



Votre régime



Retraités
Police 44HQ0 Hydro-Québec
1^{er} juin 2024

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

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC.

VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

HYDRO-QUÉBEC

**Le présent document décrit les dispositions contractuelles en vigueur
le 1^{er} juin 2024 pour les adhérents suivants :**

Retraités

Numéro de police : 44HQ0

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

AVIS CONCERNANT LA PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Pour SSQ Assurance, protéger vos renseignements personnels est primordial. C'est pourquoi nous vous informons que nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels avec votre consentement, à moins que la loi nous autorise à le faire autrement, et ce, pour la durée nécessaire aux fins ci-dessous :

- vous identifier
- établir et mettre à jour votre profil, vos besoins et vos objectifs
- évaluer vos demandes et votre admissibilité à nos produits et services
- vous communiquer des conseils liés à votre situation
- administrer vos contrats ainsi que vos produits ou services (ex. : tarification, sélection des risques, souscription, traitement de vos réclamations, etc.)
- se conformer à des exigences légales et réglementaires (ex. : pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, la fraude, etc.)
- obtenir votre opinion en lien avec nos produits ou services
- vous proposer des offres et des conseils personnalisés sur nos produits ou nos services (voir votre droit de retrait de consentement) selon vos préférences et conformément aux règles relatives aux communications électroniques et téléphoniques
- 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 à votre sujet

De quelles façons SSQ Assurance recueille vos renseignements personnels?

Nous pouvons recueillir vos renseignements personnels par téléphone, en personne, et à l'aide de nos formulaires et de nos interfaces numériques.

À qui SSQ Assurance communique vos renseignements personnels?

Pour les raisons mentionnées plus tôt, et seulement s'ils sont liés à vos produits ou services, nous communiquons vos renseignements personnels à nos sociétés affiliées et à nos 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 vous, 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.)

Notez que dans tous les cas, nous nous assurons qu'ils respectent la protection de vos renseignements personnels.

Quels sont vos droits d'accès et de rectification?

Accéder à vos renseignements personnels ou demander la correction d'un renseignement incomplet ou inexact est possible. Transmettez-nous une demande à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels

625, rue Jacques-Parizeau

Québec (Québec) G1R 2G5

ResponsablePRP@beneva.ca

Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, consultez la version complète de notre Énoncé de confidentialité à l'adresse suivante :

<https://www.beneva.ca/fr/notes-juridique-confidentialite/protection-renseignements-personnels>

Votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication de vos renseignements personnels est nécessaire à la fourniture du produit ou service demandé ou offert. Vous avez le droit de retirer votre consentement, mais SSQ Assurance ne pourra toutefois plus continuer à vous offrir ses produits ou services.

VOTRE DOCUMENTATION D'ASSURANCE

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

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

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU DES GARANTIES	TG-1
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	1
Définitions et interprétation.....	1
Règles de participation	5
Périodes d'application de l'assurance	8
Paiement des prestations.....	12
Limitation des engagements contractuels.....	14
Changements d'assureur.....	14
RÉGIME D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE (AVCB)	15
Assurance vie collective de base de l'adhérent.....	15
Assurance vie collective de base du conjoint	16
Assurance vie collective de base des enfants à charge.....	18
RÉGIME D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE COMPLÉMENTAIRE	19
Assurance vie collective complémentaire de l'adhérent (AVCC).....	19
Assurance vie collective complémentaire du conjoint (AVCP)	21
Assurance vie collective complémentaire des enfants à charge (AVCP).....	23
RÉGIME D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE SUPPLÉMENTAIRE (AVCS)	24
Assurance vie collective supplémentaire de l'adhérent.....	24
ASSURANCE SANTÉ.....	25
Soins médicaux	25
Médicaments (Soins médicaux).....	30
Hospitalisation (Soins médicaux).....	33
Établissements pour soins spécialisés (Soins médicaux).....	34
Professionnels de la santé (Soins médicaux)	36
Autres frais médicaux (Soins médicaux).....	38
ASSURANCE VOYAGE	45
Assurance voyage avec assistance	52
Assurance annulation de voyage	58

TABLEAU DES GARANTIES

Dispositions générales

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

La présente brochure décrit les dispositions contractuelles en vigueur le 1^{er} juin 2024.

Catégorie de personnes admissibles à titre d'adhérents	Tous les retraités d'Hydro-Québec ⁽¹⁾ répondant à la définition de « retraité » de la section des Dispositions générales
---	---

⁽¹⁾ La présente catégorie inclut un groupe d'employés retraités résidant à l'extérieur du Canada. Aux fins du contrat, il est entendu que ces retraités sont admissibles aux mêmes garanties et sont assujettis aux mêmes dispositions contractuelles que les retraités de la catégorie RET qui résident au Canada, à l'exception de la couverture pour les médicaments de la garantie Soins médicaux qui prend fin au 65^e anniversaire de naissance.

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance vie collective de base (AVCB)

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

Assurance vie collective de base de l'adhérent

	Option A	Option B	Option C
Montant d'assurance	25 000 \$	50 000 \$	75 000 \$
Fin de l'assurance	Au décès de l'adhérent		

Assurance vie collective de base du conjoint

	Option A	Option B	Option C
Montant d'assurance	1 000 \$	2 000 \$	3 000 \$
Fin de l'assurance	Au décès de l'adhérent		

Assurance vie collective de base des enfants à charge

	Option A	Option B	Option C
Montant d'assurance (par enfant à charge de 24 heures ou plus)	1 000 \$	1 500 \$	2 000 \$
Fin de l'assurance	Au décès de l'adhérent		

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance vie collective complémentaire (AVCC)

Les adhérents qui sont couverts en vertu de l'AVCS ne sont pas admissibles à la présente garantie.
Le conjoint et les enfants à charge sont admissibles à la présente assurance si l'adhérent est admissible à l'AVCC et qu'il a choisi l'Option A de l'AVCB.

Assurance vie collective complémentaire de l'adhérent (AVCC)

	Option A	Option B	Option C
Montant d'assurance	Le montant détenu en vertu de l'Option A au moment de la retraite	s.o.	s.o.
Fin de l'assurance	Le jour du 65 ^e anniversaire de l'adhérent		

Assurance vie collective complémentaire du conjoint (AVCP)

	Option A	Option B	Option C
Montant d'assurance (en fonction de la prime payée)	Le montant détenu en vertu de l'Option A au moment de la retraite	s.o.	s.o.
Fin de l'assurance	Le jour du 65 ^e anniversaire de l'adhérent		

Assurance vie collective complémentaire des enfants à charge (AVCP)

	Option A	Option B	Option C
Montant d'assurance (par enfant à charge de 24 heures ou plus)	Le montant détenu en vertu de l'Option A au moment de la retraite	s.o.	s.o.
Fin de l'assurance	Le jour du 65 ^e anniversaire de l'adhérent		

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance vie collective supplémentaire (AVCS)

Seuls les retraités qui étaient couverts en vertu de l'AVCS au 1^{er} juillet 1993 (1^{er} juillet 1999 pour les retraités provenant de la catégorie d'employés actifs « ingénieurs permanents ») et qui ont conservé cette assurance y ont droit, à condition d'être couverts en vertu de l'Option C de l'AVCB.

Cette assurance n'est plus offerte.

Assurance vie collective supplémentaire de l'adhérent

	Option A	Option B	Option C
Montant d'assurance ⁽¹⁾	s.o.	s.o.	Le montant détenu au moment de la retraite ⁽²⁾
Maximum sans preuves	Aucune preuve d'assurabilité n'est requise		
Fin de l'assurance	Au décès de l'adhérent		

⁽¹⁾ Vous pouvez diminuer votre montant d'assurance en vertu de la présente garantie en tout temps. Le nouveau montant d'assurance doit se calculer par tranches de 10 000 \$ et être inférieur au montant d'assurance prévu ci-dessus. De ce fait, le nouveau montant d'assurance n'est plus lié au salaire annuel. Cette décision est irrévocable.

⁽²⁾ Le montant d'assurance inclut une prestation consécutive au décès (PCD) de 10 000 \$, sauf pour les retraités provenant de la catégorie d'employés actifs « ingénieurs permanents ».

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance santé

Soins médicaux RET - Ancienne protection

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

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

Maximum viager de remboursement pour l'ensemble des soins médicaux, à l'exclusion des médicaments, de la chambre d'hôpital et des premiers 60 jours des autres frais d'hospitalisation : 35 000 \$ par personne assurée

Rétablissement du maximum viager : Un retraité ayant reçu 1 000 \$ ou plus de prestations en raison d'une invalidité et qui recouvre la santé peut demander le rétablissement du maximum viager. Il doit toutefois présenter à SSQ des documents confirmant qu'il est en bonne santé. Cette règle vaut également pour le conjoint et les enfants à charge assurés.

Protection	Maximum	Pourcentage de remboursement
Médicaments		
Médicaments avec carte SSQ – Paiement direct *	√	
Médicaments – Contribution du patient *	√	
Médicaments – Traitement de l'infertilité *	√	
Médicaments – Dysfonction sexuelle *	1 000 \$ de remboursement par année civile par personne assurée Avec autorisation préalable	80 % ⁽¹⁾ ⁽²⁾
Médicaments – Produits antitabac *	Selon le RGAM ⁽³⁾	
Injections sclérosantes *	20 \$ admissibles par jour	
Médicaments anti-obésité *	√ Avec autorisation préalable	

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance santé (suite)

Soins médicaux RET - Ancienne protection

Protection	Maximum	Pourcentage de remboursement
------------	---------	------------------------------

- ⁽¹⁾ Lorsque le maximum annuel à déboursier selon le RGAM est atteint, les frais engagés par la suite au cours de la même année civile pour tout médicament sont remboursables à 100 %. Les frais engagés pour l'achat de tout médicament participent à l'atteinte du maximum annuel à déboursier, qui s'applique par personne assurée, étant entendu que la portion des frais de médicaments engagés pour vos enfants à charge participe à l'atteinte de votre maximum, mais en aucun cas à celui de votre conjoint.
- ⁽²⁾ Les retraités couverts en vertu du Régime général d'assurance médicaments de la RAMQ ont droit à un remboursement maximum global équivalent à la différence entre le pourcentage de 80 % prévu par la présente garantie et le pourcentage de remboursement prévu par le régime de la RAMQ, pour les médicaments couverts par ce régime.
- ⁽³⁾ RGAM signifie « Régime général d'assurance médicaments ».

Hospitalisation

Chambre d'hôpital au Canada	Chambre semi-privée	100 %
Chambre d'hôpital à l'extérieur du Canada	Chambre semi-privée, remboursement limité au tarif régulier exigé au Québec pour l'excédent de la salle publique	100 %

Établissements pour soins spécialisés

Centre d'hébergement et de soins de longue durée	Chambre semi-privée	100 % pour les 60 premiers jours (par période de 12 mois); 80 % à compter du 61 ^e jour d'hospitalisation
Centre de réadaptation		
Maison de convalescence		
Soins pour maladies chroniques		

Professionnels de la santé

Chiropraticien	15 \$ de remboursement par traitement	80 %
Podiatre / Chiropodiste	20 traitements par année civile par personne assurée par service, sous réserve d'un maximum regroupé de 40 traitements par année civile par certificat	

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance santé (suite)

Soins médicaux

RET - Ancienne protection

Protection	Maximum	Pourcentage de remboursement
Chiropraticien – Radiographies	35 \$ de remboursement par année civile par personne assurée, sous réserve d'un maximum de 70 \$ de remboursement par année civile par certificat	80 %
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	20 \$ de remboursement par traitement 20 traitements par année civile par personne assurée, sous réserve d'un maximum de 40 traitements par année civile par certificat	80 %
Psychiatre	√	80 %
Psychologue	500 \$ de remboursement par année civile par personne assurée, sous réserve d'un maximum de 1 000 \$ par année civile par certificat	50 %
Autres frais médicaux		
Accessoires pour pompe à insuline	√	80 %
Ambulance ou transport ambulancier par avion ou par train	√	80 %
Analyses de laboratoire	√	80 %
Appareil d'assistance respiratoire	√	80 %
Appareil de coagulation *	√	80 %
Appareils orthopédiques *	√	80 %
Appareils thérapeutiques *	√	80 %
Articles pour stomie *	√	80 %
Bas de contention *	100 \$ admissibles par année civile par personne assurée	80 %

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance santé (suite)

Soins médicaux

RET - Ancienne protection

Protection	Maximum	Pourcentage de remboursement
Chaussures orthopédiques *	125 \$ admissibles par année civile par personne assurée	80 %
Chaussures profondes *		
Orthèses plantaires *		
Échographies	√	80 %
Électrocardiogrammes	√	80 %
Fauteuil roulant et marchette *	√	80 %
Glucomètre	√	80 %
Honoraires d'un médecin à l'extérieur du Canada	√	80 %
Infirmier *	√	80 %
Lentilles intraoculaires	√	80 %
Lit d'hôpital *	√	80 %
Pompe à insuline	√	80 %
Prothèse capillaire *	Maximum admissible viager de 250 \$ par personne assurée	80 %
Prothèse externe et membre artificiel	√	80 %
Prothèses mammaires *	√	80 %
Radiographies	√	80 %
Recommandation de soins médicaux hors province *	√	80 %
Résonances magnétiques	√	80 %
Sphygmomanomètre *	√	80 %
Tomodensitométries	√	80 %

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance santé (suite)

Soins médicaux

RET - Ancienne protection

Protection	Maximum	Pourcentage de remboursement
Traitement de radiothérapie *	√	80 %
Traitements dentaires en cas d'accident aux dents naturelles	√ Dans les 12 mois suivant l'accident	80 %
Fin de l'assurance	Au décès de l'adhérent	

* Ordonnance médicale requise

√ Frais usuels et raisonnables

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance santé

Soins médicaux RET - Protections modulaires

Franchise par année civile : Aucune

Maximum viager de remboursement pour l'ensemble des soins médicaux, à l'exclusion des médicaments, de la chambre d'hôpital et des premiers 60 jours des autres frais d'hospitalisation : 100 000 \$ par personne assurée

Rétablissement du maximum viager : Un retraité ayant reçu 1 000 \$ ou plus de prestations en raison d'une invalidité et qui recouvre la santé peut demander le rétablissement du maximum viager. Il doit toutefois présenter à SSQ des documents confirmant qu'il est en bonne santé. Cette règle vaut également pour le conjoint et les enfants à charge assurés.

Protection	Module de base	Module majoré
Médicaments		
Pourcentage de remboursement	80 % ^{(1) (2)}	80 % ^{(1) (2)}
Médicaments avec carte SSQ – Paiement direct *	√	√
Médicaments – Contribution du patient *	√	√
Médicaments – Traitement de l'infertilité *	√	√
Médicaments – Dysfonction sexuelle *	1 000 \$ de remboursement par année civile par personne assurée Avec autorisation préalable	
Médicaments – Produits antitabac *	Selon le RGAM ⁽³⁾	
Injections sclérosantes *	20 \$ admissibles par jour	
Médicaments anti-obésité *	√ Avec autorisation préalable	

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance santé (suite)

Soins médicaux RET - Protections modulaires

Protection	Module de base	Module majoré
------------	----------------	---------------

- ⁽¹⁾ Lorsque le maximum annuel à déboursier selon le RGAM est atteint, les frais engagés par la suite au cours de la même année civile pour tout médicament sont remboursables à 100 %. Les frais engagés pour l'achat de tout médicament participent à l'atteinte du maximum annuel à déboursier, qui s'applique par personne assurée, étant entendu que la portion des frais de médicaments engagés pour vos enfants à charge participe à l'atteinte de votre maximum, mais en aucun cas à celui de votre conjoint.
- ⁽²⁾ Les retraités couverts en vertu du Régime général d'assurance médicaments de la RAMQ ont droit à un remboursement maximum global équivalent à la différence entre le pourcentage de 80 % prévu par la présente garantie et le pourcentage de remboursement prévu par le régime de la RAMQ, pour les médicaments couverts par ce régime.
- ⁽³⁾ RGAM signifie « Régime général d'assurance médicaments ».

Hospitalisation		
Pourcentage de remboursement	100 %	100 %
Chambre d'hôpital au Canada	Chambre semi-privée	
Établissements pour soins spécialisés		
Pourcentage de remboursement	100 % pour les 60 premiers jours (par période de 12 mois) 80 % à compter du 61 ^e jour d'hospitalisation	
Centre d'hébergement et de soins de longue durée	Chambre semi-privée	
Centre de réadaptation		
Maison de convalescence		
Soins pour maladies chroniques		

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance santé (suite)

Soins médicaux RET - Protections modulaires

Protection	Module de base	Module majoré
Professionnels de la santé		
Pourcentage de remboursement	s.o.	80 %
Acupuncteur	Non couvert	43 \$ de remboursement par traitement ⁽¹⁾ Maximum regroupé de 1 075 \$ de remboursement par année civile par personne assurée ⁽²⁾
Audiologiste		
Chiropraticien		
Diététiste		
Ergothérapeute		
Homéopathe		
Kinésithérapeute/ Kinothérapeute		
Massothérapeute		
Naturopathe		
Orthophoniste		
Orthothérapeute		
Ostéopathe		
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique		
Podiatre / Chiroprodiste		
Psychiatre		
Psychologue		

⁽¹⁾ Le maximum payable par traitement sera haussé de 1 \$ par année aux 1^{er} janvier 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026 et 2027. Il sera maintenu à 50 \$ par la suite.

⁽²⁾ Le maximum payable sera haussé de 25 \$ par année aux 1^{er} janvier 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026 et 2027. Il sera maintenu à 1 250 \$ par la suite.

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance santé (suite)

Soins médicaux RET - Protections modulaires

Protection	Module de base	Module majoré
Autres frais médicaux		
Pourcentage de remboursement	80 %	80 %
Accessoires pour pompe à insuline	√	√
Ambulance ou transport ambulancier par avion ou par train	√	√
Analyses de laboratoire	√	√
Appareil d'assistance respiratoire	√	√
Appareil de coagulation *	√	√
Appareils orthopédiques *	√	√
Appareils thérapeutiques *	√	√
Articles pour stomie *	√	√
Bas de contention *	100 \$ admissibles par année civile par personne assurée	
Chaussures orthopédiques *	Maximum regroupé de 125 \$ admissibles par année civile par personne assurée	
Chaussures profondes *		
Orthèses plantaires *		
Échographies	√	√
Électrocardiogrammes	√	√
Fauteuil roulant et marchette *	√	√
Glucomètre	√	√
Infirmier *	√	√

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance santé (suite)

Soins médicaux RET - Protections modulaires

Protection	Module de base	Module majoré
Lentilles intraoculaires	√	√
Lit d'hôpital *	√	√
Neurostimulateur transcutané	√	√
Pompe à insuline	√	√
Prothèse capillaire *	Maximum admissible viager de 250 \$ par personne assurée	
Prothèse externe et membre artificiel	√	√
Prothèses mammaires *	√	√
Radiographies	√	√
Résonances magnétiques	√	√
Sphygmomanomètre *	√	√
Tomodensitométries	√	√
Traitement de radiothérapie *	√	√
Traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles	√ Dans les 12 mois suivant l'accident	
Fin de l'assurance	Au décès de l'adhérent	

* Ordonnance médicale requise

√ Frais usuels et raisonnables

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance voyage

Seuls les retraités ayant choisi le **module majoré** de l'assurance santé sont admissibles à la couverture en vertu de la présente garantie.

Assurance voyage personnel

Pourcentage de remboursement	100 %
Personnes admissibles	Adhérent, conjoint et enfants à charge Selon le statut de protection détenu en vertu de la garantie de Soins médicaux
Protection	Obligatoire ⁽¹⁾
Durée du séjour	31 jours ou moins ou les 31 premiers jours d'un voyage plus long
Assurance voyage avec assistance	5 000 000 \$ de remboursement par séjour par personne assurée
Assurance annulation de voyage	5 000 \$ de remboursement par séjour par personne assurée
Fin de l'assurance	Le jour du 71 ^e anniversaire de la personne assurée

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

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Définitions et interprétation

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

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

Accident

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

Adhérent

Se dit d'une personne admise à l'assurance en sa qualité de membre d'une catégorie de personnes admissibles. Un retraité ne peut être reconnu comme adhérent que s'il réside au Canada.

Administrateur du régime

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

Conjoint

Pour tous les adhérents à l'exception des stagiaires provenant de l'étranger

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

- qui est liée à vous par une union civile ou par un mariage légalement reconnu;
ou
- de qui vous pouvez prouver qu'elle fait habituellement vie commune avec vous et que vous avez désignée par écrit à SSQ comme votre conjoint, pourvu qu'un enfant soit issu de votre union;
ou
- de qui vous pouvez prouver qu'elle fait habituellement vie commune avec vous depuis au moins 12 mois et que vous avez désignée par écrit à SSQ comme votre conjoint.

Ce statut de conjoint est annulé lorsque :

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

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

Contrat

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

Employé

Se dit de toute personne au service de l'employeur à titre d'employé permanent ou temporaire, inscrite sur la liste de paie de l'employeur et faisant partie de l'une des catégories de personnes admissibles à titre d'adhérents mentionnées à la police, à l'exception de tout employé régi par le décret de la construction.

Employeur

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

Enfant à charge

Pour tous les adhérents à l'exception des stagiaires provenant de l'étranger

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

- être âgé de moins de 21 ans;
ou
- quel que soit son âge, étudier à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue; SSQ exige la preuve de l'inscription à un programme d'études;
ou
- quel que soit son âge, être atteint d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la loi; l'enfant doit ne pas recevoir de prestations de programmes d'aide de dernier recours prévue par les lois provinciales; SSQ peut exiger les preuves qu'elle juge nécessaires; l'enfant doit être domicilié chez une personne qui exercerait l'autorité parentale sur lui s'il était mineur.

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

Hospitalisation

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

Maladie

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

Médecin

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

Personne assurée

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

Preneur

Hydro-Québec

Retraité

Une personne qui remplit au moins une des conditions suivantes :

- a) Toute personne ayant au moins 10 ans de service auprès de l'employeur et qui reçoit des prestations de retraite provenant du Régime de retraite d'Hydro-Québec, à l'exclusion :
 - i) d'une rente au conjoint ou d'une rente à l'enfant, au sens dudit régime, ou
 - ii) d'une rente différée au sens dudit régime, ou
 - iii) d'une portion de rente ajournée au sens dudit régime.
- b) Tout employé qui est licencié par l'employeur avant l'âge de 65 ans à la suite d'une invalidité permanente reconnue par l'employeur;
- c) Tout employé permanent ayant au moins 10 ans de service auprès de l'employeur et au moins 45 ans d'âge, qui est licencié par l'employeur en vertu d'un encadrement officiel de l'employeur sur le licenciement;
- d) Tout employé qui quitte le service de l'employeur à l'âge de 65 ans ou après avoir atteint cet âge.

Retraite facultative

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

Salaire

Votre salaire de base, à l'exclusion de toute autre rétribution additionnelle non gagnée sur une base régulière telle que bonis, rémunération pour les heures supplémentaires et allocations de tous genres, qui vous était versé par l'employeur immédiatement avant la date de votre retraite.

Subrogation

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

Vous

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

Règles de participation

1. Obligation de participer

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

2. Conditions d'admission

Toute personne qui réside au Canada et qui répond aux conditions d'admission énoncées au « Tableau des garanties » est admissible à l'assurance à titre d'adhérent, à moins d'indication contraire.

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

Malgré ce qui précède, toute personne assurée aux termes du contrat antérieur ne peut voir son adhésion refusée ni être privée de prestations uniquement en raison d'une exclusion pour cause d'antécédents médicaux qui a été inopérante ou qui n'était pas prévue dans ce contrat.

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

3. Demandes d'adhésion

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

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

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

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

4. Modalités d'adhésion

Assurance vie collective de base (AVCB)

Au moment de votre retraite, si vous répondez à la définition de « retraité » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES, vous pouvez conserver votre option en vertu de l'AVCB.

Si vous renoncez à vos assurances vie collectives au moment du départ à la retraite, ce choix est irrévocable et vous ne pourrez plus par la suite souscrire les assurances vie collectives.

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

Au moment de votre retraite, si vous répondez à la définition de « retraité » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES et êtes âgé de moins de 65 ans, vous pouvez conserver l'Option A en vertu de l'AVCC et de l'AVCP si vous avez choisi l'Option A en vertu de l'AVCB.

Si vous étiez admissible à une retraite facultative ou anticipée en vertu du Régime de retraite d'Hydro-Québec (RRHQ) au 1^{er} janvier 2015 ou avant, vous pouvez conserver votre montant d'assurance, en tout ou en partie, pendant votre retraite selon l'option détenue au moment de la retraite.

Si vous renoncez à vos assurances vie collectives au moment du départ à la retraite, ce choix est irrévocable et vous ne pourrez plus par la suite souscrire les assurances vie collectives.

Assurance vie collective supplémentaire (AVCS)

Si vous étiez couvert en vertu de l'AVCS au 1^{er} juillet 1993 (ou au 1^{er} juillet 1999 si vous provenez de la catégorie d'employés actifs « ingénieurs permanents »), que vous avez conservé cette assurance et que vous êtes couvert en vertu de l'Option C de l'AVCB, vous demeurez couvert en vertu de l'AVCS. Autrement, cette assurance n'est plus offerte.

Assurance santé (soins médicaux)

- Employés couverts en vertu de l'assurance santé au moment de la retraite et répondant à la définition de « retraité » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES

L'assurance santé des retraités entre en vigueur dès la date de votre cessation d'emploi et vous devez alors choisir le module (« base » ou « majoré ») que vous souhaitez détenir à l'égard de votre assurance santé. Vous n'êtes pas admissible au régime « ancienne protection » au moment de votre retraite. Si vous ne faites aucun choix au moment de votre retraite, le module de base vous sera automatiquement attribué.

Si vous déteniez un statut de protection « couple » en tant qu'employé actif, celui-ci devient un statut de protection « familial » au moment de l'adhésion initiale à l'assurance santé des retraités.

Au moment de la retraite, vous pouvez renoncer à l'assurance santé des retraités. Par contre, si vous êtes âgé de moins de 65 ans, vous pouvez y renoncer uniquement si vous êtes assuré par une garantie équivalente d'un autre contrat d'assurance collective, pour vous-même et vos personnes à charge admissibles. Dans tous les cas, la décision de renoncer à l'assurance santé des retraités est irrévocable.

- Employés non couverts en vertu de l'assurance santé au moment de la retraite mais répondant à la définition de « retraité » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Si vous étiez exempté de participer à l'assurance santé en tant qu'employé actif en vertu des dispositions de l'article 6. Droit d'exemption de la présente section, vous devez, au moment de votre retraite, choisir de maintenir votre droit d'exemption ou faire une demande d'adhésion à l'assurance santé, pour vous-même et vos personnes à charge admissibles, le cas échéant.

Si vous choisissez de maintenir votre droit d'exemption en vertu des dispositions de l'article 6. Droit d'exemption de la présente section, ce choix est irrévocable et vous renoncez ainsi à l'assurance santé des retraités.

Si vous choisissez de participer à l'assurance santé des retraités, vous devez alors choisir le statut de protection (individuel, monoparental ou familial) ainsi que le module (« base » ou « majoré ») que vous souhaitez détenir.

Si vous ne faites aucun choix de régime au moment de votre retraite ou si vous ne renoncez pas à l'assurance santé des retraités dans les 30 jours suivant votre cessation d'emploi, le module de base vous sera automatiquement attribué avec le statut de protection individuel.

5. Droit d'exemption

À tout moment pendant votre retraite, vous pouvez renoncer à l'assurance santé et le changement entre en vigueur le 31 décembre suivant la date à laquelle vous informez le preneur de votre décision. Par contre, si vous êtes âgé de moins de 65 ans, vous pouvez renoncer à l'assurance santé uniquement si vous êtes assuré par une garantie équivalente d'un autre contrat d'assurance collective, pour vous-même et vos personnes à charge admissibles. Dans tous les cas, la décision de renoncer à l'assurance santé des retraités est irrévocable.

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

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

Périodes d'application de l'assurance

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

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

2. Début de l'assurance

Pour vous-même

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

Sinon, les protections par défaut vous seront automatiquement accordées, tel qu'indiqué à l'article 4. Modalités d'adhésion de la section Règles de participation.

Pour votre conjoint ou vos enfants à charge

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

Sinon, elle entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande.

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

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

3. Entrée en vigueur des modifications à l'assurance

3.1 Modification des options et des modules choisis

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

- Option A : vous ne pouvez pas changer d'option.
- Option B : vous pouvez passer à l'Option A en tout temps.
- Option C : vous pouvez passer à l'Option B ou à l'Option A en tout temps.

Assurance santé

Si vous avez choisi les protections modulaires, vous pouvez modifier votre module le 1^{er} janvier de chaque année, à condition d'avoir conservé le module initialement choisi pendant au moins 3 ans.

Le nouveau module choisi s'appliquera à vous-même et à l'ensemble de vos personnes à charge assurées, le cas échéant.

À tout moment pendant votre retraite, vous pouvez renoncer à l'assurance santé et le changement entre en vigueur le 31 décembre suivant la date à laquelle vous informez le preneur de votre décision. Par contre, si vous êtes âgé de moins de 65 ans, vous pouvez renoncer à l'assurance santé uniquement si vous êtes assuré par une garantie équivalente d'un autre contrat d'assurance collective, pour vous-même et vos personnes à charge admissibles. Dans tous les cas, la décision de renoncer à l'assurance santé des retraités est irrévocable.

3.2 Modification des montants d'assurance

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

Vous ne pouvez pas augmenter votre montant d'assurance de l'AVCC et de l'AVCP.

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

Assurance vie collective supplémentaire (AVCS)

Vous ne pouvez pas augmenter votre montant d'assurance de l'AVCS.

Vous pouvez diminuer votre montant d'assurance de l'AVCS en tout temps. Le montant d'assurance demandé doit se calculer par tranches de 10 000 \$ et être inférieur au montant d'assurance prévu au « Tableau des garanties ». De ce fait, le nouveau montant d'assurance de l'AVCS n'est plus lié au salaire annuel. La diminution du montant entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande et la décision de diminuer le montant est irrévocable.

Vous pouvez également terminer l'AVCS en tout temps. Ce choix est alors irrévocable.

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

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

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

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

Un changement de situation familiale admissible se définit comme suit :

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

- Décès ou fin de l'admissibilité d'une personne à charge

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

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

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

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

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

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

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

5. Fin de l'assurance

Pour vous-même

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

- a) la date à laquelle vous ne faites plus partie des personnes admissibles à titre d'adhérent selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties »;
- b) pour chaque garantie, au moment où l'assurance prend fin selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties », le cas échéant;
- c) pour l'assurance vie collective supplémentaire (AVCS), la date à laquelle l'adhérent cesse de détenir l'Option C (75 000 \$) en vertu de l'AVCB;
- d) la date d'échéance des primes, si elles ne sont pas versées à SSQ avant la fin du délai de grâce;

- e) le lendemain de la résiliation du contrat; de même, en cas de résiliation d'une garantie sans qu'il y ait résiliation du contrat, l'assurance en vertu de cette garantie prend fin au plus tard le lendemain de sa résiliation;
- f) la date à laquelle, par suite de fausses représentations, vous soumettez une demande de prestations ou recevez des prestations, indépendamment du caractère obligatoire de l'assurance et de tout autre recours que SSQ pourrait exercer.

Pour votre conjoint et vos enfants à charge

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

- a) la date de la fin de votre assurance, sous réserve des dispositions de la section intitulée « Maintien de la participation pour conjoint et enfants à charge d'adhérent décédé » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES;
- b) la date d'échéance des primes payables pour leur assurance, si elles ne sont pas versées à SSQ avant la fin du délai de grâce.

Païement des prestations

1. Montants des prestations

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

2. Délais pour présenter les demandes de prestations

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

3. Délai de prescription

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

4. Preuves exigibles par SSQ

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

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

5. Monnaie

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

6. Responsabilité civile et subrogation

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

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

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

7. Désignations et révocations de bénéficiaires

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

Limitation des engagements contractuels

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

Changements d'assureur

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

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

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

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

RÉGIME D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE (AVCB)

Assurance vie collective de base de l'adhérent

1. Définitions

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

2. Objet de l'assurance

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

3. Montant d'assurance

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

4. Demandes de prestations

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

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

Assurance vie collective de base du conjoint

1. Définitions

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

2. Objet de l'assurance

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

3. Montant d'assurance

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

4. Droit de transformation

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

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

- a) Une assurance vie comparable à l'assurance collective de la personne concernée quant au montant et à la durée;
- b) Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

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

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

Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après le sexe de la personne à assurer et d'après son âge et ses habitudes tabagiques à la date de votre départ du groupe, ainsi que d'après

les particularités qui s'appliquaient alors à sa protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 90 jours de votre départ du groupe et l'assurance individuelle ne prend pas effet avant la réception de cette première prime.

5. Demandes de prestations

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

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

Assurance vie collective de base des enfants à charge

1. Définitions

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

2. Objet de l'assurance

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

3. Montant d'assurance

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

4. Demandes de prestations

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

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

RÉGIME D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE COMPLÉMENTAIRE

Assurance vie collective complémentaire de l'adhérent (AVCC)

1. Définitions

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

2. Objet de l'assurance

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

3. Montant d'assurance

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

4. Exclusions, limitations et restrictions

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

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

5. Droit de transformation

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

Vous pouvez obtenir l'une des assurances individuelles suivantes :

- a) Une assurance vie comparable à votre assurance collective quant au montant et à la durée;
- b) Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

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

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

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

6. Demandes de prestations

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

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

Assurance vie collective complémentaire du conjoint (AVCP)

1. Définitions

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

2. Objet de l'assurance

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

3. Montant d'assurance

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

4. Droit de transformation

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

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

- a) Une assurance vie comparable à l'assurance collective de la personne concernée quant au montant et à la durée;
- b) Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

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

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

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

5. Demandes de prestations

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

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

Assurance vie collective complémentaire des enfants à charge (AVCP)

1. Définitions

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

2. Objet de l'assurance

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

3. Montant d'assurance

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

4. Demandes de prestations

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

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

RÉGIME D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE SUPPLÉMENTAIRE (AVCS)

Assurance vie collective supplémentaire de l'adhérent

1. Définitions

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

2. Objet de l'assurance

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

3. Montant d'assurance

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

4. Demandes de prestations

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

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

ASSURANCE SANTÉ

Soins médicaux

1. Définitions

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

Frais admissibles

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

Franchise

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

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

Hôpital

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

Proche parent

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

Province

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

2. Objet de l'assurance

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

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

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

3. Conditions générales d'admissibilité des frais

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

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

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

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

4. Exclusions, limitations et restrictions générales

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

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

- a) pour des frais engagés par suite
 - d'un acte criminel que commet ou tente de commettre la personne assurée, sauf dans les cas où la seule infraction est une inculpation relative à la conduite d'un véhicule motorisé par un conducteur avec facultés affaiblies;
 - de la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
 - d'une guerre, déclarée ou non;
 - du service actif de la personne assurée dans des forces armées;
 - d'une tentative de suicide ou de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
- b) pour des frais qui sont couverts par tout régime public ou toute initiative d'un gouvernement et ceux qui l'auraient été si le fournisseur de services avait choisi de participer à ces régimes ou initiatives, ainsi que pour des frais qui sont payables par un autre assureur;
- c) pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
- d) pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance;
- e) pour des produits ou services se rapportant au traitement de la cellulite, et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- f) pour des compléments alimentaires et des laits maternisés qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- g) pour des produits ou services destinés à faire repousser les cheveux ou à en empêcher la chute et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- h) pour des produits ou services destinés à faire arrêter l'usage du tabac et qui ne correspondent pas à des frais admissibles en vertu du régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- i) pour des produits ou services destinés à combattre les dysfonctions sexuelles et qui ne sont pas couverts par la garantie Médicaments du présent régime;
- j) pour des produits ou services destinés au traitement de l'infertilité et qui ne sont pas couverts par la garantie Médicaments du présent régime;
- k) pour des frais dont vous ne pouvez pas prouver que la personne assurée les a engagés et qu'ils ont été payés;
- l) pour des frais engagés auprès d'un professionnel de la santé pour lequel SSQ est en mesure de démontrer qu'il contrevient à la loi ou agit frauduleusement, en émettant des documents, factures ou pièces justificatives qui contiennent de faux renseignements ou qui ne représentent pas de façon exacte les articles, soins ou services obtenus;
- m) pour des frais engagés en rapport avec des produits ou traitements expérimentaux ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;
- n) pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification ou qui sont engagés pour répondre à la demande d'un tiers;

- o) pour des frais engagés en rapport avec des examens de la vue ou de la réfraction oculaire, ou pour l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance;
- p) pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;
- q) pour des frais engagés à l'égard de contrats de service et pour des frais d'entretien;
- r) pour des prothèses implantées chirurgicalement;
- s) pour des frais de livraison ou de poste.

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

5. Protection multiple et coordination des prestations

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

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

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

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

6. Droit de transformation

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

7. Demandes de prestations

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

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

Pour frais de médicaments

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

Pour soins à l'hôpital

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

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

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

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

- a) le nom de la personne qui a rendu les services, le nom de l'association ou de l'ordre dont elle est membre ainsi que son numéro de membre ou les coordonnées du fournisseur ou de l'établissement duquel ont été obtenus les services;
- b) les dates auxquelles les services ont été rendus;
- c) le coût des services;
- d) le nom de la personne assurée à qui les services ont été rendus.

8. Délais pour présenter les demandes de prestations

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

Médicaments (Soins médicaux)

1. Frais admissibles

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

Médicaments prescrits

Les médicaments satisfaisant l'ensemble des conditions suivantes :

- a) ils ont un numéro d'identification de médicament (DIN) valide émis par le gouvernement fédéral;
- b) ils sont prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire;
- c) ils sont disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien, étant entendu que dans les régions éloignées où il n'y a pas de pharmacie ou de pharmacien, ils peuvent être obtenus d'une personne légalement autorisée à les vendre.

Produits pour les personnes diabétiques

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

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

Médicaments d'exception

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

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

Préparations magistrales

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

Larmes artificielles

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

Suppléments alimentaires

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

Contribution du patient à un régime public d'assurance médicaments

La contribution au paiement des services pharmaceutiques et médicaments qui est exigée d'une personne admise à un régime public d'assurance médicaments, que cette contribution soit sous forme de franchise ou de coassurance.

Médicaments pour le traitement de l'infertilité

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

Médicaments servant à traiter la dysfonction sexuelle

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

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

Produits antitabac

Les produits antitabac.

Injections sclérosantes

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

Traitement de l'obésité

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

Traitements de viscosuppléance

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

Vitamines et multivitamines

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

2. Exclusions, limitations et restrictions

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

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

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

- a) les produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou d'hygiène corporelle;
- b) les substances ou médicaments utilisés à titre préventif, sauf dans les cas où des frais admissibles sont expressément prévus pour ce genre de substances ou médicaments;
- c) les médicaments ou produits de nature expérimentale ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;
- d) les produits homéopathiques et les produits dits naturels;
- e) les écrans solaires;
- f) les médicaments servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro;
- g) les hormones de croissance; toutefois, les hormones de croissance peuvent être admissibles, sur présentation d'un rapport médical complet à SSQ, si elles sont prescrites selon les indications thérapeutiques et les conditions d'utilisation déterminées par les programmes provinciaux d'assurance médicaments;
- h) les médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital et les médicaments administrés à l'hôpital;
- i) l'acte médical lié à l'injection de médicaments par un professionnel de la santé en cabinet privé;
- j) les vaccins.

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

Hospitalisation (Soins médicaux)

1. Frais admissibles

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

Chambre d'hôpital au Canada

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

Chambre d'hôpital à l'extérieur du Canada - Ancienne protection seulement

Les prestations versées pour le compte d'une personne assurée qui est admise pour soins actifs comme malade alité dans un hôpital qui est situé à l'extérieur du Canada, tant qu'elle a droit à des soins assurés et jusqu'à concurrence du montant qu'un hôpital au Québec est en droit de se faire payer directement par le patient en règlement des frais de séjour en chambre semi-privée (en sus de l'hospitalisation gratuite en salle publique).

Aux fins de la présente assurance, les frais engagés pour une chambre d'hôpital à l'extérieur du Canada lorsque les soins requis sont préalablement prescrits par le médecin traitant de la personne assurée et que les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie ont accepté d'en couvrir une partie ne sont pas couverts. Ils peuvent cependant être admissibles à un remboursement en vertu de la clause Recommandation de soins médicaux hors province, sous réserve des conditions qui y sont stipulées.

2. Exclusions, limitations et restrictions

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

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

Établissements pour soins spécialisés (Soins médicaux)

1. Frais admissibles

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

Centre d'hébergement et de soins de longue durée / soins pour maladies chroniques

La nécessité de la période de soins en établissement doit résulter, pour une personne assurée, de l'incapacité d'accomplir sans aide les cinq activités de la vie quotidienne suivantes : se nourrir, s'habiller, utiliser les toilettes, se déplacer et faire sa toilette personnelle.

Pour les résidents hors Québec, les frais d'hébergement dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou pour les soins pour maladies chroniques sont remboursables uniquement s'ils sont engagés dans un établissement spécialisé à cette fin et reconnu comme tel par le gouvernement provincial.

Pour les résidents du Québec, les frais d'hébergement dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée sont remboursables uniquement s'ils sont engagés dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Le montant de remboursement admissible est établi selon les frais usuels et raisonnables pour l'hébergement dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée public.

Centre de réadaptation

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

Maison de convalescence

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

2. Exclusions, limitations et restrictions

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

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

Professionnels de la santé (Soins médicaux)

1. Frais admissibles

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

Les frais pour les services des professionnels de la santé décrits ci-après sont admissibles ou non à un remboursement selon l'option retenue, le cas échéant. Lorsqu'ils sont couverts, ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties ».

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

- Acupuncteur

- Audiologiste

- Chiropraticien

Des frais admissibles distincts sont prévus pour les radiographies effectuées par les chiropraticiens.

- Chiropraticien – Radiographies

Les frais de radiographies effectuées par un chiropraticien.

- Diététiste

- Ergothérapeute

- Homéopathe

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

- Kinésithérapeute / Kinothérapeute

- Massothérapeute

- Naturopathe

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

- Orthophoniste
- Orthothérapeute
- Ostéopathe
- Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique
- Podiatre / Chiroprodiste
- Psychiatre
- Psychologue

2. Exclusions, limitations et restrictions

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

Autres frais médicaux (Soins médicaux)

1. Frais admissibles

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

Les frais pour les services ou articles décrits ci-après sont admissibles ou non à un remboursement selon l'option retenue, le cas échéant. Lorsqu'ils sont couverts, ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties ».

Accessoires pour pompe à insuline

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

Ambulance ou transport ambulancier par avion ou par train

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

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

Analyses de laboratoire

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

Appareil d'assistance respiratoire

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

Appareil de coagulation

L'achat d'appareils de coagulation.

Appareils orthopédiques

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

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

Appareils thérapeutiques

La location ou l'achat d'appareils thérapeutiques, selon le mode le plus économique, de même que leur réparation. Cette catégorie comprend entre autres le défibrillateur cardiaque (sauf pour les retraités ayant choisi l'option « Ancienne protection »), le stimulateur osseux et la pompe intrathécale.

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

Articles pour stomie

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

Bas de contention

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

Chaussures orthopédiques

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

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

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

Chaussures profondes

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

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

Échographies

Les échographies.

Électrocardiogrammes

Les électrocardiogrammes.

Fauteuil roulant et marchette

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

Glucomètre

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

Honoraires d'un médecin à l'extérieur du Canada - Ancienne protection seulement

Les honoraires usuels d'un médecin, d'un chirurgien ou d'un anesthésiste pour des soins médicaux assurés reçus à l'extérieur du Canada, moins les prestations correspondantes que la personne assurée reçoit ou a le droit de recevoir en vertu de toute loi provinciale ou fédérale.

Aux fins de la présente assurance, les frais engagés pour les honoraires d'un médecin, d'un chirurgien ou d'un anesthésiste à l'extérieur du Canada lorsque les soins requis sont préalablement prescrits par le médecin traitant de la personne assurée et que les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie ont accepté d'en couvrir une partie ne sont pas couverts. Ils peuvent cependant être admissibles à un remboursement en vertu de la clause Recommandation de soins médicaux hors province, sous réserve des conditions qui y sont stipulées.

Infirmier

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

Lentilles intraoculaires

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

Lit d'hôpital

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

Neurostimulateur transcutané

Un neurostimulateur transcutané.

Orthèses plantaires

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

Pompe à insuline

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

Prothèse capillaire

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

Prothèse externe et membre artificiel

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

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

Prothèses mammaires

L'achat de prothèses mammaires par suite de mastectomie.

Radiographies

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

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

Recommandation de soins médicaux hors province - Ancienne protection seulement

Pour une personne assurée protégée par les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence, les frais décrits ci-après et engagés pour obtenir des soins médicaux nécessaires pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure, à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, à condition que les régimes publics en question aient accepté de couvrir une partie de ces frais et que les soins aient été prescrits par écrit par le médecin traitant de la personne assurée dans sa province de résidence et préalablement approuvés par SSQ :

- a) Hospitalisation dans un hôpital où la personne assurée reçoit un traitement curatif.
- b) Honoraires de médecins pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des soins dentaires.
- c) Frais de transport et d'hébergement payés par la personne assurée.
- d) Frais de médicaments, de radiographies et d'analyses de laboratoire.

La présente assurance s'applique aux frais excédant les prestations payables par tout régime public d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

Les services suivants sont expressément exclus de cette assurance :

- Les services et produits de nature investigatrice ou expérimentale.
- Les services et produits reçus en dehors de la province de résidence dans le seul but d'éviter les listes d'attente imposées à ceux qui doivent recevoir les mêmes services dans ladite province de résidence.

Résonances magnétiques

Les résonances magnétiques.

Sphygmomanomètre

L'achat d'un sphygmomanomètre.

Tomodensitométries

Les tomodensitométries.

Traitement de radiothérapie

Les traitements de radiothérapie.

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

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

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

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

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

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

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

Exclusion :

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

2. Exclusions, limitations et restrictions

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

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

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

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

Montréal : 514-866-6146

Ailleurs : 1-800-463-7674

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

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

ASSURANCE VOYAGE

Assurance voyage avec assistance et Assurance annulation de voyage

1. Définitions

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

Activité à caractère commercial

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

Compagnon de voyage

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

Frais admissibles

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

Frais de voyage payés d'avance

Se dit des sommes suivantes :

- Celles qui sont déboursées par la personne assurée pour l'achat d'un voyage, 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.

Hôpital

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

Hôte à destination

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

Membre de la famille

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

Proche parent

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

Province

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

Transporteur public

Se dit de tout transporteur approuvé par les autorités compétentes et exploité en vertu d'un permis de transport pour le transport (aérien, maritime ou terrestre) de passagers contre rémunération.

Voyage

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

Voyage personnel

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

2. Objet de l'assurance

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

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

- Assurance voyage avec assistance
- Assurance annulation de voyage

3. Conditions générales d'admissibilité des frais

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

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

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

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

4. Exclusions, limitations et restrictions générales

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

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

- a) pour des frais engagés par suite
 - d'un acte criminel que commet ou tente de commettre la personne assurée;
 - de la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
 - d'une guerre, déclarée ou non;
 - du service actif de la personne assurée dans des forces armées;
 - d'une tentative de suicide ou de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
- b) pour des frais qui sont couverts par tout régime public ou toute initiative d'un gouvernement et ceux qui l'auraient été si le fournisseur de services avait choisi de participer à ces régimes ou initiatives, ainsi que pour des frais qui sont payables par un autre assureur;

- c) pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
- d) pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance;
- e) pour des produits ou services se rapportant au traitement de la cellulite ou de l'obésité;
- f) pour des compléments alimentaires et des laits maternisés;
- g) pour des produits ou services destinés à faire arrêter l'usage du tabac;
- h) pour des produits ou services destinés à combattre les dysfonctions sexuelles;
- i) pour des produits ou services destinés à faire repousser les cheveux ou à en empêcher la chute;
- j) pour des produits ou services destinés au traitement de l'infertilité;
- k) pour des frais dont vous ne pouvez pas prouver que la personne assurée les a engagés et qu'ils ont été payés;
- l) pour des frais engagés auprès d'un professionnel de la santé pour lequel SSQ est en mesure de démontrer qu'il contrevient à la loi ou agit frauduleusement, en émettant des documents, factures ou pièces justificatives qui contiennent de faux renseignements ou qui ne représentent pas de façon exacte les articles, soins ou services obtenus;
- m) pour des frais engagés en rapport avec des produits ou traitements expérimentaux ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;
- n) pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification ou qui sont engagés pour répondre à la demande d'un tiers;
- o) pour des frais engagés en rapport avec des examens de la vue ou de la réfraction oculaire, ou pour l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance;
- p) pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;
- q) pour des frais engagés à l'égard de contrats de service et pour des frais d'entretien;
- r) pour des prothèses implantées chirurgicalement;
- s) pour des frais de livraison ou de poste.

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

5. Protection multiple et coordination des prestations

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

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

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

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

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

6. Demandes de prestations

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

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

Pour l'assurance voyage avec assistance

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

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

- votre demande de prestations accompagnée de l'original des reçus pour les frais admissibles déboursés;

- l'autorisation d'obtenir, en votre nom, le remboursement des frais admissibles en vertu des régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie.

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

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

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

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

Pour l'assurance annulation de voyage

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

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

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

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

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

- a) les titres de transport inutilisés;
- b) les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- c) les reçus pour les arrangements de voyage; les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'une agence de voyages ou d'un commerce ou d'une plateforme de réservation accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services et dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation;
- d) une preuve écrite de la demande de remboursement ou d'annulation ainsi que la réponse de l'agence de voyages, du transporteur public ou du commerce ou de la plateforme de réservation accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services;
- e) les documents officiels attestant la cause de l'annulation; si le voyage a été annulé pour des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical rempli par un médecin autorisé par la loi et pratiquant là où la maladie ou l'accident est survenu; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité d'annuler, de retarder ou d'interrompre le voyage;
- f) le rapport de police, lorsque le retard du moyen de transport utilisé est causé par un accident de la circulation ou par la fermeture d'urgence d'une route;
- g) un rapport officiel portant sur les conditions atmosphériques;

- h) la preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial, attestant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant son annulation;
- i) tout autre rapport exigé par SSQ et permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

7. Délais pour présenter les demandes de prestations

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

Assurance voyage avec assistance

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

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

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

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

1. Frais admissibles

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

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

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

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

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

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

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

Si la personne assurée est déjà atteinte d'une maladie ou d'une affection connue, elle doit s'assurer avant son départ :

- que son état de santé est bon et stable; un état de santé est considéré instable, et ses effets ne sont pas considérés comme ceux d'une maladie subite et inattendue, notamment dans les cas où la maladie ou l'affection, dans les 31 jours précédant la date de départ :
 - s'est aggravée;
 - a fait l'objet d'une récurrence;
 - est en phase terminale d'évolution;
 - est chronique et présente des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée prévue du voyage.
- qu'elle peut effectuer ses activités habituelles;
et
- qu'aucun symptôme ne laisse raisonnablement présager que des complications puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée prévue du voyage.

Le service d'assistance voyage de SSQ peut fournir des précisions sur la signification de l'expression « maladie subite et inattendue » et indiquer à la personne assurée si son état de santé limite sa protection de quelque manière.

Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation pour traitement dans un hôpital.

Honoraires de médecin

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

Honoraires d'infirmier

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

Honoraires de chiropraticien, de podiatre ou de physiothérapeute

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

Honoraires de chirurgien dentiste

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour soigner des lésions accidentelles aux dents naturelles. L'accident doit être survenu à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée. Les soins doivent être reçus lorsque l'assurance de la personne est en vigueur. Les frais admissibles pour honoraires de chirurgien dentiste ne peuvent excéder 1 050 \$ par personne assurée par séjour.

Médicaments

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

Transport par ambulance

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

Rapatriement de la personne assurée

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

Transport par avion d'une escorte médicale

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

Séjour et transport d'un proche parent

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

- pour le transport : aucun maximum;
- pour l'hébergement et les repas : maximum global de 8 250 \$ pour la totalité du séjour.

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

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

Les frais de préparation de la dépouille de la personne assurée et du retour chez elle de son corps ou de ses cendres par la route la plus directe, ou de crémation ou inhumation sur place, à l'exclusion des frais engagés pour un cercueil ou pour une urne funéraire, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 16 500 \$ au total pour la préparation du corps et le transport.

Retour du véhicule

Les frais de retour du véhicule personnel de la personne assurée vers sa résidence ou du véhicule loué par la personne assurée vers l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 5 500 \$ par séjour.

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

Services, produits et articles

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

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

Frais de subsistance

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

L'hospitalisation doit être d'une durée d'au moins 24 heures. Les frais admissibles à ce titre ne peuvent excéder 8 250 \$ par séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, pour l'ensemble des personnes protégées.

Services d'assistance voyage

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

Les services offerts sont les suivants :

- a) diriger la personne assurée vers une clinique ou un hôpital approprié et avancer les fonds nécessaires à la clinique ou à l'hôpital, lorsque possible;
- b) vérifier si l'assurance de la personne peut lui éviter d'avoir à effectuer un dépôt en argent pour obtenir des soins hospitaliers;
- c) assurer le suivi du dossier médical de la personne assurée;
- d) coordonner le retour et le transport de la personne assurée aussitôt que médicalement possible;
- e) apporter une aide d'urgence et coordonner les demandes de règlement;
- f) prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le transport d'un membre de la famille jusqu'au chevet de la personne assurée lorsque celle-ci est hospitalisée pendant au moins 7 jours ou pour lui permettre d'aller identifier une personne assurée décédée, puis coordonner le rapatriement de cette dernière;

- g) prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le retour des personnes assurées à leur domicile (frais de retour non compris);
- h) coordonner le retour du véhicule personnel de la personne assurée si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper;
- i) communiquer avec la famille ou avec l'employeur de la personne assurée;
- j) servir d'interprète aux appels d'urgence;
- k) recommander un avocat, lorsque des problèmes d'ordre juridique surviennent;
- l) fournir de l'information sur les ambassades et les consulats;
- m) avant le départ, fournir de l'information sur les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

2. Exclusions, limitations et restrictions

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

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

- a) frais engagés après le refus de la personne assurée d'être rapatriée dans sa province de résidence à la demande de SSQ;
- b) frais engagés par la personne assurée hors de sa province de résidence, alors que ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence sans danger pour sa vie ou sa santé; le fait que les soins offerts dans la province de résidence de la personne assurée soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être à l'étranger n'est pas considéré comme un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée;
- c) frais engagés à un endroit où le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage ainsi que les frais engagés durant un voyage en croisière alors que le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage en croisière. Si la personne assurée se trouve déjà à l'endroit en question ou en croisière au moment où l'avertissement est émis, elle doit se conformer à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission. Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai;
- d) frais payables en vertu de tout régime public;
- e) frais relatifs à une chirurgie ou un traitement facultatifs ou non urgents;
- f) dans le cas d'un voyage entrepris dans le but d'obtenir une consultation ou de recevoir un traitement ou des soins médicaux, frais engagés par suite de la condition médicale pour laquelle le voyage a été entrepris, peu importe que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- g) frais engagés dans un établissement pour malades chroniques;

- h) frais engagés pour une personne assurée dans un établissement pour soins prolongés ou une station thermale;
- i) frais engagés à la suite de blessures ou d'un décès découlant de la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, « bungee », saut en parachute ou parachutisme en chute libre et toute autre activité du même genre, tous sports extrêmes ou de combat, toute compétition de véhicules motorisés ainsi que toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;
- j) frais relatifs à un événement dont la personne assurée pouvait raisonnablement prévoir qu'il risquait de se produire pendant la durée prévue du voyage ou peu après en raison de l'état dans lequel elle se trouvait au début du voyage; dans cette catégorie d'événements entrent une grossesse, une fausse couche, un accouchement et leurs complications, lorsque ces événements se produisent dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement ou après;
- k) les frais hospitaliers ou médicaux engagés pour des soins à l'égard desquels aucun remboursement n'est prévu par le régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

Assurance annulation de voyage

Pour toute annulation de voyage avant le départ ayant pour cause un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada, vous devez communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ 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, vous devez communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ 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 le service d'assistance voyage de SSQ 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 SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

1. Causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation

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

- a) Une maladie ou un accident que subit la personne assurée ou son compagnon de voyage, ou que subit un membre de la famille de la personne assurée ou de son compagnon de voyage; la maladie ou l'accident doit empêcher la personne concernée de remplir ses fonctions habituelles et être suffisamment grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de la personne assurée ou pour en forcer l'interruption.
- b) Le décès de la personne assurée, de son conjoint, d'un enfant de la personne assurée ou de son conjoint ou d'un compagnon de voyage de la personne assurée.
- c) Le décès d'un membre de la famille de l'une ou l'autre des personnes suivantes : la personne assurée; le conjoint de la personne assurée; un enfant de la personne assurée; un compagnon de voyage de la personne assurée. Les funérailles doivent toutefois avoir lieu au cours de la période qui s'étend de 31 jours avant jusqu'à 31 jours après la durée du séjour.
- d) Le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal.
- e) Nonobstant toute autre disposition du contrat, le suicide ou la tentative de suicide d'un compagnon de voyage de la personne assurée ou d'un membre de la famille de la personne assurée.
- f) Le décès d'une personne dont la personne assurée est le liquidateur testamentaire.
- g) Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.

- h) La convocation de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à agir comme juré ou l'assignation d'une de ces personnes à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage. Une telle convocation ou assignation n'est pas considérée comme admissible pour fins d'annulation ou d'interruption du voyage lorsque la personne concernée intente une poursuite ou est une partie poursuivie ou qu'il s'agit d'un policier dont l'obligation à comparaître est liée à l'exercice de ses fonctions habituelles.
- i) La mise en quarantaine de la personne assurée, pourvu qu'elle se termine 7 jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produise au cours de la période du voyage.
- j) Le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage.
- k) Un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée ou de l'hôte à destination. La résidence doit toujours être inhabitable 7 jours ou moins avant la date prévue de départ, sinon, le sinistre doit avoir lieu pendant la période du voyage.
- l) Le transfert de la personne assurée, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, pourvu que ce transfert soit exigé par son employeur dans les 30 jours précédant la date déjà fixée du début du voyage.

m) Pour l'annulation de voyage :

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

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

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

Pour l'interruption de voyage :

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

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

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

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

- o) Des conditions atmosphériques faisant en sorte que :
- le départ du transporteur public, au point de départ du voyage projeté, soit annulé ou qu'il soit retardé pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage;
- ou
- la personne assurée ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur, pourvu que la correspondance prévue après le départ soit annulée ou qu'elle soit retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage.
- p) Un sinistre survenant à l'endroit où doit se tenir une activité à caractère commercial. Le sinistre doit rendre la tenue de l'activité impossible. Un avis écrit annulant l'activité doit avoir été émis par l'organisme officiel responsable de son organisation.
- q) Le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle la personne assurée a pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial. Dans ce cas, SSQ rembourse les frais de transport, ainsi que les frais d'hébergement jusqu'à concurrence de 3 jours.

2. Frais admissibles

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

En cas d'annulation avant le départ

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

- a) La portion non remboursable, inutilisable, non transférable et irrécouvrable des frais de voyage payés d'avance. Toute forme de crédit, compensation ou dédommagement (avec ou sans restriction quant à l'utilisation) offerts par un fournisseur de voyage, une agence de voyage, un transporteur public, un lieu d'hébergement ou un organisme sont considérés comme des remboursements des frais de voyage payés d'avance.

- b) Les frais supplémentaires engagés par la personne assurée dans le cas où la personne qui devait l'accompagner et partager l'hébergement à destination doit annuler son voyage pour l'une des causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation et que la personne assurée décide d'effectuer le voyage comme prévu initialement. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage.
- c) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % de ces frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.

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

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

En cas de retour anticipé ou retardé

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

Restriction

Si le retour est retardé de plus de 7 jours, les frais sont admissibles pourvu que la personne assurée ou son compagnon de voyage ait été admis dans un hôpital à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.

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

Transport aller et retour

Les frais de transport par le moyen le plus économique après approbation par le service d'assistance voyage de SSQ, pour faire revenir la personne assurée dans sa province de résidence et la ramener à l'endroit où elle serait rendue dans son voyage, à condition que le retour vers la province de résidence soit attribuable à l'une des causes suivantes :

- a) Le décès ou l'hospitalisation d'un membre de sa famille, d'une personne dont elle est le tuteur légal ou d'une personne dont elle est le liquidateur testamentaire.
- b) Un sinistre ayant rendu sa résidence principale inhabitable ou ayant causé des dommages importants à son établissement commercial.

3. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour l'assurance annulation de voyage.

- 1) L'assurance annulation de voyage ne couvre pas les pertes occasionnées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :
 - a) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection, la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel par la personne assurée ou par son compagnon de voyage ou sa participation à un acte criminel;
 - b) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences de cette absorption abusive;
 - c) une blessure que la personne assurée ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, ou le suicide ou la tentative de suicide de la personne assurée, sans égard à son état d'esprit;
 - d) la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, bungee, saut en parachute, parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, la pratique de sports de contacts physiques ou de sports extrêmes ou de combat, la participation à toute compétition de véhicules motorisés ou à toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;
 - e) la raison pour laquelle le voyage est acheté, dans les cas où il est acheté dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services hospitaliers, que le voyage soit acheté sur la recommandation d'un médecin ou non;
 - f) dans les cas où un voyage est acheté dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou une personne qui a été victime d'un accident, le décès de cette personne ou l'évolution de sa condition médicale;
 - g) une cause qui n'empêchait pas hors de tout doute possible la personne assurée de faire le voyage.
- 2) Aucuns frais ne sont payables si la personne assurée a pris les arrangements de voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada était en vigueur à l'effet :
 - d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée doit se rendre;

- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière;

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas :

- à toute annulation de voyage pour une cause admissible d'annulation autre que l'avertissement du gouvernement du Canada, s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement avant la date prévue de départ en voyage; et
- à toute interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre que l'avertissement du gouvernement du Canada, s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement avant la date prévue de départ en voyage ou durant le voyage de la personne assurée;

3) Aucuns frais d'interruption de voyage ne sont payables si la personne assurée part en voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada est en vigueur à l'effet :

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

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

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

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

5) Aucuns frais d'interruption de voyage ayant pour cause un des avertissements ci-dessous ne sont payables si, durant le voyage de la personne assurée, le gouvernement du Canada émet un avertissement :

- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée se trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

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

- 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 la personne assurée, le gouvernement du Canada émet un avertissement :
- d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée se trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission; ou
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

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

En cas de non-respect du délai prévu au présent régime pour soumettre l'avis d'une annulation de voyage avant le départ, la responsabilité de SSQ se limite aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment où ledit avis aurait dû avoir été transmis. Toutefois, cette limitation ne s'applique pas s'il est démontré à la satisfaction de SSQ que la personne assurée et tout adulte qui doit l'accompagner dans le voyage projeté ont été dans l'incapacité totale et absolue d'agir. Dans ce cas, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une de ces personnes est en mesure de le faire, la responsabilité de SSQ étant alors limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment de l'annulation.



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

Service à la clientèle
Sans frais : 1 877 651-8080
Région de Montréal : 514 223-2500

ssq.ca/hydro-quebec