva ne sont pas couverts.

2.2.30 les honoraires professionnels d'un **acupuncteur**, d'un **ostéopathe**, d'un **kinésiologue**, d'un **kinésithérapeute**, d'un **orthothérapeute** ou d'un **massothérapeute**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ par traitement ou consultation, sous réserve d'un remboursement maximal de 600 \$ par assuré, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités;

2.2.31 les honoraires professionnels d'un **psychiatre**, d'un **psychanalyste**, d'un **psychologue**, d'un **psychothérapeute**, d'un **travailleur social**, d'un **conseiller en orientation** ou d'un **thérapeute conjugal et familial**. Les frais admissibles sont sujets à un maximum de remboursement total de 1 000 \$ par année civile pour chaque assuré, pour l'ensemble de ces professionnels;

2.2.32 les **frais de transport et d'hébergement (y compris les repas)** engagés au Québec et occasionnés par un des événements suivants :

- la **consultation d'un médecin spécialiste pour des services professionnels non disponibles** dans un rayon de 200 km du lieu de résidence de l'assuré;
- des **traitements spécialisés rendus par un médecin et non disponibles** dans un rayon de 200 km du lieu de résidence de l'assuré;
- une **hospitalisation pour recevoir des soins non disponibles** dans un rayon de 200 km du lieu de résidence de l'assuré;

Les frais admissibles sont :

- les frais de **transport** en automobile ou par un transporteur public (autobus, avion, bateau et train) selon le mode le plus économique en tenant compte de l'état de santé de l'assuré;
- les frais de **repas**;
- les frais **d'hébergement** engagés dans un établissement public, à condition que l'événement nécessite un séjour.

Le remboursement maximal pour l'ensemble de ces frais est de 1 000 \$ par assuré, par année civile.

Toutefois, les conditions ci-après s'appliquent aux frais admissibles indiqués précédemment :

- l'événement engendrant ces frais admissibles doit être prescrit par un médecin;
- les frais admissibles sont remboursés sur production de reçus ou de factures acquittées;
- l'événement engendrant les frais admissibles doit nécessiter un déplacement d'au moins 200 km (aller seulement), du lieu de résidence de l'assuré au lieu de l'événement par la route la plus directe. Le lieu de l'événement doit par ailleurs être le plus près du lieu de résidence de l'assuré;
- pour le transport en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus;
- les frais admissibles comprennent les frais engagés par un assuré ainsi que par son accompagnateur.

REMARQUE :

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

2.2.33 dans le cas d'une **cure de désintoxication** reliée à l'alcoolisme, à la toxicomanie, à la cyberdépendance ou au jeu compulsif, les frais engagés pour un séjour dans une maison **officiellement reconnue** à cette fin, sont admissibles jusqu'à concurrence de frais admissibles de 50 \$ par jour et de 30 jours par année civile, par assuré.

2.3 EXCLUSIONS

La garantie de médicaments prévoit l'exclusion de certains produits. L'adhérent est invité à lire attentivement ces exclusions *au point 2.2.1*.

De plus, **aucune prestation n'est payable** pour les frais engagés :

- du fait d'un accident ou d'une maladie pour lequel l'adhérent a droit à des prestations en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles du Québec, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre loi similaire d'une autre province du Canada ou d'un autre pays;
- pour des examens médicaux à l'intention d'une tierce personne (assurance, école, emploi, etc.);
- pour des voyages de santé, sauf ceux qui sont expressément prévus;
- pour des lunettes ou des lentilles cornéennes;

- du fait d'une automutilation volontaire, sans égard à l'état d'esprit de l'assuré;
- pour des soins dentaires ou de chirurgie esthétique, sauf ceux qui sont expressément prévus;
- à la suite d'un accident subi ou d'une maladie contractée pendant que l'assuré est en service actif dans les forces armées;
- pour des soins et services administrés par une personne résidant à la même adresse que l'adhérent;
- pour des services médicaux pour lesquels l'assuré n'est pas tenu de payer, qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public auquel il pouvait être admissible ou ne serait pas tenu de payer en l'absence de ses régimes collectifs d'assurance, y compris les frais garantis par un régime financé entièrement ou en partie au moyen d'impôts ou en vertu de toute initiative d'un gouvernement et ceux qui l'auraient été si le fournisseur de ces services avait choisi de participer à un tel régime;
- pour tous les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de 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;
- pour toutes substances, soins ou procédés servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou la fécondation in vitro, sauf pour les médicaments couverts en vertu d'un régime provincial d'assurance médicaments;
- pour les services, fournitures, examens, soins ou frais qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées.

2.4 COORDINATION

Si la somme des prestations qui seraient payables en vertu du présent régime et des prestations qui seraient payables aux termes de tout autre régime d'assurance collectif ou individuel, en vertu duquel un adhérent a droit à de telles prestations, excède les frais réellement engagés pour les services et fournitures couverts par le contrat, les prestations payables en vertu du présent régime sont réduites de façon à éliminer cet excédent.

3- DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSURANCE VOYAGE ET D'ANNULATION VOYAGE

3.1 DÉFINITIONS

Dans les présentes garanties, on entend par :

- Accident

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

- Activité à caractère commercial

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

- Associé en affaires

La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie composée de quatre (4) coactionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de quatre (4) associés ou moins;

- Compagnon de voyage

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

- Frais de voyage payés d'avance

Se dit des sommes suivantes :

- Celles qui sont déboursées par l'assuré 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.

- Hôte à destination

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

- Membre de la famille

Conjoint, fils, fille, père, mère, frère, soeur, beau-père, belle-mère, grands-parents, petits-enfants, demi-frère, demi-soeur, beau-frère, belle-soeur, gendre, bru;

- Voyage

Assurance voyage : Tout séjour en dehors de la province de résidence habituelle de l'assuré. Dans ce cas, le terme voyage s'applique aussi aux transports de l'assuré entre son départ et son retour.

Assurance annulation de voyage : Déplacement occasionnel d'un assuré partant de son lieu de résidence habituel pour se rendre temporairement à un autre lieu. Pour être reconnu comme voyage aux fins de l'assurance annulation de voyage, le déplacement doit aussi nécessiter une période d'absence comportant au moins 2 nuitées consécutives et être effectué pour des raisons touristiques ou d'agrément ou pour assister à une activité à caractère commercial. De plus, s'il s'agit d'une croisière, elle doit être effectuée sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

3.2 ASSURANCE VOYAGE (REMBOURSÉS À 100 %)

En fonction du statut de protection détenu, soit individuel, monoparental ou familial, l'assurance voyage protège l'assuré et, s'ils sont assurés, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle.

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

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

- s'être aggravée;
- avoir été l'objet d'une rechute ou d'une récurrence;
- être instable;
- être en phase terminale d'évolution;
- être chronique et présenter des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée du voyage.

Si l'un ou l'autre des critères mentionnés ci-dessus s'applique à votre état de santé actuel, **vous devez communiquer**, quelques semaines avant votre départ, avec la firme d'assistance voyage (CanAssistance) qui vous informera adéquatement. Les numéros de téléphone pour joindre CanAssistance apparaissent au verso de la carte d'assurance qui accompagne le certificat émis par l'assureur.

L'assurance voyage protège l'assuré tant et aussi longtemps qu'il est protégé en vertu du programme gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence (la RAMQ, par exemple). Pour tout séjour d'une durée excédant la durée couverte par ces régimes d'assurance provinciaux, ces journées excédentaires ne sont pas couvertes par la présente assurance. L'assuré doit se référer au régime public de sa province de résidence pour connaître les modalités applicables. Si vous planifiez voyager plus de 180 jours par année, veuillez communiquer à l'avance avec Beneva afin de connaître les conditions qui s'appliquent.

3.2.1 Les frais admissibles sont les suivants :

- les frais d'**hospitalisation** pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial;
- les honoraires professionnels d'un **médecin** pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial;
- les frais de transport en **ambulance** à l'hôpital le plus proche du lieu de l'événement, par un ambulancier licencié;
- les frais de **médicaments** qui exigent une prescription médicale;
- les honoraires d'un **infirmier licencié** pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement à l'hôpital, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$. L'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec l'assuré, ni être un compagnon de voyage;
- les frais de traitements de **chiropraticien, podiatre et physiothérapeute**;
- les frais de location de **chaise roulante, lit d'hôpital et appareil d'assistance respiratoire**;
- les frais d'**analyses de laboratoire et radiographies**;
- les frais d'achat de **bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques**;
- les honoraires de **chirurgien-dentiste** pour lésions accidentelles aux dents naturelles sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident, dans les 12 mois suivant l'accident;
- les frais de **rapatriement** de l'assuré hospitalisé dans sa province de résidence. Ces frais doivent être autorisés au préalable par Beneva*;
- le coût du **transport aérien** aller et retour d'une **escorte médicale** en classe économique; l'autorisation préalable de Beneva* est requise;

- le **coût du retour**, par une agence commerciale, du **véhicule personnel de l'assuré** ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence appropriée de location de véhicule la plus proche, si une maladie ou un accident rend l'assuré incapable de s'en occuper ou s'il décède, sous réserve d'un remboursement maximum de 2 000 \$. L'assuré doit présenter un certificat médical du médecin traitant mentionnant l'incapacité de l'assuré à utiliser son véhicule;
- en cas du décès de l'assuré 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 dans sa province de résidence jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 10 000 \$; l'autorisation préalable de Beneva* est requise;
- les frais d'hébergement et de repas, dans un établissement commercial, que l'assuré doit engager parce qu'il a reporté son retour en raison d'une hospitalisation d'au moins 24 heures de l'assuré lui-même, d'un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou d'un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence de 300 \$ par jour et d'un maximum de 2 400 \$ par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes protégées en vertu de la présente garantie;
- les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial ainsi que les frais de transport, aller et retour en classe économique par la route la plus directe en avion, en autobus ou en train, d'un et d'un seul proche parent, soit le conjoint, le fils ou la fille, le père ou la mère, le frère ou la sœur, se rendant à l'hôpital où séjourne l'assuré depuis au moins sept (7) jours ou pour identifier l'assuré décédé avant le transport de la dépouille; ces frais doivent être autorisés au préalable par Beneva* et l'assuré doit présenter un document rédigé par le médecin traitant ou par les autorités locales qui atteste de la nécessité de la visite. Les frais remboursables sont limités aux maximums suivants :
 - pour le transport : 2 500 \$;
 - pour l'hébergement et les repas : 300 \$ par jour, pour un maximum de 2 400 \$ par séjour à l'étranger, pour l'ensemble des personnes protégées.

La notion de proche parent inclut aussi un ami ou une amie advenant le fait où l'assuré n'ait aucun proche parent dans le contexte précisé dans la définition précédente.
- les services d'assistance voyage *ci-après*.

* L'expression **autorisation préalable de Beneva** utilisée dans ce texte signifie Beneva ou le service d'assistance voyage (CanAssistance) qui est autorisé à agir au nom de Beneva (*voir point 3.3 ci-après*).

Note : Veuillez vous référer au point 3.5 pour les limitations et exclusions relatives à cette garantie.

3.3 ASSISTANCE VOYAGE

La garantie d'assurance voyage comporte un volet spécial relatif à l'assistance voyage.

En cas de besoin, lors d'un voyage à l'extérieur de sa province de résidence, chaque assuré a aussi accès à un service d'assistance voyage. Ce service d'assistance est assumé par une compagnie spécialisée (CanAssistance) qui a conclu une entente à cet effet avec Beneva.

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

CanAssistance peut servir d'intermédiaire entre Beneva et l'assuré lorsque ce dernier est tenu, en vertu de la garantie d'assurance voyage, d'obtenir une « **autorisation préalable de Beneva** » pour se prévaloir des avantages de la garantie.

Voici en détail les services d'assistance voyage qui peuvent être rendus par CanAssistance, si nécessaire, à la suite d'un décès, d'un accident ou d'une maladie subite et inattendue :

- diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital approprié;
- vérifier la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter à l'assuré, si possible, d'effectuer un dépôt monétaire;
- assurer le suivi du dossier médical de l'assuré;
- coordonner le retour et le transport du patient aussitôt que médicalement possible;
- apporter une aide d'urgence ainsi que la coordination des demandes de règlements;
- prendre des dispositions pour le transport d'un membre de la famille au chevet du patient ou pour identifier ou coordonner le rapatriement d'une personne décédée;
- prendre des dispositions pour le retour des personnes à charge à leur domicile (frais de retour non compris);
- coordonner le retour du véhicule personnel de l'assuré si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper ou s'il décède;
- communiquer avec la famille ou avec l'employeur de l'assuré;
- offrir les services d'interprète aux appels d'urgence;
- recommander un avocat dans le cas d'un accident grave (frais d'avocat non compris).

Si l'assuré voyage ailleurs qu'aux États-Unis et en Europe de l'Ouest, il est suggéré de communiquer avec CanAssistance avant son départ. Des conseils utiles pour sa santé peuvent lui être fournis.

Nous reproduisons ci-après les numéros de téléphone où le représentant de CanAssistance peut être rejoint.

A) CANADA - ÉTATS-UNIS	1 800 465-2928
B) AILLEURS DANS LE MONDE (à frais virés)	514 286-8412

L'assuré doit fournir son numéro de contrat apparaissant sur la carte d'assurance au moment de l'appel.

La carte d'assurance émise à l'adhérent par l'assureur fournit également les numéros de téléphone précédents. Ces numéros apparaissent au verso de cette carte.

Note : Veuillez vous référer *au point 3.5* pour les limitations relatives à cette garantie.

3.4 ASSURANCE ANNULATION VOYAGE (REMBOURSÉS À 100 %)

En fonction du statut de protection détenu, (individuel, monoparental ou familial), l'assurance annulation voyage protège l'assuré et, s'ils sont assurés, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle.

Par frais admissibles, on entend les frais engagés par l'assuré à la suite de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage pour autant que ces frais aient trait à des frais de voyage payés d'avance par l'assuré et que ce dernier, au moment de les engager, ne connaissait aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu.

3.4.1 Causes admissibles d'annulation :

- a) une **maladie** ou un **accident** que subit l'assuré, son compagnon de voyage, un associé en affaires ou un membre de la famille de l'assuré ou de son compagnon de voyage (*voir point 3.1 ci-dessus*) qui empêche l'assuré de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de l'assuré;
- b) le **décès** de l'adhérent, de son conjoint, d'un enfant de l'adhérent ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires;
- c) le **décès** d'un membre de la famille de l'assuré (autre que l'adhérent, son conjoint ou leurs enfants) ou de celle du compagnon de voyage de l'assuré pour autant que les funérailles aient lieu au cours de la période qui s'étend de 31 jours avant jusqu'à 31 jours après la durée du séjour;
- d) le **décès** ou l'**hospitalisation** d'urgence de l'hôte à destination;
- e) la convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à **agir comme membre d'un jury**, ou de l'**assignation à comparaître** comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage pour autant que la personne concernée ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir un report de la cause à être entendue.

Toutefois, une assignation à comparaître n'est pas considérée comme une cause d'annulation ou d'interruption de voyage lorsque la personne

concernée intente une poursuite ou est une partie poursuivie ou a été assignée dans le cadre de ses fonctions de policier;

- f) la **mise en quarantaine** de l'assuré, pour autant que cette dernière se termine sept (7) jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produise au cours de la période de voyage;
- g) le **détournement de l'avion** à bord duquel l'assuré voyage;
- h) un **sinistre** qui rend inhabitable la résidence principale de l'assuré ou de l'hôte à destination, pour autant que la résidence soit toujours inhabitable sept (7) jours ou moins avant la date prévue de départ ou que le sinistre ait lieu au cours de la période de voyage;
- i) le **transfert** de l'assuré, 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 l'assuré doit se rendre; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que l'assuré doit effectuer un voyage en croisière.

L'avertissement doit être émis après que l'assuré 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 l'assuré se trouve déjà; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que l'assuré s'y trouve déjà.

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

- k) le **retard du moyen de transport** utilisé par l'assuré pour se rendre au point de départ du voyage projeté ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ du voyage projeté, pour autant que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoit une arrivée au point de départ au moins trois (3) heures avant l'heure de départ ou au moins deux (2) heures avant l'heure de départ si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres. Le retard doit être causé par les conditions atmosphériques, des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police;

- l) des **conditions atmosphériques** qui sont telles :
- i) que le départ du transporteur public, au point de départ du voyage projeté, soit annulé ou qu'il soit retardé d'au moins 30 % de la durée prévue du voyage (minimum 48 heures); ou
 - ii) que l'assuré ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur, pour autant que la correspondance prévue après le départ soit annulée ou qu'elle soit retardée pour une période d'au moins 30 % de la durée prévue du voyage (minimum 48 heures);
- 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 l'assuré est le tuteur légal;
- o) le **suicide** ou la **tentative de suicide** d'un membre de la famille de l'assuré ou de la famille de son compagnon de voyage;
- p) le **décès** d'une personne dont l'assuré est le liquidateur testamentaire;
- q) le **décès** ou l'**hospitalisation** de la personne avec laquelle les arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial ont été préalablement pris. **Dans ce cas, le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de trois (3) jours d'hébergement.**

3.4.2 Les frais couverts en vertu de cette garantie sont payables à 100 % jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par assuré pour le voyage projeté, soit :

- a) En cas d'annulation avant le départ
- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance.
 - les frais supplémentaires engagés par l'assuré dans le cas où la personne qui devait l'accompagner et partager la chambre ou l'appartement à destination doit annuler pour une des raisons mentionnées *au point 3.4.1* et que l'assuré décide d'effectuer le voyage tel que prévu initialement, jusqu'à concurrence de la pénalité

d'annulation (occupation simple) applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler;

- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et **qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.**

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

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

c) Si le retour est anticipé ou retardé

- 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 pourrait être utilisé, et ce, que des frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais couverts correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le mode de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de l'assuré jusqu'au point de départ. **Ces frais doivent être, au préalable, convenus avec Beneva (voir point 3.3);**

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

Dans le cas où des frais de voyage n'auraient pas été payés d'avance, les frais engagés par l'assuré sont couverts pourvu que ce dernier, avant la date du début du voyage, ne connaissait aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'interruption du voyage prévu;

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

Restriction

Les frais payables par toute personne autre que l'assuré ne sont pas couverts.

d) Transport aller-retour

L'assurance annulation couvre les frais de transport par le moyen le plus économique, à la suite de l'autorisation préalable de Beneva (*voir point 3.3*), pour revenir dans la province de résidence de l'assuré et pour retourner celui-ci à l'endroit où il serait rendu dans son voyage pour autant que la raison du retour découle :

- du décès ou de l'hospitalisation d'un membre de la famille de l'assuré, d'une personne dont l'assuré est le tuteur légal ou le liquidateur testamentaire;
- d'un sinistre rendant la résidence principale de l'assuré inhabitable ou causant des dommages importants à son établissement commercial.

Note : Voir le point 3.5 pour les limitations et exclusions relatives à cette garantie.

3.5 EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET COORDINATION

3.5.1 Exclusions en assurance voyage

La présente garantie ne couvre pas les frais suivants :

- a) les frais engagés après le retour de l'assuré dans sa province de résidence;
- b) les frais payables en vertu d'une loi sociale ou d'un régime d'assurance sociale;
- c) une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- 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 l'assuré;
- e) les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré quand ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de l'assuré, 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 l'assuré;
- 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 patients 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 l'assuré se trouve déjà à l'endroit en question ou en croisière au moment où l'avertissement

est émis, il doit se conformer à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission. Si l'assuré ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par l'assuré ne seront admissibles après ce délai.

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

- h) la participation active de l'assuré à une émeute ou une insurrection, la perpétration ou la tentative de perpétration par l'assuré d'un acte criminel;
- i) une blessure que l'assuré s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non. Cependant, dans le cas d'un décès résultant d'un suicide, seuls les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille sont couverts, selon les paramètres prévus à la présente garantie;
- j) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool par l'assuré et les conditions qui s'ensuivent;
- k) une participation à des sports extrêmes ou de combat, la pratique du vol plané, du deltaplane, du parapente, du bungee, de l'alpinisme, du parachutisme ou toute autre activité du même genre, ou une participation à toute compétition de véhicule motorisé, ou une participation à toute activité sportive comportant une rémunération;
- l) la grossesse, la fausse couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les deux (2) mois précédant la date normale prévue de l'accouchement de l'assurée;
- m) un voyage entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.

3.5.2 Exclusions en assurance annulation voyage

1. La présente garantie ne couvre pas les pertes occasionnées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :
 - a) la participation active de l'assuré à une émeute ou une insurrection, la perpétration ou la tentative de perpétration par l'assuré d'un acte criminel;
 - b) une blessure que l'assuré s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non. Cependant, dans le cas d'un décès résultant d'un suicide, seuls les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille sont couverts, selon les paramètres prévus à la présente garantie;
 - c) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool par l'assuré et les conséquences qui s'ensuivent;
 - d) une participation par l'assuré à des sports extrêmes ou de combat, la pratique du vol plané, du deltaplane, du parapente, du bungee, de l'alpinisme, du parachutisme ou toute autre activité du même genre, ou une participation à toute compétition de véhicule motorisé, ou une participation à toute activité sportive comportant une rémunération;

- e) la grossesse, la fausse-couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les deux (2) mois précédant la date normale prévue de l'accouchement de l'assurée;
 - f) un voyage entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
 - g) un voyage entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi un accident et dont la condition médicale ou le décès subséquent occasionne une annulation, un retour prématuré ou un retour retardé.
2. Aucuns frais ne sont payables si l'assuré 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 l'assuré doit se rendre;
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que l'assuré 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 l'assuré.
3. Aucuns frais d'interruption de voyage ne sont payables si l'assuré 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 l'assuré doit se rendre;
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que l'assuré 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 l'assuré.

4. Aucuns frais d'interruption de voyage ayant pour cause l'avertissement ci-après ne sont payables si l'assuré 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 l'assuré 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 l'assuré.

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

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

6. 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 l'assuré, le gouvernement du Canada émet un avertissement :
- d'éviter tout voyage à un endroit où l'assuré 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 l'assuré s'y trouve déjà et qu'il ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

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

3.5.3 Limitations en assurance voyage

- Dans le cas d'une condition médicale qui requiert des services médicaux prolongés, des traitements ou une chirurgie, si une preuve médicale révèle qu'après diagnostic ou traitement d'urgence de cette condition, l'assuré aurait pu revenir dans sa province de résidence, mais a choisi d'obtenir des services à l'extérieur, Beneva n'assume pas le coût des services, traitements, chirurgies et autres frais.
- Beneva se réserve le droit de rapatrier l'assuré dans sa province de résidence lorsque son état médical le permet. Tout refus de rapatriement libère Beneva quant aux frais engagés par la suite.
- Les prestations totales ne peuvent excéder 5 000 000 \$ par assuré, pour chaque séjour à l'étranger.

3.5.4 Limitations en assistance voyage

- Ni Beneva, ni la compagnie d'assistance voyage ne sont responsables de la disponibilité et de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés ni de la possibilité d'obtenir de tels soins.
- Certains des services décrits ne sont pas disponibles dans certains pays.

- Les services fournis peuvent être modifiés par Beneva sans préavis.

3.5.5 Limitation en assurance annulation voyage

Pour toute annulation de voyage avant le départ ayant pour cause un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada, l'assuré 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, l'assuré 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 contrat paraissant sur votre carte d'assurance doit être fourni au moment de l'appel.

En cas de non-respect des délais mentionnés ci-dessus, la responsabilité de Beneva est limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment où l'assuré aurait dû communiquer avec la compagnie d'assistance voyage. La présente limitation ne s'applique pas s'il est démontré, à la satisfaction de Beneva que l'adhérent et son conjoint 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 alors limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment de l'annulation.

3.5.6 Coordination

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

4- LE RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE

4.1 ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT

Le montant de protection est égal à 50 % du traitement annuel.

4.2 ASSURANCE VIE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE

- conjoint : 17 200 \$
- enfant(s) à charge
 âgé(s) de 24 heures ou plus : 5 000 \$ par enfant

Note : Ces montants sont réduits de moitié pour les adhérents travaillant moins de 70 % du temps complet.

4.3 ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION ACCIDENTELLE DE L'ADHÉRENT, DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE

Cette garantie prévoit le paiement d'une prestation, telle que décrite dans le tableau suivant, et ce, sans excéder 100 % du traitement annuel de l'adhérent, lorsque lui-même, son conjoint ou leurs enfants à charge, en cours d'assurance, subissent à la suite d'un accident l'une des pertes suivantes, et ce, dans les 365 jours de l'accident :

Perte	Montant
- des deux mains, des deux pieds ou de la vue des deux yeux	100 % du traitement annuel
- d'une main et d'un pied	100 % du traitement annuel
- d'une main et de la vue d'un oeil	100 % du traitement annuel
- d'un pied et de la vue d'un oeil	100 % du traitement annuel
- d'une main	50 % du traitement annuel
- d'un pied	50 % du traitement annuel
- de la vue d'un oeil	50 % du traitement annuel

Note : Par « perte », on entend la perte totale et irréversible de l'usage d'un membre, et ce, à la suite d'un accident. La perte de la vue signifie la perte totale définitive et irréversible de la vue.

4.4 EXCLUSION EN CAS DE MUTILATION ACCIDENTELLE

L'assurance en cas de mutilation accidentelle n'est pas payable si la perte est due à une des causes suivantes : blessures volontaires, suicide, guerre, émeute, insurrection, participation active à un acte criminel ou un attentat, service actif dans les forces armées, exercice de toute fonction comme membre d'équipage d'un aéronef (sauf si sa présence comme membre de l'équipage découle de ses fonctions à titre d'employé du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec).

5- LE RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE

Le régime facultatif d'assurance vie additionnelle vient compléter le régime obligatoire de base d'assurance vie de Beneva, le régime uniforme d'assurance vie et le régime de rentes de survivants.

5.1 ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT

L'adhérent peut ajouter un montant égal à 1, 2, 3, 4 ou 5 fois son traitement annuel.

Preuves d'assurabilité

- a) Des preuves d'assurabilité sont **toujours** exigées si la demande d'assurance vie additionnelle est présentée **plus de 60 jours** après la date d'admissibilité.
- b) Des preuves d'assurabilité sont **toujours** exigées pour toute demande d'assurance vie additionnelle excédant trois (3) fois le traitement annuel de l'adhérent, et ce, même si la demande est présentée dans les 60 premiers jours de son admissibilité.
- c) Des preuves d'assurabilité sont également exigées du nouvel adhérent qui présente sa demande dans les 60 premiers jours de son admissibilité pour l'excédent de 191 200 \$*, s'il est âgé de 40 à 49 ans et pour l'excédent de 79 700 \$*, s'il est âgé de 50 ans ou plus.

* Ces montants représentent ceux en vigueur en 2025. Ils sont augmentés au 1^{er} janvier de chaque année, selon l'augmentation de l'indice des rentes du RRQ, sujet à un maximum de 4 %.

5.2 ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT

La participation à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent est requise pour donner accès à l'assurance vie additionnelle du conjoint.

Les montants sont disponibles par tranche de 10 000 \$ sous réserve d'un montant maximum de 100 000 \$ et des preuves d'assurabilité sont exigées en tout temps.

5.3 EXCLUSION

Aucune prestation n'est payable pour un assuré (adhérent ou conjoint) en vertu du présent régime en cas de suicide :

- si les montants de protection sont demandés plus de 60 jours après la date d'admissibilité de l'assuré; et
- si le décès de l'assuré se produit dans les 12 mois suivant la mise en vigueur des montants additionnels de protection.

6- LE RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide, le régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée est conçu pour compléter le régime d'assurance salaire de courte durée offert par l'employeur.

La description sommaire de ce régime et les principales conditions s'y rattachant sont présentées ci-après:

6.1 MONTANT DE LA RENTE

La rente, versée mensuellement, est égale à 65 % du traitement mensuel brut auquel l'adhérent aurait eu droit s'il avait été au travail à la fin de la 104^e semaine de son invalidité totale.

6.2 DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est de 104 semaines et correspond à la durée du régime d'assurance salaire de courte durée de l'employeur.

6.3 DURÉE DES PRESTATIONS

L'adhérent invalide a droit de recevoir la rente d'invalidité de longue durée à compter de la fin du délai de carence et aussi longtemps qu'il demeure totalement invalide sans toutefois dépasser la première des dates mentionnées *au point 6.10 Cessation des prestations* ci-après.

6.4 COORDINATION DE LA RENTE

Le montant de la rente mensuelle est réduit de tout montant mensuel de rente d'invalidité **payé** en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, du Régime de rentes du Québec (RRQ), incluant la rente de retraite que l'adhérent reçoit ou est en droit de recevoir en raison de son invalidité, de tout contrat antérieur et de toute autre loi sociale. Cette réduction tiendra compte également de tout montant rétroactif s'il y a lieu.

À défaut de recevoir les montants des différentes sources de revenu mentionnées précédemment, il incombe à l'adhérent de faire la preuve qu'il n'a pas droit à des indemnités provenant de telles sources.

De plus, le montant de la rente mensuelle est réduit de tout montant de rente d'invalidité ou de retraite que reçoit l'adhérent en vertu du régime de retraite de l'employeur et de la rente de retraite payée à l'adhérent par le RRQ.

Cette réduction est établie en fonction des rentes payables après la 104^e semaine d'invalidité totale, sans égard à leurs futures indexations au coût de la vie.

6.5 COTISATION AU RÉGIME DE RETRAITE

En plus de la rente d'invalidité, Beneva paie à compter de la 156^e semaine d'invalidité totale la cotisation de l'adhérent au régime de retraite de l'employeur, si l'adhérent y contribuait avant son invalidité, tant que dure l'invalidité totale, mais sans dépasser la première des dates mentionnées au point 6.10 *Cessation des prestations* ci-après.

Dans le cas d'une maladie en phase terminale d'un adhérent admissible en vertu des dispositions du RRPE, du RRAS, du RREGOP ou du RRAPSC, si l'adhérent demande un remboursement de ses cotisations accumulées avec intérêts ou de la valeur présente de sa rente de retraite, Beneva cesse le versement de la cotisation de l'adhérent au RRPE, au RRAS, au RREGOP ou au RRAPSC à la date de réception de la demande de remboursement à Retraite Québec.

6.6 DÉFINITION D'INVALIDITÉ TOTALE

L'invalidité totale est un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication grave d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances qui exige des soins médicaux et qui rend l'adhérent totalement incapable d'accomplir tout emploi rémunérateur pour lequel il est raisonnablement apte par suite de son éducation, de son entraînement et de son expérience, et ce, sans égard à la disponibilité d'emploi.

6.7 PÉRIODE D'INVALIDITÉ TOTALE (APRÈS 104 SEMAINES)

Toute période continue d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie ou d'un même accident, séparées par une période de moins de trois (3) mois de travail effectif à temps complet ou, le cas échéant, à temps partiel, conformément au poste régulier de l'adhérent.

Si l'invalidité totale, pendant une période, résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale pendant la période précédente, cette période est considérée comme une nouvelle période d'invalidité totale.

6.8 INDEXATION

Le montant de la rente payable par Beneva est indexé selon le pourcentage le moins élevé de :

- a) l'augmentation de l'échelle de traitement des cadres (classe 4) de la fonction publique appliquée au cours de l'année précédente;
- b) 5 %.

Cette clause d'indexation s'applique annuellement à compter du 1^{er} janvier qui suit une période d'au moins six (6) mois de prestations.

Dans le cas où un adhérent cesse de recevoir une rente provenant de l'une des sources de revenus prises en compte dans le calcul de la réduction du montant de la prestation mensuelle prévue à l'article 6.4 ci-dessus, le montant de la prestation payable en vertu du présent régime est calculé de nouveau pour y inclure le montant de rente ayant été pris en compte dans le calcul de la réduction. Ce montant de rente est indexé conformément aux modalités prévues au présent article rétroactivement à la date à laquelle elle a fait l'objet de ladite réduction, et ce, afin de refléter la prestation que l'adhérent aurait reçue, n'eût été la réduction provenant d'une autre source de revenus.

6.9 PROGRAMME DE RÉADAPTATION

Le programme vise à favoriser la réintégration au travail d'un adhérent en fournissant le support nécessaire à cette fin tant à l'adhérent qu'à son employeur. Les principaux paramètres de ce programme ainsi que les principales conditions de travail relatives à son application sont décrites dans la brochure intitulée *Programme de réadaptation*. Pour plus de détails, l'adhérent doit contacter le service des ressources humaines de l'employeur.

6.10 CESSATION DES PRESTATIONS

Il y a cessation des prestations d'invalidité à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans;
- b) la première date à laquelle l'adhérent invalide devient admissible à :
 - une rente de retraite sans réduction actuarielle calculée avec 35 années de service créditées pour fins de calcul au sens du régime de retraite de l'employeur (exemple : RRPE, RRE, RRF, RRAS) ou 32 années de service créditées (RRAPSC);ou
 - un montant total de prestations au sens du RRCE qui correspond à 70 % du traitement admissible moyen servant au calcul de la rente de ce régime;ou
 - une rente de retraite avec réduction actuarielle dont le montant correspondrait à celui d'une rente de retraite sans réduction actuarielle calculée avec 35 années de service créditées pour fins de calcul au sens du régime de retraite de l'employeur ou 32 années de service créditées (RRAPSC);
- c) la date de la prise de la retraite ou de la préretraite totale;
- d) la date où cesse l'invalidité totale.

Les cotisations au régime de retraite de l'employeur, s'il y a lieu, cessent à la même date que celle stipulée ci-haut, mais sans excéder la date où l'adhérent reçoit effectivement une rente d'invalidité ou de retraite en vertu du régime de retraite de l'employeur.

6.11 DROIT D'APPEL

Les décisions ouvrant droit à une contestation sont de deux ordres :

- la non-reconnaissance d'un état d'invalidité par Beneva;
- les tâches de l'emploi de réadaptation.

6.11.1 Contestation de la non-reconnaissance d'une période d'invalidité par Beneva

L'adhérent ou son employeur, sous réserve de l'accord de l'adhérent, peuvent séparément ou conjointement contester la décision de Beneva de ne pas reconnaître, ou de cesser de reconnaître à compter de la 105^e semaine, l'état d'invalidité de l'adhérent.

Afin d'éviter une procédure longue et coûteuse, le gouvernement, les associations de cadres et Beneva ont convenu de la mise sur pied d'un tribunal d'arbitrage médical pour disposer des litiges en cette matière.

En contrepartie de l'obligation de Beneva de respecter la décision du tribunal d'arbitrage médical, l'adhérent doit adhérer à la convention d'arbitrage médical par écrit et par le fait même, renoncer à tout autre recours aux tribunaux de droit commun ou à tout autre tribunal.

Pour soumettre un différend au tribunal d'arbitrage médical, l'adhérent ou son employeur doit donner à Beneva un avis écrit à cet effet dans les 90 jours:

- de la date de prise d'effet de la décision de Beneva, si cette décision est rendue avant la fin des 104 semaines;

ou

- de la date de la décision de Beneva, si cette décision est rendue après les 104 semaines.

L'adhérent doit transmettre une copie des documents de contestation à son employeur.

6.11.2 Contestation des tâches de l'emploi de réadaptation

Le comité sectoriel est le premier intervenant dans les contestations des tâches de l'emploi de réadaptation de même qu'à l'occasion d'une affectation temporaire pour une durée n'excédant pas 12 mois.

S'il n'y a pas une solution satisfaisante pour l'adhérent à cette étape, les conditions de travail prévoient un mécanisme de recours dont la décision est exécutoire pour trancher des litiges.

6.12 EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable pour toute période d'invalidité résultant de maladies ou de blessures que l'adhérent s'est volontairement infligées, sans égard à son état d'esprit, de sa participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels, ou de service actif dans les forces armées ou qui résulte directement ou indirectement d'une guerre, déclarée ou non, ou d'une guerre civile. Cette dernière exclusion ne s'applique pas à l'assuré présent dans un pays étranger au moment où une guerre, des actes de guerre ou une guerre civile éclate et qu'une recommandation du gouvernement du Canada de quitter le pays est par la suite émise, pour autant que l'assuré prenne les dispositions nécessaires pour quitter le pays concerné dans les meilleurs délais.

Le régime ne couvre aucune période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins réguliers d'un médecin, sauf le cas d'un état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de Beneva.

7- LE RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (RCO)

Un régime de prestations complémentaire au programme de réadaptation complète en partie le traitement provenant d'un emploi de réadaptation.

La description sommaire de ce régime et les principales conditions s'y rattachant sont présentées ci-après :

7.1 ADMISSIBILITÉ AUX PRESTATIONS

L'adhérent a droit aux prestations du RCO :

- s'il satisfait à la définition d'invalidité du régime d'assurance salaire de courte durée de l'employeur; ou
- après les 104 premières semaines d'invalidité, s'il ne se qualifie pas ou ne se qualifie plus à la définition d'invalidité totale prévue au régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée.

De plus, il doit :

- avoir complété avec succès un plan de réadaptation; ou
- être en cours de réalisation d'un plan de réadaptation; ou
- selon le rapport d'évaluation de ses besoins en réadaptation, ne pas avoir besoin de réadaptation;

et

- occuper un emploi de réadaptation offert par l'employeur et approuvé par Beneva; ou
- être en période d'assignation temporaire sur un poste pour une durée n'excédant pas 12 mois.

7.2 PRESTATIONS

Les prestations du RCO sont équivalentes à 95 % du traitement brut de l'adhérent au début de l'invalidité moins le traitement de l'emploi de réadaptation ou du poste occupé en assignation temporaire.

Lorsque l'adhérent occupe un emploi sur une base progressive, le montant de la prestation est établi au prorata du temps rémunéré dans l'emploi de réadaptation par rapport au temps complet.

En tout temps, les prestations du RCO ne peuvent excéder 30 000 \$ par année.

Note : Le traitement au début de l'invalidité et les prestations du RCO ne sont pas sujets à la clause d'indexation indiquée au point 6.8.

Le traitement de l'emploi de réadaptation ou du poste occupé en assignation temporaire est défini comme étant le plus élevé de:

- i) l'équivalent des prestations qui seraient payables par le régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée (maximum annuel de 58 000 \$);

- ii) le traitement de l'emploi de réadaptation ou du poste occupé en assignation temporaire sur la base de la période normale de travail au début de l'invalidité.

Les prestations prévues au présent régime ne peuvent cependant en aucun temps, débiter avant qu'une période de 104 semaines ne se soit écoulée depuis le début de l'invalidité.

7.3 VERSEMENT DES PRESTATIONS

Dans la mesure où l'adhérent est admissible aux prestations du RCO, celles-ci sont versées durant chacune des périodes suivantes:

- a) lorsque l'adhérent a réussi son plan de réadaptation, la période au cours de laquelle il occupe de façon permanente l'emploi de réadaptation offert par l'employeur et approuvé par Beneva;
- b) pendant la période de retour progressif au travail prévue au plan de réadaptation approuvé par Beneva;
- c) la période au cours de laquelle l'adhérent occupe un poste en assignation temporaire lorsqu'il est en attente d'un emploi de réadaptation, pour une période n'excédant pas 12 mois.

7.4 CESSATION DES PRESTATIONS

Il y a cessation des prestations du RCO à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans;
- b) la première date à laquelle l'adhérent invalide devient admissible à :
 - une rente de retraite sans réduction actuarielle calculée avec 35 années de service créditées pour fins de calcul au sens du régime de retraite de l'employeur (exemple : RRPE, RRE, RRF, RRAS) ou 32 années de service créditées (RRAPSC);ou
 - un montant total de prestations au sens du RRCE qui correspond à 70 % du traitement admissible moyen servant au calcul de la rente de ce régime;ou
 - une rente de retraite avec réduction actuarielle dont le montant correspondrait à celui d'une rente de retraite sans réduction actuarielle calculée avec 35 années de service créditées pour fins de calcul au sens du régime de retraite de l'employeur ou 32 années de service créditées (RRAPSC);
- c) la date de la prise de la retraite;
- d) la date où l'adhérent complète une période d'assignation temporaire de 12 mois et n'occupe toujours pas, à cette date, un emploi de réadaptation approuvé par Beneva. Dans un tel cas, Beneva informe le comité sectoriel avant de cesser le versement des prestations;

- e) la date de la cessation d'un emploi de réadaptation approuvé par Beneva ou de tout autre emploi suivant, sans période d'interruption, cet emploi de réadaptation;
- f) la date où les prestations du RCO payables deviennent inférieures à 5 % du traitement de l'adhérent au début de son invalidité.

7.5 COTISATION AU RÉGIME DE RETRAITE

Les prestations du RCO versées sont considérées comme un traitement admissible au régime de retraite. Ainsi, la cotisation de l'adhérent est prélevée sur les prestations du RCO. Beneva assume la contribution de l'employeur qui est égale à celle de l'adhérent.

7.6 PRIME DU RÉGIME DE RENTES DE SURVIVANTS

Beneva assume la prime du régime de rentes de survivants.

7.7 PRESTATIONS D'ASSURANCE VIE ET RENTES DE SURVIVANTS

Advenant un décès, les prestations du RCO sont incluses dans le calcul du traitement servant à établir le montant global des prestations d'assurance vie et de rentes de survivants.

7.8 EXCLUSION

Aucune prestation n'est payable pour toute période d'invalidité résultant de maladies ou de blessures que l'adhérent s'est volontairement infligées, de sa participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels, ou de service actif dans les forces armées ou qui résulte directement ou indirectement d'une guerre déclarée ou non, ou d'une guerre civile.

8- COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS

8.1 FRAIS HOSPITALIERS

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

8.2 FRAIS DE MÉDICAMENTS

Deux modes de transmission de votre demande de prestations de médicaments à Beneva sont disponibles :

8.2.1 Par le biais de la carte d'assurance

Nous vous précisons que seuls les frais de médicaments peuvent être transmis à Beneva par le biais du système de transmission électronique des demandes de prestations.

Sur présentation de votre carte d'assurance, votre pharmacien vérifiera immédiatement si le médicament acheté est admissible à un remboursement.

a) Médicament admissible

Vous n'aurez qu'à payer à votre pharmacien la partie du coût de votre médicament qui n'est pas remboursable par votre régime d'assurance. Beneva remboursera directement à votre pharmacien la portion assurée. Vous n'avez aucune autre démarche à effectuer. Le pharmacien a l'obligation de vous facturer le prix usuel et coutumier, c'est-à-dire le même prix que celui demandé à tout autre client.

b) Médicament non admissible

Si le médicament acheté n'est pas admissible à un remboursement, le pharmacien vous remet un reçu sur lequel apparaissent différents messages, dont, à titre d'exemple :

Indication	Signification
« médicament non couvert »	Demande de remboursement refusée étant donné que le médicament est non couvert par la garantie de médicaments.
« durée de traitement maximum 90 jours »	La quantité de médicaments achetés ne peut excéder une période de traitement de 90 jours. Toutefois, si pour des raisons particulières votre prescription excède une période de traitement de 90 jours, nous vous invitons à soumettre votre demande de remboursement, accompagnée d'une note explicative, directement à Beneva .

suite...

Indication	Signification
« soumettre à l'Assureur »	Le médicament utilisé ne peut être traité par la carte d'assurance mais peut être admissible à un remboursement. Exemple : Si la prescription doit être préparée par le pharmacien (prescription magistrale).
« médicament d'exception »	Si le médicament doit être autorisé par Beneva (<i>voir point 2.2.1</i>).

c) Première utilisation

Si vous détenez un statut de protection familial ou monoparental, lors de la première utilisation de votre carte d'assurance pour un membre de votre famille, le pharmacien doit compléter votre dossier en y inscrivant le prénom et la date de naissance de l'assuré. Nous vous invitons à fournir ces données à votre pharmacien s'il ne les a pas déjà inscrites à votre dossier. Celles-ci demeurent confidentielles. Une justification de l'âge peut être exigée par le pharmacien. Nous vous conseillons de présenter la carte d'assurance maladie de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

d) Enfants à charge âgés de 18 à 25 ans inclusivement aux études à temps plein

Les frais de médicaments, pour les enfants à charge âgés de 18 à 25 ans inclusivement, sont couverts moyennant une déclaration de fréquentation scolaire (*voir point 1.5.2*).

8.2.2 Par la poste

Si vous ne pouvez utiliser votre carte d'assurance (perte, pharmacien non participant, etc.), effectuez votre demande de remboursement en utilisant le formulaire de demande de prestations.

Il est possible d'imprimer ce formulaire personnalisé à partir du site **Espace client**. Pour plus d'information au sujet de nos services Internet, consultez la *section 10*.

Pour être admissible à un remboursement, toutes les factures doivent être présentées dans les 12 mois de la date où ils ont été engagés.

Les factures de pharmaciens doivent mentionner le nom de l'adhérent, 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 acquittées.

Les médicaments fournis par le médecin là où cette pratique est permise par la loi sont également payables, sur présentation des factures indiquant le nom et la quantité des médicaments.

8.3 AUTRES FRAIS D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE

Tous les autres frais doivent être réclamés par l'assuré directement à Beneva. La majorité des frais d'assurance accident maladie peuvent être réclamés en ligne sur le site **Espace client** au **beneva.ca/fr/espace-client**. Vous pouvez également faire votre demande de prestations à l'aide de votre téléphone intelligent en utilisant l'application Beneva.

Vous pouvez nous envoyer l'original de vos factures acquittées. Cependant, ces factures ne vous seront pas retournées, veuillez donc en conserver des copies. Afin de faciliter le traitement de vos réclamations, nous vous recommandons d'accumuler vos factures et de nous les envoyer à tous les trois (3) mois.

Pour être admissibles à un remboursement, toutes les factures, y compris les frais de médicaments, doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date où les frais ont été engagés. Notez que l'utilisation de votre carte d'assurance pour l'achat de vos médicaments assure que vos factures sont présentées à temps.

Envoyez vos demandes de prestations accompagnées du formulaire de demande de prestations. Vous retrouvez ce formulaire personnalisé avec votre relevé accompagnant votre dernier paiement de prestations. Il est également possible d'imprimer un formulaire de demande de prestations personnalisé sur le site **Espace client**. Pour plus d'information au sujet de nos services Internet, consultez la *section 10*. Veuillez indiquer votre numéro de contrat sur toute demande de prestations ou correspondance que vous faites parvenir à Beneva à l'adresse suivante :

Beneva
2525, boul. Laurier
C.P. 10500, Succ. Ste-Foy
Québec, (Québec) G1V 4H6

Dépôt direct des prestations d'assurance accident maladie

Le dépôt direct vous permet d'obtenir plus rapidement vos remboursements en plus d'éliminer les risques de perte ou de vol de vos chèques de prestations.

Vous pouvez adhérer au dépôt direct en vous inscrivant sur le site **Espace client**. Au moment de faire votre demande, ayez en main votre numéro de contrat Beneva de même qu'un chèque personnel indiquant votre numéro de compte. Pour savoir comment vous inscrire et pour plus de détails sur nos services Internet, consultez la *section 10*.

Si vous désirez adhérer au dépôt direct et que vous n'avez pas accès à Internet, ou si vous avez besoin d'assistance, contactez notre Service à la clientèle au numéro indiqué à l'endos de la brochure.

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

Dans le cas d'un accident de travail ou d'automobile, tous les frais médicaux ou hospitaliers découlant de cet accident sont remboursables par la CNESST ou la SAAQ. Ces factures doivent être présentées à la CNESST ou à la SAAQ et non à Beneva.

8.5 ASSURANCE VOYAGE ET ASSURANCE ANNULATION VOYAGE

8.5.1 Assurance voyage

Les frais hospitaliers ou médicaux payables en vertu de cette garantie d'assurance voyage ne sont remboursés qu'après étude de la demande par les organismes gouvernementaux (RAMQ, SAAQ, etc.), le cas échéant.

Tous les frais couverts en vertu de la garantie peuvent être réclamés directement à CanAssistance, sur présentation de pièces justificatives satisfaisantes pour Beneva (factures, reçus, prescriptions, etc.).

8.5.2 Assurance annulation voyage

Lors d'une demande de prestations, l'assuré doit fournir les preuves suivantes :

- a) titres de transport inutilisés;
- b) reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- c) reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'une agence de voyages, d'une compagnie accréditée ou d'une plateforme d'hébergement touristique dans lesquels il est fait mention des montants non remboursés en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de l'assuré à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à Beneva;
- d) document officiel attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, l'assuré doit fournir un certificat médical délivré par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité de survenance de la maladie ou de l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité pour l'assuré d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage;
- e) rapport de police (accident de la route ou fermeture d'urgence d'une route);
- f) rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques;
- g) preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial à l'effet que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant l'annulation de l'événement;
- h) tout autre rapport exigé par Beneva permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

8.6 ASSURANCE VIE ET MUTILATION ACCIDENTELLE DE L'ADHÉRENT, DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE

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

8.7 ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

L'employeur doit transmettre la déclaration d'invalidité à Beneva au début du 7^e mois suivant le début de votre invalidité.

Vous devez tout de même présenter à Beneva les demandes de prestations d'assurance salaire de longue durée au plus tard dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle des prestations du régime d'assurance salaire de longue durée deviennent payables (voir le point 6.3 *Durée des prestations*).

Toutefois, afin que votre demande soit traitée dans les meilleurs délais, nous vous recommandons de soumettre votre demande 90 jours avant la date à laquelle vous devenez admissible à des prestations d'assurance salaire de longue durée.

8.8 AVIS CONCERNANT LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Pour Beneva, protéger les renseignements personnels des adhérents et de leurs personnes à charge, si elles sont couvertes en vertu de la police d'assurance collective, est primordial. C'est pourquoi Beneva recueille, utilise et communique les renseignements personnels d'un adhérent avec son consentement, à moins que la loi l'autorise à le faire autrement, et ce, pour la durée nécessaire aux fins ci-dessous :

- identifier l'adhérent
- établir et mettre à jour le profil, les besoins et les objectifs de l'adhérent
- évaluer les demandes et l'admissibilité de l'adhérent aux produits et services de Beneva
- communiquer des conseils liés à la situation de l'adhérent
- administrer la police d'assurance collective ainsi que les produits ou services (ex. : tarification, sélection des risques, souscription, traitement des réclamations, etc.)
- se conformer à des exigences légales et réglementaires (ex. : pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, la fraude, etc.)
- obtenir l'opinion de l'adhérent en lien avec les produits ou services de Beneva

- proposer à l'adhérent des offres et des conseils personnalisés sur les produits ou les services de Beneva, conformément aux règles relatives aux communications électroniques et téléphoniques, et compte tenu du fait que la personne adhérent ait exercé ou non son **droit de retirer son consentement**
- mener des études et des recherches incluant la conception et l'application de modèles statistiques dont certains peuvent permettre de créer ou d'inférer de nouvelles informations au sujet des adhérents

De quelles façons Beneva recueille-t-elle les renseignements personnels?

Beneva peut recueillir les renseignements personnels par téléphone, en personne, et à l'aide de ses formulaires et de ses interfaces numériques.

À qui Beneva communique-t-elle les renseignements personnels?

Pour les raisons mentionnées plus tôt, et seulement s'ils sont liés aux produits ou services de Beneva détenus par le preneur, Beneva communique les renseignements personnels des adhérents à ses sociétés affiliées et à ses réseaux de distribution ainsi qu'à des tiers, dont certains peuvent être situés à l'extérieur du Québec et du Canada.

Ces tiers peuvent inclure :

- d'autres institutions financières, comme des assureurs et des réassureurs
- d'autres organismes ou entités détenant des renseignements sur les adhérents, entre autres, en assurance, en fraude ou en indemnisation
- des intermédiaires
- des agences d'évaluation du crédit
- des ministères et des organismes gouvernementaux ou des autorités réglementaires
- des employeurs
- des fournisseurs de services en lien avec une réclamation, comme des professionnels de la santé et des ateliers de réparation automobile
- d'autres mandataires et fournisseurs de services (services technologiques, services d'impression et d'expédition de documents, etc.)

Dans tous les cas, Beneva s'assure qu'elle respecte la protection des renseignements personnels.

Quels sont les droits d'accès et de rectification des adhérents?

L'adhérent peut accéder à ses renseignements personnels ou demander la correction d'un renseignement incomplet ou inexact en transmettant une demande à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels

Beneva

625, rue Jacques-Parizeau

Québec (Québec) G1R 2G5

ResponsablePRP@beneva.ca

Pour en savoir plus sur les pratiques de Beneva en matière de protection des renseignements personnels, la version complète de l'Énoncé de confidentialité de Beneva est disponible à l'adresse suivante : <https://www.beneva.ca/fr/notes-juridique-confidentialite/protection-renseignements-personnels>.

Le consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels est nécessaire à la fourniture du produit ou service demandé ou offert. L'adhérent a le droit de retirer son consentement, mais Beneva ne pourra toutefois plus continuer à lui offrir ses produits ou services.

Documentation d'assurance

Si le contrat a été modifié après la production de la présente brochure, il peut y avoir des différences entre le libellé de cette dernière et celui de la police. Le cas échéant, le libellé de la police prévaudra. Les adhérents ont donc le droit de consulter la police et d'en obtenir copie en transmettant une demande d'accès à l'information au Secrétariat du Conseil du trésor. La procédure est disponible sur le site Internet du Secrétariat du Conseil du trésor.

9- RÉGIMES D'ASSURANCE DES RETRAITÉS

9.1 PERSONNE ADMISSIBLE

Toute personne des secteurs public et parapublic du Québec qui, au moment de sa cessation de fonction, est admissible à une rente de retraite immédiate, avec ou sans réduction actuarielle, en vertu du régime de retraite auquel contribue son employeur et qui participe au régime d'assurance collective du personnel d'encadrement.

9.2 RÉGIMES OFFERTS

9.2.1 Retraité âgé de moins de 65 ans

a) l'assuré doit choisir un régime d'assurance accident maladie (de base ou enrichi) à moins d'être exempté (*point 1.3*);

b) l'assuré peut, en plus, choisir le régime d'assurance vie (*section 4*).

Si l'assuré choisit le régime d'assurance accident maladie enrichi au moment de sa retraite, il peut, en tout temps avant son 65^e anniversaire, diminuer sa protection au régime de base. Toutefois, le choix de diminuer au régime de base est irrévocable et il ne pourra plus par la suite adhérer au régime enrichi, sauf à l'occasion de son 65^e anniversaire.

9.2.2 Retraité âgé de 65 ans ou plus

a) l'assuré peut choisir les régimes d'assurance vie et d'assurance accident maladie (de base ou enrichi); ou

b) uniquement le régime d'assurance accident maladie (de base ou enrichi); ou

c) uniquement le régime d'assurance vie; ou

d) aucun régime.

Si l'assuré choisit le régime d'assurance accident maladie de base au moment de sa retraite, ce choix sera irrévocable.

9.3 DÉLAI D'ADHÉSION

L'assurance de la personne admissible qui fait parvenir sa demande d'adhésion dans les délais décrits ci-dessous, débute à la date à laquelle elle devient admissible.

9.3.1 Régime d'assurance accident maladie pour les retraités âgés de moins de 65 ans

Lorsqu'une personne devient admissible au régime d'assurance accident maladie des retraités, elle doit confirmer sa participation à Beneva au cours des **90 jours** qui suivent cette date en remplissant le formulaire d'adhésion prévu à cet effet.

Si la demande d'adhésion parvient à Beneva au-delà de ce délai, l'adhésion au régime enrichi n'est alors plus possible, sauf à l'occasion du 65^e anniversaire. La protection du régime de base d'assurance accident maladie demeure en tout temps accessible et le paiement des primes est rétroactif à la date de l'admissibilité sans jamais dépasser 12 mois, et ce, aussi bien pour un statut de protection individuel que monoparental ou familial. Les prestations pour cette période, sans jamais dépasser 12 mois, sont aussi remboursées rétroactivement.

De plus, cette personne devra payer la prime à la RAMQ pour la période qui n'est pas couverte par Beneva sans toutefois avoir droit au remboursement de médicaments pour cette même période. Rappelons que l'adhésion au régime d'assurance accident maladie est obligatoire en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec.

9.3.2 Régime d'assurance accident maladie pour les retraités de 65 ans ou plus

À partir de 65 ans, l'assuré peut choisir de conserver sa protection d'assurance médicaments chez Beneva ou à la RAMQ. Lorsqu'une personne devient admissible au régime d'assurance accident maladie des retraités, elle doit confirmer sa participation à Beneva au cours des **90 jours** qui suivent cette date en remplissant le formulaire d'adhésion prévu à cet effet.

Le retraité de 65 ans ou plus qui ne transmet pas à Beneva sa demande d'adhésion au régime d'assurance accident maladie des retraités au cours des 90 jours qui suivent la date de son admissibilité, ne peut plus adhérer à ce régime par la suite.

9.3.3 Régime d'assurance vie

Lorsqu'une personne devient admissible au régime d'assurance vie des retraités, elle doit confirmer sa participation à Beneva au cours des **90 jours** qui suivent cette date en remplissant le formulaire d'adhésion prévu à cet effet.

Le retraité qui ne transmet pas à Beneva sa demande d'adhésion au régime d'assurance vie des retraités au cours des 90 jours qui suivent la date de son admissibilité ne peut plus adhérer à ce régime par la suite.

Lors de votre **passage du régime des actifs au régime des retraités**, l'ensemble des informations contenues à votre dossier à ce moment est transféré à votre nouveau dossier au régime des retraités. Les documents déjà fournis à Beneva, tels que la déclaration de fréquentation scolaire pour vos enfants à charge ou le formulaire de médicaments d'exception, si applicable, n'auront pas à être retournés de nouveau.

Pour une description complète des régimes offerts aux retraités, nous vous invitons à consulter la brochure intitulée : **Régime d'assurance collective offert aux retraités du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec** que vous pouvez vous procurer en communiquant avec le Service à la clientèle de Beneva.

10- SERVICES INTERNET BENEVA

10.1 Espace client

Cet outil électronique vous permet d'accéder en tout temps à votre dossier d'assurance. De façon rapide, confidentielle et sécurisée, voici quelques-unes des opérations que vous pouvez y effectuer :

- adhérer au dépôt direct de vos prestations d'assurance accident maladie;
- consulter en ligne votre relevé électronique de prestations;
- imprimer un formulaire personnalisé de demande de prestations;
- commander un relevé de prestations pour fins d'impôt;
- imprimer une carte d'assurance temporaire, si vous avez perdu ou oublié la vôtre;
- effectuer un changement d'adresse;
- visualiser les garanties figurant à votre contrat;
- réclamer en ligne et recevoir l'argent dans votre compte en 48 h avec le dépôt direct (pour la majorité des soins);
- modifier vos bénéficiaires en ligne;
- vérifier les frais médicaux couverts, y compris les médicaments;
- estimer les frais remboursés;
- obtenir votre preuve d'assurance voyage.

Pour vous inscrire et ainsi profiter des nombreux avantages que vous offre nos services Internet, rendez-vous sur notre site **Espace client** au **beneva.ca/fr/espace-client**. Des instructions en ligne vous guideront dans le processus d'inscription. Veuillez noter que les documents versés à votre dossier sont conservés pendant une période de 12 mois.

Si vous avez besoin d'assistance, n'hésitez pas à contacter notre Service à la clientèle, du lundi au vendredi de 8 h 00 à 20 h 00, au numéro indiqué à l'endos de cette brochure.

10.2 Application Beneva

Vous pouvez télécharger gratuitement l'application Beneva pour téléphone intelligent* au **beneva.ca/fr/application-beneva**.

Cette application vous permet de faire les mêmes opérations que vous pouvez effectuer sur l'**Espace client**.

* Présentement disponible sur les plateformes Apple et Android.

11- CONSEILS D'AMI

- Le professionnel de la santé qui vous dispense un traitement vous propose un traitement particulier et vous ne savez pas si ce traitement est admissible? Appelez Beneva.
- Vous pouvez en tout temps vérifier l'admissibilité de vos frais à l'aide de l'outil de simulation disponible sur le site **Espace client** au beneva.ca/fr/espace-client ou à même l'application mobile.
- Pour les fins d'impôts, conservez le relevé de prestations qui accompagne votre chèque de remboursement. Lors de la préparation de votre déclaration de revenus, additionnez tous les relevés de compte pour déterminer le montant total des frais médicaux qui pourraient servir à augmenter vos crédits d'impôts. Si vous êtes inscrit à l'**Espace client** de Beneva, vous pouvez demander en ligne un reçu d'impôt faisant état des réclamations présentées et des montants remboursés en vertu de votre régime d'assurance. Vous pourrez joindre ce reçu à votre déclaration de revenus.
- Pour les fins d'impôts, seul votre employeur peut vous fournir le total des primes que vous avez versées en regard du régime d'assurance collective. Consultez la personne responsable des assurances au service des ressources humaines de votre employeur.
- Savez-vous que, si vous êtes protégé en vertu de deux (2) régimes d'assurance collective, vous pouvez obtenir le remboursement complet de vos frais lorsque ceux-ci sont admissibles en vertu des deux (2) régimes? Présentez d'abord votre demande de prestations à l'assureur qui vous protège chez votre employeur principal. Sur réception du relevé de compte, produisez une photocopie de celui-ci, accompagné d'une copie de vos factures à votre autre assureur et le remboursement de la différence vous parviendra.
- Vous avez perdu votre formulaire de demande de prestations? Indiquez-nous simplement sur une feuille distincte votre nom et votre numéro de certificat d'assurance et retournez-la accompagnée de vos demandes de prestations. Le remboursement de ces frais vous parviendra de la manière habituelle. Il est également possible d'imprimer un formulaire de demande de prestations personnalisé sur le site **Espace client** au beneva.ca/fr/espace-client.
- Utilisez en tout temps votre carte d'assurance en pharmacie et vous saurez immédiatement si votre médicament est admissible à un remboursement.
- Si vous êtes en voyage et qu'il vous arrive un problème de santé, contactez sans hésitation CanAssistance à l'un des numéros indiqués au verso de votre carte d'assurance.
- Tous les documents à jour (brochure, carte d'assurance, etc.) sont disponibles sur le site **Espace client** au beneva.ca/fr/espace-client.

12- TARIFICATION

TARIFICATION PAR PÉRIODE DE 14 JOURS DU 1^{ER} JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2025 ⁽¹⁾

Régime	Individuel				Monoparental				Familial			
	Employeur	Employé	Congé de primes	Total	Employeur	Employé	Congé de primes	Total	Employeur	Employé	Congé de primes	Total
Obligatoire de base d'assurance accident maladie												
Moins de 65 ans	31,84 \$	57,29 \$	- \$	89,13 \$	44,58 \$	80,20 \$	- \$	124,78 \$	76,42 \$	137,49 \$	- \$	213,91 \$
65 ans ou plus	31,84 \$	31,13 \$	- \$	62,97 \$	44,58 \$	54,04 \$	- \$	98,62 \$	76,42 \$	85,17 \$	- \$	161,59 \$
Surprime pour les 65 ans ou plus ⁽²⁾	- \$	132,16 \$	- \$	132,16 \$	- \$	185,02 \$	- \$	185,02 \$	- \$	317,18 \$	- \$	317,18 \$

Les primes ne comprennent pas la taxe de vente provinciale de 9 %.

- (1) Tout changement dans le taux de primes par suite d'un changement d'âge prend effet le 1^{er} jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit le changement d'âge.
- (2) Prime additionnelle payée par l'adhérent de 65 ans ou plus, à compter du 1^{er} jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit son 65^e anniversaire de naissance, s'il demande d'être assuré en vertu de la garantie Médicaments du régime collectif plutôt que par le régime de la RAMQ.

Régimes	Employeur	Employé	Congé de primes	Total
Obligatoire de base d'assurance vie (en % du traitement)				
- de l'adhérent (50 % du traitement annuel)	- %	0,063 %	0,000 %	0,063 %
- du conjoint et des enfants à charge (17 200 \$ pour le conjoint et 5 000 \$ / enfant)	- %	0,018 %	0,000 %	0,018 %
- mutilation par accident	- %	0,006 %	0,000 %	0,006 %
TOTAL	- %	0,087 %	0,000 %	0,087 %
Obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée (en % du traitement) 65 % du traitement mensuel brut à compter de la 105 ^e semaine d'invalidité totale	0,741 %	- %	0,074 %	0,667 %
Complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée (RCO) (en % du traitement)	0,015 %	- %	0,002 %	0,013 %

Les primes ne comprennent pas la taxe de vente provinciale de 9 %.

Régimes	Prime par 1 000 \$ de protection	Prime en % du traitement ⁽¹⁾	Prime par 1 000 \$ de protection	Prime en % du traitement ⁽¹⁾
	Homme / Fumeur ^{(2) (3)}		Homme / Non fumeur ^{(2) (3)}	
Facultatif d'assurance vie additionnelle de l'adhérent et du conjoint				
Moins de 35 ans	0,021 \$	0,055 %	0,011 \$	0,029 %
de 35 à 39 ans	0,035 \$	0,091 %	0,015 \$	0,039 %
de 40 à 44 ans	0,052 \$	0,136 %	0,025 \$	0,065 %
de 45 à 49 ans	0,085 \$	0,222 %	0,040 \$	0,104 %
de 50 à 54 ans	0,142 \$	0,370 %	0,075 \$	0,196 %
de 55 à 59 ans	0,234 \$	0,610 %	0,135 \$	0,352 %
de 60 à 64 ans	0,473 \$	1,234 %	0,173 \$	0,451 %
de 65 à 69 ans	0,707 \$	1,845 %	0,252 \$	0,657 %
de 70 à 74 ans	0,991 \$	2,585 %	0,399 \$	1,041 %
de 75 à 79 ans	1,283 \$	3,347 %	0,576 \$	1,503 %
80 ans ou plus	2,044 \$	5,333 %	1,419 \$	3,702 %

Les primes ne comprennent pas la taxe de vente provinciale de 9 %.

⁽¹⁾ La tarification en pourcentage du traitement s'applique uniquement à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent.

⁽²⁾ En assurance vie additionnelle du conjoint, les taux sont établis en fonction des habitudes tabagiques (fumeur ou non fumeur) et du sexe du conjoint, mais selon l'âge de l'adhérent.

⁽³⁾ Tout changement dans le taux de primes par suite d'un changement d'âge de l'adhérent prend effet le 1^{er} janvier qui coïncide avec ou qui suit le changement d'âge.

Régimes	Prime par 1 000 \$ de protection	Prime en % du traitement ⁽¹⁾	Prime par 1 000 \$ de protection	Prime en % du traitement ⁽¹⁾
	Femme / Fumeur ^{(2) (3)}		Femme / Non fumeur ^{(2) (3)}	
Moins de 35 ans	0,010 \$	0,026 %	0,004 \$	0,010 %
de 35 à 39 ans	0,025 \$	0,065 %	0,013 \$	0,034 %
de 40 à 44 ans	0,045 \$	0,117 %	0,021 \$	0,055 %
de 45 à 49 ans	0,066 \$	0,172 %	0,032 \$	0,083 %
de 50 à 54 ans	0,108 \$	0,282 %	0,053 \$	0,138 %
de 55 à 59 ans	0,161 \$	0,420 %	0,098 \$	0,256 %
de 60 à 64 ans	0,375 \$	0,978 %	0,133 \$	0,347 %
de 65 à 69 ans	0,489 \$	1,276 %	0,185 \$	0,483 %
de 70 à 74 ans	0,617 \$	1,610 %	0,273 \$	0,712 %
de 75 à 79 ans	0,723 \$	1,886 %	0,357 \$	0,931 %
80 ans ou plus	1,519 \$	3,963 %	1,010 \$	2,635 %

Les primes ne comprennent pas la taxe de vente provinciale de 9 %.

⁽¹⁾ La tarification en pourcentage du traitement s'applique uniquement à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent.

⁽²⁾ En assurance vie additionnelle du conjoint, les taux sont établis en fonction des habitudes tabagiques (fumeur ou non fumeur) et du sexe du conjoint, mais selon l'âge de l'adhérent.

⁽³⁾ Tout changement dans le taux de primes par suite d'un changement d'âge de l'adhérent prend effet le 1^{er} janvier qui coïncide avec ou qui suit le changement d'âge.

Composition du comité paritaire intersectoriel (CPI) :

Représentants du gouvernement	Représentants des associations de cadres
Coprésident	Coprésident
Secrétaire du comité	
Actuaire	1 représentant des retraités
Fonction publique	
1 représentant	1 représentant
Santé et services sociaux	
2 représentants	3 représentants
Éducation	
3 représentants	2 représentants

Pour joindre les membres du comité paritaire intersectoriel

Secrétariat du Comité paritaire intersectoriel
875, Grande Allée Est, secteur 400
Québec (Québec) G1R 5R8

Conseil de votre comité

Magasinez le prix de vos médicaments!

Pour réduire votre facture de médicaments et par le fait même avoir un effet sur le coût de la prime de votre régime collectif, il est important de magasiner le prix de vos médicaments. En effet, des différences considérables sont parfois observées d'une pharmacie à l'autre. Ainsi, nous vous conseillons de faire évaluer le coût des médicaments que vous consommez dans quelques pharmacies. Par la suite, vous serez en mesure de choisir celle qui s'avère la plus avantageuse pour vous en termes de coût et de qualité des services offerts.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Espace client

2 minutes pour s'inscrire.
48 h pour recevoir un remboursement.
Qui dit mieux ?

Découvrez nos services en ligne en vous inscrivant
dès aujourd'hui au site sécurisé dédié aux assurés.

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

Pour toute information complémentaire, nous vous invitons
à communiquer avec le Service à la clientèle de Beneva,
du lundi au vendredi de 8 h à 20 h.

2525, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 2L2

1 888 235-0606

beneva