360° MC | ASSURANCE COLLECTIVE

Votre régime d'assurance collective

Union des employés et employées de service
SECTION LOCALE 800

Police n° Q1509

Régime de base

Pour joindre l'UES 800 :

514 385-1717

1 800 361-2486 (sans frais)

Desjardins Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

Votre régime d'assurance collective

UNION DES EMPLOYÉS ET EMPLOYÉES DE SERVICE SECTION LOCALE 800

Police nº Q1509

Régime de base

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de la police d'assurance collective qui a pris effet le 1er juillet 2017. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1er mars 2021. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITIONS	1
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	10
ADMISSIBILITÉ	11
ADHÉSION	12
PRISE D'EFFET	15
PROLONGATION DE LA COUVERTURE DURANT UNE ABSENCE DU TRAVAIL	17
CESSATION DES GARANTIES ET DE LA COUVERTURE	19
DEMANDES DE PRESTATIONS	21
EXONÉRATION DES PRIMES	26
GARANTIE ACCIDENT-MALADIE	28
GARANTIE SOINS DENTAIRES	55
GARANTIE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE	64
GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE FACULTATIVE	71
GARANTIE VIE	78
GARANTIE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS	81
BON À SAVOIR	87

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la police, les termes indiqués ci-après sont définis de façon à être interprétés en conséquence. Ils s'appliquent à l'ensemble de la police, à moins d'indication contraire.

Accident
Toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure. Cette définition exclut toute forme de maladie ou de processus dégénératif, ou une hernie inguinale, fémorale, ombilicale ou abdominale, toute infection autre qu'une infection provenant d'une coupure ou d'une blessure apparente et externe, subie par accident.
Adhérent
Tout membre couvert en vertu de la police.
Assureur
Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée DSF.
Chirurgie d'un jour
Chirurgie ambulatoire qui permet à un patient de retourner à la maison le jour même de la chirurgie. Une chirurgie pratiquée par un médecin et nécessitant une anesthésie locale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du médecin.
Compagnon de voyage
La personne de 18 ans ou plus qui ne répond pas à la définition d'enfant à charge et qui partage des arrangements de voyage avec la personne couverte (jusqu'à un maximum de 4 personnes, y compris la personne couverte).

Congé de maternité

Toute période d'absence du travail prise par l'adhérent en raison d'une grossesse, conformément à toute loi sur les normes du travail applicable dans la province de résidence de l'adhérent.

Le congé de maternité est composé de deux phases :

1) le congé dit « de maladie », qui débute le jour de l'accouchement et dure 6 semaines (8 semaines dans le cas d'une césarienne). Durant cette phase, l'adhérent est considéré totalement invalide; et

2) le congé volontaire, qui suit le congé dit « de maladie », et qui se termine lorsque l'adhérent ne reçoit plus de prestations de maternité en vertu de toute loi fédérale ou provinciale.

Congé parental

Toute période d'absence du travail prise par l'adhérent pour s'occuper de son enfant nouveau-né ou adopté, conformément à toute loi provinciale ou fédérale sur les normes du travail ou à une entente entre l'adhérent et l'employeur participant.

Congé pour raisons familiales

Toute période d'absence du travail prise par l'adhérent conformément à toute loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre l'adhérent et l'employeur participant.

Conjoint

Toute personne qui réside au Canada et qui, au moment de l'évènement qui ouvre droit à des prestations :

1) est légalement mariée ou unie civilement à l'adhérent;

2) vit conjugalement avec l'adhérent depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union; ou

3) vit conjugalement avec l'adhérent, a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux conjoints, un seul sera reconnu par DSF pour toutes les garanties d'un même régime. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

1) le conjoint qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à DSF, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu de la police;

2) le conjoint à qui l'adhérent est uni légalement par les liens du mariage ou civilement.

Dentiste

Une personne autorisée à pratiquer la médecine dentaire, agréée par l'organisme qui a juridiction à l'endroit où elle fournit les services dentaires.

Effectivement au travail

Le fait pour un membre d'exercer toutes les tâches habituelles de son occupation, selon l'horaire de travail prévu. Un membre est réputé effectivement au travail au cours d'un congé payé ou d'un jour férié.

Éléments de la nature

Les catastrophes naturelles telles que les tremblements de terre, les tempêtes, les inondations, les glissements de terrain ou toute autre catastrophe de même nature.

Employeur participant

Toute société ou organisation qui emploie des membres de l'Union des employés et employées de service Section locale 800.

Enfant

La personne qui réside au Canada et qui, au moment de l'évènement qui ouvre droit à des prestations, n'a pas de conjoint et dépend du soutien financier de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent pour subvenir à ses besoins. Il s'agit d'un enfant naturel de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent ou d'un enfant adopté. Cet enfant :

1) a moins de 21 ans;

2) a 25 ans ou moins, fréquente à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement; ou

3) est majeur et atteint d'une incapacité physique ou mentale en raison d'une invalidité physique ou mentale survenue lorsqu'il répondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus.

   L'enfant est considéré atteint d'incapacité s'il ne peut exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison de son invalidité physique ou mentale, il dépend du soutien financier de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent pour subvenir à ses besoins. De plus, il doit être domicilié chez l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent qui exercerait l'autorité parentale ou détiendrait la tutelle légale si cet enfant était mineur.

Fournisseur de services de voyage

Une agence de voyage, un grossiste en voyage, un organisateur de voyages à forfait, un croisiériste ou une compagnie aérienne détenant un permis et un certificat d'exploitation valides émis par les autorités compétentes au Canada ou à l'étranger.

Frais raisonnables et coutumiers

Les frais habituellement exigés pour des soins ou produits similaires et limités au plus petit de ce qui suit :

1) le tarif qui prédomine dans la région où les soins ou produits sont fournis; ou

2) le tarif qui est suggéré par l'association professionnelle applicable;

à la date à laquelle les frais sont engagés.

Franchise

La partie des frais admissibles que la personne couverte doit payer avant qu'un remboursement ne soit fait.

Hémiplégie

La paralysie totale et irrémédiable des membres supérieur et inférieur d'un même côté du corps.

Hôpital

Tout établissement légalement désigné comme tel, reconnu par DSF et qui procure 24 heures sur 24 :

1) une vaste gamme de soins médicaux et chirurgicaux aux malades et aux blessés; et

2) des soins infirmiers.

Sont notamment exclus les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les maisons de repos, les maisons de convalescence ou de réadaptation ou les établissements destinés au traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie ou toute autre dépendance.

Hospitalisation

1) Pour la garantie invalidité de courte durée, une admission à l'hôpital comme patient interne alité pour un séjour qui dure plus de 24 heures consécutives ou tout séjour à l'hôpital dans le but de subir une chirurgie d'un jour.

2) Pour la garantie accident-maladie :

   a) une admission à l'hôpital comme patient interne alité; ou

   b) tout séjour à l'hôpital dans le but de subir une chirurgie d'un jour.

Invalidité totale ou totalement invalide

1) Pour la garantie invalidité de courte durée, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de remplir les fonctions principales de son emploi habituel.

2) Pour toutes les autres garanties :

   a) pendant les 24 premiers mois qui suivent le début de l'invalidité, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de remplir les fonctions principales de son emploi habituel;

   b) après l'écoulement des 24 premiers mois qui suivent le début de l'invalidité, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de se livrer à tout travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience.

      Éducation, formation et expérience désignent l'ensemble des connaissances et des compétences que l'adhérent a pu acquérir au cours de ses études, dans l'exercice de ses activités professionnelles actuelles ou passées, ou durant ses heures de loisir.

      L'adhérent n'est pas considéré comme invalide du seul fait qu'un travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience n'est pas disponible dans la région où il réside.

   L'adhérent qui est tenu de détenir un permis de conduire émis par l'État pour accomplir les fonctions principales de son emploi habituel n'est pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis lui est retiré ou n'est pas renouvelé.

Malade hospitalisé

La personne admise à l'hôpital, à qui on a accordé un lit dans un secteur de l'hôpital réservé aux malades hospitalisés.

Maladie
Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.
Médecin
Un praticien qualifié et légalement autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il fournit les services médicaux.
Médicament équivalent
Un médicament donnant des résultats thérapeutiques semblables.
Membre
La personne qui réside au Canada, qui est membre en règle de l'Union des employés et employées de service Section locale 800 et au service d'un employeur participant dans une classe d'emploi couverte en vertu d'une convention collective de l'Union à temps plein ou temps partiel à titre permanent. Toutefois, un membre qui réside en dehors du Canada est considéré comme résidant au Canada si DSF a préalablement donné son approbation par écrit.
Membre de la famille immédiate
Une personne qui est le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère ou la belle-sœur de l'adhérent.
Orthèse
Tout appareil orthopédique rigide servant à maintenir une région du corps en bonne position.
Paraplégie
La paralysie totale, irrémédiable et permanente des deux membres inférieurs.
Période maximale des prestations
La durée maximale de la période pendant laquelle les prestations d'invalidité sont payables.

Personne à charge

Le conjoint ou un enfant qui résident au Canada. Toutefois, une personne à charge qui réside en dehors du Canada est considérée comme résidant au Canada si elle est couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et que DSF a préalablement donné son approbation par écrit.

Personne couverte

L'adhérent ou une personne à charge couverte.

Perte

1) Pour un bras, le sectionnement complet à ou au-dessus de l'articulation du coude.

2) Pour un doigt, le sectionnement complet à l'articulation de la deuxième phalange d'un même doigt.

3) Pour une jambe, le sectionnement complet à ou au-dessus de l'articulation du genou.

4) Pour une main, le sectionnement complet à l'articulation du poignet ou entre le poignet et le coude.

5) Pour un orteil, le sectionnement complet d'une phalange du gros orteil, et de toutes les phalanges des autres orteils.

6) Pour l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe d'une oreille diagnostiquée par un oto-rhino-laryngologiste dûment qualifié et correspondant à un seuil d'audition de plus de 90 décibels.

7) Pour la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité de parler, par suite d'une lésion ou d'une maladie, qui doit se prolonger sur une période continue de 6 mois. Le diagnostic doit être posé par un médecin dûment qualifié.

8) Pour un pied, le sectionnement complet à l'articulation de la cheville ou entre la cheville et le genou.

9) Pour le pouce, le sectionnement complet d'une phalange du pouce.

10) Pour la vue, la perte totale et irrémédiable de la vision d'un œil, diagnostiquée par un ophtalmologiste dûment qualifié, et qui correspond à une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins ou à des champs visuels de moins de 20 degrés.

Perte de l'usage

La perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre par suite d'une incapacité totale de ce membre pendant une période ininterrompue d'au moins 12 mois.

Preuves d'assurabilité

Toute attestation relative à l'état de santé physique de la personne ou d'autres données factuelles pouvant influer sur l'acceptation du risque. Seules sont acceptées les attestations faites à l'aide de formulaires approuvés par DSF.

Proche parent

Le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère ou la sœur de la personne couverte.

Quadriplégie

La paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieurs et inférieurs.

Revenu

Le taux de rémunération habituel versé par l'employeur participant, y compris les dividendes. Les bonis, les heures supplémentaires et toute autre forme de rémunération qui ne sont pas reçus sur une base régulière sont exclus.

Revenu net

Le revenu brut hebdomadaire ou mensuel de l'adhérent immédiatement avant le début de l'invalidité totale moins les retenues salariales suivantes :

1) tous les impôts sur le revenu;
2) les cotisations au Régime de pensions du Canada ou au Régime de rentes du Québec;
3) les cotisations à l'assurance-emploi; et
4) toute autre cotisation à un régime public de remplacement de revenu.

Soins médicaux continus

La nature des soins que doit recevoir l'adhérent. Ces soins doivent être :

1) reconnus comme efficaces, appropriés et essentiels pour l'établissement d'un diagnostic ou le traitement d'une personne en raison d'une maladie ou d'un accident;
2) raisonnables et de pratique courante; et
3) donnés ou prescrits par un médecin ou, lorsque DSF l'estime nécessaire, par un spécialiste du domaine approprié.

Ces soins ne se limitent pas à des examens ou à des tests, et leur fréquence doit correspondre à celle qu'exige l'affection en cause.

Stable

L'état de santé d'une personne couverte qui, dans les 30 jours précédant la date de début du voyage, n'est affectée par aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale qui :

1) qui n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits;

2) qui n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage;

3) qui n'a fait l'objet d'aucune hospitalisation ou recommandation de consulter un spécialiste;

4) qui n'a fait l'objet d'aucun examen ou test médical à des fins d'investigation pour lesquels les résultats sont attendus; et

5) pour laquelle aucun traitement n'est planifié, en attente ou non complété.

Titulaire de police

La société ou l'organisation spécifiée sur la page couverture de la police.

Urgence médicale

Toute maladie ou blessure aigües et imprévues nécessitant un traitement médical immédiat.

Véhicule

Une automobile, une caravane motorisée ou une camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes.

Voyage

Une période déterminée pour laquelle :

1) des arrangements sont pris avec tout fournisseur de services de voyage; ou

2) des réservations ont été effectuées par la personne couverte pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CONFORMITÉ À LA LOI

Si une disposition quelconque de la police entre en conflit avec toute loi régissant les personnes admissibles, la police sera interprétée et appliquée afin de se conformer à cette loi.

INCONTESTABILITÉ

Lorsque la couverture d'une personne est en vigueur depuis deux ans de son vivant, DSF ne peut contester la validité de cette couverture sur la base de déclarations écrites soumises par ou pour cette personne, sauf si ces déclarations se rapportent à l'âge ou sont frauduleuses.

Toutefois, si une invalidité a débuté durant les deux premières années de la couverture, la règle mentionnée au paragraphe précédent ne s'applique pas et DSF peut annuler ou réduire toutes les prestations dues.

RENSEIGNEMENTS INEXACTS SUR L'ÂGE

Si l'âge déclaré d'une personne est erroné, les prestations payables en vertu de la police sont basées sur l'âge réel de la personne à la date de l'événement donnant droit à la prestation. Un redressement des primes est alors effectué pour la période durant laquelle la couverture a été en vigueur.

MONNAIE

Tous les paiements en vertu de la police, versés à ou par DSF, sont dans la monnaie ayant cours légal au Canada.

GENRE ET NOMBRE

Lorsque le contexte le veut ainsi, le masculin implique le féminin et le singulier implique le pluriel.

ADMISSIBILITÉ

CATÉGORIES COUVERTES

Catégorie	Description
001	Membres ayant moins de 6 mois d'ancienneté
002	Membres ayant 6 mois ou plus d'ancienneté

ADMISSIBILITÉ DU MEMBRE

Un membre qui appartient à l'une des catégories couvertes est admissible à la couverture à la date à laquelle il satisfait les conditions d'admissibilité suivantes :

Nombre d'heures travaillées par semaine	Délai d'admissibilité
• Garantie vie : aucun minimum • Toutes les autres garanties : 10 heures *L'adhérent doit avoir terminé sa période d'essai avec l'employeur et occuper un poste régulier de 10 heures ou plus par semaine ou plusieurs postes réguliers totalisant ce nombre d'heures.	• Garantie invalidité de longue durée facultative : Le premier jour du mois qui suit 12 mois de service continu pour l'employeur participant • Toutes les autres garanties : Le premier jour du mois qui suit 2 mois de service continu pour l'employeur participant

ADMISSIBILITÉ DES PERSONNES À CHARGE

L'adhérent ayant des personnes à charge à la date à laquelle il est admissible à la couverture en vertu de la police est admissible à la couverture des personnes à charge à cette même date.

L'adhérent sans personne à charge est admissible à la couverture des personnes à charge à la date à laquelle il a une personne à sa charge.

DROIT AUX GARANTIES

Un membre ou une personne à charge doit être couvert par un régime provincial d'assurance maladie au Canada pour être admissible aux garanties accident-maladie et soins dentaires.

ADHÉSION

ADHÉSION À LA COUVERTURE

L'adhésion à la couverture est obligatoire pour tout membre qui satisfait aux critères d'admissibilité.

1) Adhésion dans les délais

Un membre doit remplir une demande d'adhésion à l'aide du formulaire prévu par DSF dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle il devient admissible.

2) Adhésion hors délais

Pour toutes les garanties, à défaut de remplir la demande d'adhésion dans les délais prévus ci-dessus, le membre doit soumettre des preuves d'assurabilité.

DROIT D'EXEMPTION

Un membre peut refuser d'être couvert en vertu de la garantie accident-maladie ou soins dentaires, s'il est couvert à titre de personne à charge en vertu de la police ou d'un autre régime d'assurance collective semblable. Toutefois, si l'autre régime prend fin ou si le conjoint cesse de faire partie d'une catégorie admissible, le membre peut adhérer à la couverture à condition que :

1) le membre ait auparavant choisi de ne pas participer à la couverture;

2) la couverture du conjoint ait pris fin pour une raison autre qu'un choix personnel; et

3) le membre ait présenté une demande écrite en ce sens dans les 31 jours suivant la date à laquelle la couverture du conjoint a pris fin. Après ce délai, la clause d'adhésion hors délais s'applique.

TYPES DE PROTECTION

Les types de protection disponibles en vertu de la police sont les suivants :

TYPES DE PROTECTION	PERSONNES COUVERTES
Individuelle	Adhérent
Familiale	Adhérent, conjoint et enfants

Le type de protection peut être différent d'une garantie à l'autre.

Le type de protection peut être changé à la suite d'un évènement de vie, en présentant une demande à DSF dans les 31 jours qui suivent l'évènement.

Un évènement de vie est défini comme suit :

1) mariage, nouveau conjoint de fait, séparation ou divorce;

2) naissance ou adoption d'un enfant;

3) perte ou obtention de couverture du conjoint, pour une raison autre qu'un choix personnel;

4) décès d'une personne à charge;

5) cessation de l'admissibilité d'une personne à charge en raison de son âge; ou

6) retour aux études d'un enfant à charge.

ADHÉSION À LA GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE FACULTATIVE

Dans les 31 jours suivant la date à laquelle il devient admissible à la couverture, le membre peut adhérer à la garantie invalidité de longue durée facultative. La même option s'applique à l'ensemble des garanties. La couverture prend alors effet à la date à laquelle le membre est admissible à la couverture.

Le membre qui n'a pas adhéré à la garantie pendant ce délai pourra le faire lors d'une prochaine période d'inscription annuelle qui s'étend du 1er octobre au 31 octobre. L'adhésion à la garantie n'est possible qu'au cours des périodes d'inscription, même si un événement de vie survient entre deux périodes. La garantie invalidité de longue durée facultative prend alors effet le premier du mois qui suit la période d'inscription au cours de laquelle le membre a adhéré à la garantie.

L'adhésion à la garantie invalidité de longue durée facultative ne peut être annulée.

Un adhérent absent du travail en raison :

1) d'une invalidité;

2) d'une mise à pied temporaire; ou

3) d'un congé autorisé;

à la date à laquelle il aurait droit d'adhérer à la garantie invalidité de longue durée facultative ne peut pas y adhérer durant son absence. Il pourra le faire lors de la prochaine période d'inscription une fois qu'il aura effectivement repris le travail.

BÉNÉFICIAIRE

DSF reconnaît le ou les bénéficiaires désignés par l'adhérent en vertu du régime d'assurance collective de l'employeur immédiatement avant la date de prise d'effet de la police, sauf si DSF demande une nouvelle désignation de bénéficiaire.

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de sa couverture. Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'adhérent sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. En l'absence d'un bénéficiaire désigné, les sommes payables sont versées selon les lois applicables.

Les sommes payables au décès d'une personne à charge sont versées à l'adhérent, s'il est vivant. Si l'adhérent est décédé, elles sont versées selon les lois applicables.

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

PRISE D'EFFET

PRISE D'EFFET POUR L'ADHÉRENT

Un membre doit être effectivement au travail à la date à laquelle sa couverture prend effet. S'il n'est pas effectivement au travail à cette date, sa couverture débute le premier jour où il reprend effectivement le travail.

La couverture de tout membre prend effet à la date à laquelle il devient admissible à la couverture, pourvu que la demande d'adhésion soit soumise dans les délais. Toutefois, dans le cas d'adhésion tardive ou de garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont requises, la couverture prend effet à la date à laquelle l'assurabilité du membre est approuvée par DSF.

PRISE D'EFFET POUR LES PERSONNES À CHARGE

La couverture des personnes à charge prend effet à la date à laquelle l'adhérent devient admissible à la couverture des personnes à charge pour la première fois, pourvu qu'une demande soit soumise dans les délais. Toutefois, dans le cas d'adhésion tardive ou de garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont requises, la couverture prend effet à la date à laquelle l'assurabilité de la personne à charge est approuvée par DSF.

Si l'adhérent a déjà souscrit à la couverture des personnes à charge à la date à laquelle il a une nouvelle personne à charge, la couverture de cette personne prend effet à la date à laquelle elle devient une personne à charge, sauf dans le cas des garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont requises. Toutefois, la garantie vie d'un nouveau-né prend effet 24 heures après sa naissance, et conformément aux dispositions de la police, y compris celles indiquées ci-dessus.

Si une personne à charge (autre qu'un nouveau-né) est hospitalisée à la date à laquelle sa couverture prendrait normalement effet, sa couverture ne prend effet que le lendemain de sa sortie de l'hôpital.

MODIFICATION DU MONTANT DE LA COUVERTURE ET DE LA GARANTIE

Toute modification apportée au montant de la couverture ou à une garantie prend effet à la dernière des dates suivantes, pourvu que l'adhérent soit effectivement au travail à cette date :

1) la date à laquelle l'adhérent devient admissible pour la première fois à une telle modification, pourvu qu'une demande écrite soit reçue par DSF au plus tard à cette date; ou

2) la date à laquelle DSF approuve l'assurabilité de l'adhérent :

   a) si le nouveau montant de la couverture excède le montant maximum que DSF accorde sans preuves d'assurabilité, ou

   b) si la demande de modification est reçue plus de 31 jours après la date de son admissibilité à cette modification.

Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle sa couverture serait normalement modifiée, la couverture est modifiée le premier jour où il reprend effectivement le travail.

PROLONGATION DE LA COUVERTURE DURANT UNE ABSENCE DU TRAVAIL

L'adhérent qui cesse d'être effectivement au travail pour l'une ou l'autre des raisons décrites ci-dessous peut demeurer couvert selon ce qui est prévu ci-après.

MALADIE OU BLESSURE

Les garanties détenues immédiatement avant le début de l'absence en raison de maladie ou de blessure résultant en une invalidité reconnue par DSF sont maintenues durant cette absence, à condition que les primes continuent à être versées à moins d'être exonérées (si applicable).

MISE À PIED TEMPORAIRE

Dans ces circonstances, veuillez-vous référer à l'Union des employés et employées Section Locale 800 pour discuter des garanties que vous devez maintenir au cours d'une telle absence et de la période maximale pour laquelle ces garanties peuvent être maintenues.

CONGÉ AUTORISÉ NON PAYÉ

Dans ces circonstances, veuillez-vous référer à l'Union des employés et employées Section Locale 800 pour discuter des garanties que vous devez maintenir au cours d'une telle absence et de la période maximale pour laquelle ces garanties peuvent être maintenues.

ABSENCES OU CONGÉS POUR RAISONS DE MATERNITÉ, FAMILIALES OU PARENTALES

Pour une absence ou un congé pris conformément à toute loi applicable, l'adhérent peut :

1) sous réserve du paiement des primes, conserver :

   a) toutes les garanties; ou

   b) toutes les garanties, sauf les garanties invalidité de courte et de longue durée facultative;

2) choisir de ne pas conserver ses garanties.

Les garanties peuvent être maintenues en vigueur pour un maximum de 12 mois ou une période plus longue si la loi l'exige. DSF doit être informée de la date prévue de retour au travail avant le début de l'absence ou du congé.

L'adhérent doit informer DSF de son choix avant le début de l'absence ou du congé. S'il choisit de ne pas conserver ses garanties, elles seront remises en vigueur sans preuves d'assurabilité à compter de la date à laquelle il est de nouveau effectivement au travail. DSF doit être informée dans les 31 jours suivant la date de son retour effectif, à défaut de quoi une preuve d'assurabilité est exigée.

GRÈVE OU LOCK-OUT

Dans ces circonstances, veuillez-vous référer à l'Union des employés et employées Section Locale 800 pour discuter des garanties que vous devez maintenir au cours d'une telle absence et de la période maximale pour laquelle ces garanties peuvent être maintenues.

CESSATION DES GARANTIES ET DE LA COUVERTURE

CESSATION DES GARANTIES

Chaque garantie cesse à la date indiquée ci-dessous.

GARANTIE	DATE DE CESSATION
Garantie accident-maladie	Le 65e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier. Toutefois, pour les personnes visées par la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, et pour les médicaments et produits visés par cette loi, la garantie cesse à la retraite de l'adhérent.
Garantie soins dentaires	Le 65e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier
Garantie invalidité de courte durée	Le 65e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier
Garantie invalidité de longue durée facultative	Le 65e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier
Garantie vie de base	Le 65e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier
Garantie décès et mutilation accidentels	Le 65e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier

Selon la loi applicable, l'adhérent qui atteint 65 ans peut choisir d'être couvert par le régime provincial d'assurance maladie de sa province de résidence pour la partie médicaments ou de conserver sa couverture. Le choix de l'adhérent d'être couvert par le régime provincial d'assurance maladie de sa province de résidence est irrévocable.

CESSATION DE LA COUVERTURE DE L'ADHÉRENT

Sous réserve de toute disposition contraire stipulée ailleurs dans la police, la couverture de l'adhérent prend fin à la première des dates suivantes :

1) la date à laquelle il n'est plus considéré être un membre;

2) la date à laquelle il cesse de faire partie d'une catégorie de membres admissibles à la couverture;

3) la date à laquelle l'emploi de l'adhérent ou son contrat avec l'employeur participant prend fin;

4) la fin de la période pour laquelle les primes requises ont été versées en son nom;

5) la date de la retraite;

6) la date à laquelle il cesse d'être effectivement au travail; ou

7) la date de résiliation de la police.

CESSATION DE LA COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE

La couverture des personnes à charge prend fin à la première des dates suivantes :

1) la date de cessation de la couverture de l'adhérent, sauf si la personne à charge est admissible à des prestations aux survivants;

2) la date à laquelle la personne n'est plus une personne à charge; ou

3) la fin de la période pendant laquelle les primes requises pour la couverture des personnes à charge ont été versées au nom de l'adhérent.

REMISE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE

Si la couverture d'un membre a pris fin par suite de cessation d'emploi et qu'il est réengagé par l'employeur participant dans les 14 mois suivants, il a droit de faire remettre sa couverture en vigueur à compter de la date à laquelle il retourne au travail, pourvu que la demande de remise en vigueur soit faite à DSF dans les 31 jours suivant cette date.

Si un membre ne peut pas se prévaloir de la remise en vigueur, il est réputé être un nouveau membre.

FRAUDE

En cas de fraude, DSF se réserve le droit de mettre fin à la couverture de l'adhérent.

DEMANDES DE PRESTATIONS

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

DSF doit recevoir une déclaration et des preuves de sinistre dans le délai prévu pour chaque garantie, tel qu'indiqué ci-dessous :

GARANTIE	DÉLAI
Garantie accident-maladie	Toute demande de prestations, accompagnée des pièces justificatives appropriées, doit être présentée à DSF dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais sont engagés.
Garantie soins dentaires	Toute demande de prestations, accompagnée des pièces justificatives appropriées, doit être présentée à DSF dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais sont engagés.
Garantie invalidité de courte durée	• Une preuve écrite de sinistre doit être présentée à DSF dans les 90 jours suivant la date du début de l'invalidité totale. • Par la suite, une preuve écrite de continuité de l'invalidité totale jugée satisfaisante par DSF doit être présentée à DSF chaque fois qu'elle en fait la demande.

GARANTIE	DÉLAI
Garantie invalidité de longue durée facultative	• Une déclaration écrite initiale de sinistre doit être présentée à DSF dans les 30 jours suivant l'expiration du délai de carence; et • la preuve écrite initiale doit être présentée à DSF dans les 90 jours suivant l'expiration du délai de carence. • S'il y a récidive d'invalidité totale, une déclaration écrite de sinistre doit être présentée à DSF dans les 30 jours suivant la date de la récidive; et • une preuve écrite doit être présentée à DSF dans les 60 jours suivant la date de la récidive. • Par la suite, une preuve écrite de continuité de l'invalidité totale jugée satisfaisante par DSF doit être présentée à DSF chaque fois qu'elle en fait la demande.
Garantie vie	• Toute demande de prestations doit être présentée à DSF dans les 12 mois suivant la date du décès; et • une preuve écrite doit être remise à DSF dans les 90 jours suivant la date du décès.
Garantie décès et mutilation accidentels	• Toute demande de prestations doit être présentée à DSF dans les 12 mois suivant la date de l'accident; et • une preuve écrite doit être remise à DSF dans les 90 jours suivant cet accident.

Le défaut de fournir la déclaration ou les preuves de sinistre dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de la prestation, pourvu que la déclaration et les preuves soient fournies aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, aucune prestation ne sera versée si la déclaration et les preuves sont fournies plus de 12 mois après la date à laquelle les frais sont engagés ou la date de l'événement donnant lieu à la demande de prestations.

Advenant la résiliation de la police, DSF n'effectuera aucun versement de prestations à moins que la déclaration et les preuves ne lui soient soumises dans les 120 jours suivant la date de résiliation de la police.

Toute action en justice engagée contre DSF pour recouvrer des sommes payables en vertu de la police est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée au cours du délai fixé par la Loi sur les assurances ou toute autre loi applicable dans la province de résidence de l'adhérent.

SOUMISSION D'UNE DEMANDE

Toute demande de prestations doit être présentée à DSF au moyen du formulaire prévu à cette fin. En tout temps, DSF peut exiger des informations supplémentaires lorsqu'elle le juge nécessaire.

Veuillez vous référer à Union des employés et employées de service Section locale 800 afin d'obtenir la procédure à suivre pour effectuer une demande de prestations.

Médicaments et autres frais médicaux

Catégorie 001

L'adhérent n'a pas à soumettre de demande de prestations à DSF si le professionnel ou le fournisseur de services utilise l'échange électronique de données (EDI).

Catégorie 002

Si le mode de paiement direct a été utilisé pour les frais de médicaments, l'adhérent n'a pas à soumettre de demande de prestations à DSF.

Pour les autres frais médicaux, l'adhérent n'a pas à soumettre de demande de prestations à DSF si le professionnel ou le fournisseur de services utilise l'échange électronique de données (EDI).

Soins dentaires

L'adhérent n'a pas à soumettre de demande de prestations à DSF si :

1) le dentiste utilise l'échange électronique de données (EDI); ou

2) la demande de prestation est présentée par le dentiste à l'aide du service de remboursement par carte (**catégorie 002 seulement**).

DSF se réserve le droit de demander des radiographies et d'autres types de diagnostics comme des rapports de spécialiste, des graphiques parodontiques et des modèles d'étude.

Décès

Avant de régler une demande, DSF exige des preuves écrites satisfaisantes attestant :

1) du décès, des causes et des circonstances liées au décès, incluant un rapport médical ou un certificat de décès;

2) que le défunt était admissible à la couverture au moment du décès;

3) de la date de naissance du défunt; et

4) que le demandeur est en droit de recevoir la prestation.

DSF peut également exiger tout autre renseignement jugé utile.

Sous réserve de toute loi applicable, DSF peut demander une autopsie afin d'évaluer sa responsabilité relative à une demande de prestations.

Dans le cas d'une disparition, DSF versera les prestations sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

Veuillez vous référer à Union des employés et employées de service Section locale 800 afin d'obtenir la procédure à suivre pour effectuer une demande de prestations.

PAIEMENTS

Toutes les prestations sont versées à l'adhérent, à moins d'indication contraire ailleurs dans la police.

Prestations décès

La prestation payable au décès d'une personne couverte est versée dans les 30 jours suivant la réception de preuves satisfaisantes du décès. La prestation payable au décès de l'adhérent est versée au bénéficiaire.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si une personne couverte par les garanties accident-maladie et soins dentaires est également couverte en vertu d'un autre régime qui fournit des prestations semblables, le montant de ces prestations payables au cours d'une année quelconque fait l'objet d'une coordination.

La coordination des prestations en vertu de la police est effectuée selon les recommandations de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. de sorte que le total des paiements sous tous les régimes n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne.

MODIFICATION DU MONTANT DE COUVERTURE

Le titulaire de police doit informer DSF par écrit chaque mois de tout changement apporté au montant de couverture de toute personne. Si DSF n'est pas avisée dans les 31 jours suivant ce changement, le paiement des prestations pour cette personne sera effectué selon le moins élevé des montants suivants :

1) le montant de couverture avant le changement; ou

2) le montant de couverture après le changement.

EXAMENS MÉDICAUX

À l'occasion, DSF a le droit d'exiger que la personne couverte pour laquelle des prestations pourraient être versées soit examinée par un ou des professionnels de la santé de son choix.

SUBROGATION

Dès que DSF rembourse les frais engagés ou s'engage à rembourser les frais engagés, elle se substitue à l'adhérent en ce qui concerne tous les droits de recouvrement contre toute personne et peut intenter une poursuite judiciaire au nom de l'adhérent pour faire valoir ces droits.

Si l'adhérent a le droit d'exiger des dommages-intérêts d'une autre personne pour une perte de revenu pour laquelle il est admissible à des prestations, DSF se substituera à cet adhérent en ce qui concerne tous les droits de recouvrement contre toute personne pour une perte de revenu. Le montant qui peut être recouvré grâce à cette subrogation est limité au montant global des prestations d'invalidité qui ont été versées ou qui sont payables à l'adhérent par DSF.

DROIT DE RECOUVREMENT

Lorsqu'un paiement effectué par DSF excède le montant qui aurait dû être payé, DSF a le droit de récupérer cet excédent auprès de toute personne ou entité à qui ou pour qui ce paiement a été effectué.

EXONÉRATION DES PRIMES

Cette disposition s'applique aux garanties suivantes :

- garantie invalidité de longue durée facultative
- garantie vie de base
- garantie de base décès et mutilation accidentels

1) Début de l'exonération des primes

Si l'adhérent devient totalement invalide pendant qu'il est couvert en vertu de la police mais avant d'atteindre l'âge de 65 ans, ses primes peuvent être exonérées :

a) le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit la date prévue pour le premier paiement des prestations en vertu de la garantie invalidité de longue durée facultative s'il est couvert en vertu de cette garantie; ou

b) le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit 52 semaines consécutives d'invalidité totale s'il n'est pas couvert en vertu de la garantie invalidité de longue durée facultative.

L'adhérent doit fournir à DSF des preuves satisfaisantes de son invalidité totale.

2) Cessation de l'exonération des primes

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

a) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir à DSF des preuves satisfaisantes de son invalidité totale, si ces preuves ne sont pas fournies au plus tard 3 mois après la demande de DSF;

b) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;

c) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à toute occupation ou emploi contre rémunération ou profit;

d) la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans;

e) la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite;

f) la date de cessation de la couverture de l'adhérent; ou

g) la date de cessation de la police, sauf pour les garanties vie et invalidité de longue durée facultative.

3) Récidive d'invalidité totale

Si une récidive d'invalidité survient dans les 6 mois suivant la fin d'une période antérieure d'invalidité totale qui a donné lieu à une exonération des primes en vertu de la police, cette récidive est considérée comme étant une prolongation de la période antérieure si elle est due aux mêmes causes ou à des causes connexes.

4) Déclaration et preuves d'invalidité totale

Pour que l'adhérent soit exonéré du paiement de ses primes, DSF doit recevoir :

a) un avis écrit attestant de l'invalidité totale dans les 12 mois suivant la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide; et

b) une attestation satisfaisante d'invalidité totale dans les 90 jours suivant la date de réception de l'avis écrit.

Dans le cas d'une récidive d'invalidité totale, DSF doit recevoir un avis écrit et une attestation d'invalidité dans les 30 jours suivant la date du début de cette récidive.

GARANTIE ACCIDENT-MALADIE

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant qu'une personne couverte a engagé des frais admissibles pendant qu'elle était couverte en vertu de cette garantie, DSF rembourse ces frais conformément aux dispositions de la police.

Franchise	
Frais admissibles	**Montant**
Hospitalisation	Aucune
Assurance voyage	Aucune
Tous les autres frais	76,50 $ par personne couverte, jusqu'à concurrence de 153 $ par famille par année civile (indexée selon l'Indice des prix à la consommation au 1er janvier de chaque année)
Pourcentage de remboursement	
Frais admissibles	**Pourcentage**
Médicaments	1) Médicaments génériques : 80 % 2) Médicaments de marque : • 80 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent (générique) disponible sur le marché • 80 % du prix du médicament équivalent (générique) disponible sur le marché

	Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments inscrits sur la liste de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie. Lorsque la contribution de l'adhérent atteint le maximum de la contribution annuelle établie par la RAMQ, pour les frais engagés par lui-même et ses enfants à charge, le pourcentage de remboursement des médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ pour l'adhérent et ses enfants à charge, passe à 100 % pour le reste de l'année civile. Lorsque la contribution atteint le maximum de la contribution annuelle établie par la RAMQ, pour les frais engagés par le conjoint de l'adhérent, le pourcentage de remboursement des médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ pour le conjoint, passe à 100 % pour le reste de l'année civile.
Hospitalisation	100 %
Psychologue, travailleur social, conseiller en orientation ou psychiatre	50 %
Orientation vers un médecin	80 %
Assurance voyage	100 %
Tous les autres frais	80 %

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Pour tous les frais admissibles, DSF rembourse la partie des frais raisonnables et coutumiers qui excède la franchise, sous réserve du pourcentage de remboursement.

Pour être considérés comme admissibles, les frais doivent être médicalement nécessaires et engagés à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident et couvrir des soins qui :

1) ont été préalablement prescrits par un médecin ou tout professionnel de la santé autorisé à le faire selon la loi applicable;

2) sont reconnus par la profession médicale comme étant adéquats et conformes pour le diagnostic; et

3) ne peuvent pas être omis sans nuire à l'état de la personne ou à la qualité des soins médicaux.

Les frais admissibles sont considérés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou les fournitures obtenues.

La partie des frais admissibles engagés au cours des 3 derniers mois d'une année civile et utilisée pour payer la franchise annuelle en tout ou en partie est également appliquée à la franchise de l'année civile suivante.

Réseau de fournisseurs privilégiés

DSF peut sélectionner des fournisseurs pour la distribution de certains services, soins et produits et peut restreindre les prestations pour des frais admissibles engagés auprès d'un autre fournisseur.

FRAIS ADMISSIBLES

AU CANADA

Les frais admissibles sont ceux énumérés ci-dessous et engagés :

1) dans la province de résidence de l'adhérent; et

2) à l'extérieur de la province de résidence de l'adhérent, mais au Canada, pour une raison autre qu'une urgence médicale.

Limite des frais admissibles de médicaments	
Marge bénéficiaire	Frais raisonnables et coutumiers
Honoraires du pharmacien	Frais raisonnables et coutumiers

MÉDICAMENTS

1) Les médicaments qui portent un DIN (numéro d'identification du médicament), qui sont fournis par un pharmacien et :

   a) qui, selon la loi, requièrent une ordonnance; ou

   b) certains médicaments qui peuvent s'obtenir sans ordonnance mais qui, par convention, sont considérés comme essentiels au maintien de la vie, incluant, sans toutefois s'y limiter :

      - antipaludiques
      - fibrinolytiques
      - nitroglycérine
      - suppléments de sels ferreux à ingrédient unique
      - agents thyroïdiens
      - agents fibrinolytiques enzymatiques topiques

   Les préparations magistrales fournies par un pharmacien et dont le principal ingrédient actif est un médicament admissible.

2) Les lancettes, bandelettes et seringues pour diabétiques.

3) Les frais qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime provincial d'assurance médicaments.

4) Médicaments exigeant une autorisation préalable

   L'autorisation préalable de DSF est exigée pour certains médicaments dont la liste est disponible sur le site web de DSF. Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à DSF pour s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par DSF en fonction, notamment, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé. Il s'agit entre autres de confirmer que les médicaments prescrits :

   a) sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée par Santé Canada; et

   b) démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés.

   Une preuve d'efficacité ou de nouveaux résultats peuvent être demandés en cours de traitement pour déterminer si le médicament produit les effets attendus et demeure admissible au remboursement.

   DSF se réserve le droit de rembourser un médicament équivalent ou un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

Frais admissibles pour les autres médicaments	Maximum payable par personne couverte
Produits de sclérothérapie pour le traitement des varices	Frais couvert
Anesthésiques administrés lors d'une intervention médicale ou chirurgicale	20 $ par intervention
Produits antitabac	Selon la couverture allouée en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments
Sérums contre les allergies	Frais couvert
Antihistaminiques	Frais couvert

HOSPITALISATION	
Frais admissibles	**Maximum par personne couverte**
Hôpital Frais d'hébergement pour des soins de courte durée, pour chaque jour d'hospitalisation	La différence entre le coût d'une salle et d'une chambre semi-privée

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	
Frais admissibles	**Maximum payable par personne couverte**
<u>Soins paramédicaux</u> Services des professionnels suivants, à condition qu'ils exercent dans les limites de leur compétence et soient membres en règle de leur association ou corporation professionnelle reconnues par DSF. À moins d'indication contraire, ces services ne nécessitent pas de recommandation médicale.	
• audiologiste	Frais couvert
• chiropraticien	24 $ par visite, jusqu'à concurrence de 20 visites par année civile, incluant les radiographies
• ergothérapeute	Frais couvert
• naturopathe	24 $ par visite
• orthophoniste	Frais couvert
• ostéopathe	32 $ par visite
• physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique ou thérapeute du sport	32 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 20 visites par année civile
• podiatre ou podologue	32 $ par visite
• psychologue, travailleur social, conseiller en orientation ou psychiatre	Montant global de 500 $ par année civile

L'adhérent devrait contacter DSF avant d'engager ce type de frais afin de valider si les frais encourus sont admissibles.	
<u>Soins infirmiers à domicile</u> Soins infirmiers à domicile par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé, pourvu que les soins relèvent de la compétence de l'infirmier. De plus, l'infirmier ne doit avoir aucun lien de parenté, ni par le sang ni par alliance, avec l'adhérent ou avec l'une des personnes à sa charge et ne doit pas résider habituellement chez l'adhérent ni chez l'une des personnes à sa charge. Les services d'un aide-soignant pour accomplir les activités de base de la vie quotidienne si la personne couverte : • reçoit les soins d'un infirmier; ou • nécessite des soins à domicile pour son rétablissement à la suite de son congé de l'hôpital. Les activités de base de la vie quotidienne sont : a) se nourrir : préparer ses repas et se nourrir; b) s'habiller : rassembler ses vêtements et s'habiller; c) utiliser les toilettes : utiliser les toilettes sans surveillance ni aide; d) se déplacer (du lit au fauteuil) : se coucher dans et se lever du lit ou s'asseoir dans et se lever d'un fauteuil; e) faire sa toilette personnelle : entrer dans le bain ou la douche et en sortir, ainsi que se laver.	120 $ par jour, jusqu'à concurrence de 3 000 $ par année civile

AMBULANCE
Les frais d'une ambulance autorisée pour le transport terrestre de la personne couverte : 1) du lieu de l'accident ou de la maladie à l'hôpital le plus près apte à fournir les soins appropriés, en cas d'urgence médicale; et 2) d'un hôpital au domicile de la personne couverte lorsque son état de santé ne permet pas d'utiliser un autre moyen de transport. Les frais d'une ambulance autorisée pour le transport aérien de la personne couverte à l'hôpital le plus près apte à fournir les soins appropriés, en cas d'urgence médicale.

ÉQUIPEMENTS ET FOURNITURES MÉDICALES	
AIDES À LA MOBILITÉ	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum payable par personne couverte**
Marchettes, cannes ou béquilles	Achat ou location, à la discrétion de DSF
Fauteuils roulants	Achat et réparation, ou location, à la discrétion de DSF, jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant non motorisé, à moins que l'état de santé de la personne couverte requiert l'usage exclusif d'un fauteuil motorisé
Lève-personnes	Achat ou location, à la discrétion de DSF, d'un appareil mécanique ou hydraulique

FOURNITURES ORTHOPÉDIQUES	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum payable par personne couverte**
Chaussures orthopédiques :	Fabriquées et facturées par un centre reconnu par DSF. De plus, les chaussures doivent être fabriquées et les modifications ou ajustements à des chaussures préfabriquées doivent être effectués par un orthésiste membre en règle d'une association professionnelle reconnue par DSF
• chaussures fabriquées sur mesure • chaussures ouvertes • chaussures évasées ou droites • chaussures nécessaires au maintien des attelles de Denis Browne • chaussures profondes • chaussures normales faisant parties de l'inventaire	Une paire par année civile
• modifications ou ajustements à des chaussures préfabriquées ou orthopédiques	Frais couvert
Orthèses de pied	• Fabriquées et facturées par un centre reconnu par DSF. De plus, elles doivent être fabriquées sur mesure par un orthésiste membre en règle d'une association professionnelle reconnue par DSF • 2 paires par année civile jusqu'à concurrence de 396 $ par paire
Attelles rigides ou semi-rigides, bandages herniaires et plâtres	Achat et réparation
Corsets médicaux	Achat et réparation

PROTHÈSES	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum payable par personne couverte**
Prothèses auditives	400 $ par période de 48 mois
Prothèses capillaires	Lorsque requises à la suite de la chute temporaire des cheveux suite à un traitement de chimiothérapie • Montant viager de 300 $
Prothèses mammaires	Lorsque requises à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence du coût de prothèses mammaires externes • 200 $ par période de 24 mois, y compris les soutiens-gorge postopératoires
Membres artificiels	Achat, réparation et remplacement rendu nécessaire par un changement physiologique, jusqu'à concurrence d'un montant viager de 4 000 $
Prothèses myoélectriques	Achat, réparation et remplacement rendu nécessaire par un changement physiologique, jusqu'à concurrence d'un montant viager de 4 000 $
Yeux artificiels	Achat et réparation, jusqu'à concurrence d'un montant viager de 4 000 $

AUTRES ÉQUIPEMENTS ET FOURNITURES MÉDICALES	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum payable par personne couverte**
Glucomètres	240 $ par période de 60 mois
Fournitures pour pompes à insuline	Achat

Bas de contention	Achat, à condition qu'ils soient de compression d'au moins 20mm/Hg • 3 paires par année civile
Neurostimulateurs TENS	Achat ou location, à la discrétion de DSF • Montant viager de 700 $
Cathéters	Achat
Fournitures pour les stomies	Achat
Fournitures pour les paraplégiques	Achat
Fournitures médicales servant au gavage	Achat
Fournitures médicales suite à une trachéotomie	Achat
Lunettes opaques	Achat, à condition qu'elles soient requises lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis
Vêtements compressifs	500 $ par année civile
Pansements médicamentés	Achat
Couvre-moignons	Achat
Moniteurs d'apnée	Achat ou location, à la discrétion de DSF
Oxygène et matériel nécessaire à son administration	Achat ou location, à la discrétion de DSF
Accessoires de percussion thoracique	Achat
Lits d'hôpital à commandes manuelles	Achat et réparation, ou location à la discrétion de DSF. L'achat est limité à un lit par période de 5 années civiles.
Barreaux de lit	Achat ou location, à la discrétion de DSF

Pompes à insuline	3 000 $ par année civile
Autres équipements : • appareils d'aérosolthérapie • appareils CPAP ou orthèses d'avancée mandibulaire • stimulateurs osseux • pompes à lymphoedème Des équipements additionnels peuvent être inclus selon ce qui est établi par DSF.	Achat ou location, à la discrétion de DSF Montant viager global de 10 000 $ pour l'ensemble des équipements

SERVICES DIAGNOSTIQUES	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum payable par personne couverte**
Techniques d'imagerie et analyses de laboratoire	Frais raisonnables et coutumiers

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum payable par personne couverte**
Les services d'un dentiste requis pour réparer et remplacer des dents saines par suite d'un coup accidentel à la bouche Dent saine désigne une dent naturelle qui ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa matière ou dans les structures qui lui sont adjacentes. Une dent naturelle traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale est considérée comme saine.	Le coup accidentel doit avoir été reçu pendant que la personne est couverte en vertu de cette garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de cette garantie. 1 000 $ par accident Les soins dentaires doivent débuter dans les 12 mois suivant la date de l'accident. DSF n'accorde aucun remboursement pour des soins reçus plus d'un an après la date de l'accident.

	Le coût des frais admissibles est limité aux honoraires prévus dans le guide des tarifs des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province de résidence de l'adhérent.

CURE DE DÉSINTOXICATION	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum payable par personne couverte**
Frais de chambre et pension pour une cure de désintoxication dans un centre reconnu par DSF et spécialisé dans le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie	L'état de la personne doit nécessiter une cure sous la surveillance et le contrôle d'un médecin et le séjour doit être préalablement approuvé par DSF. • 48 $ par jour • maximum viager de 2 500 $

ORIENTATION VERS UN MÉDECIN

Les frais admissibles sont ceux énumérés ci-dessous et engagés à l'extérieur de la province de résidence de la personne couverte à la suite d'une orientation vers un médecin, sous réserve de ce qui suit :

1) le service ou le traitement ne se donne pas au Canada ou dans la province de résidence de la personne couverte;

2) la personne couverte doit fournir à DSF une lettre écrite par un médecin de sa province de résidence et dans laquelle le médecin indique qu'elle est orientée vers un autre médecin;

3) DSF doit donner son autorisation écrite au préalable; et

4) le régime provincial d'assurance hospitalisation et/ou d'assurance maladie doit participer au remboursement des frais admissibles.

Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable
Frais médicaux	
Frais de chambre et pension dans un hôpital	Au Canada : même couverture que celle prévue à la disposition « Au Canada » de cette garantie À l'extérieur du Canada : chambre semi-privée
Autres services hospitaliers	
Honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste	
Frais de transport	
Les frais de transport de la personne couverte vers le lieu de traitement par un moyen de transport adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés	
Les frais de transport (en même temps que le transport de la personne couverte) d'un membre de la famille immédiate pour accompagner la personne couverte vers le lieu de traitement	
Le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié lorsque prescrit par le médecin traitant	L'accompagnateur ne pas être un membre de la famille, ni un ami, ni un compagnon de voyage
Le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne couverte qui demeure à l'hôpital pendant au moins sept jours	• Ces frais ne sont pas admissibles au remboursement si la personne couverte était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus • Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont limités à 500 $ • La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant

En cas de décès de la personne couverte, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement	Ces frais ne sont pas admissibles au remboursement si la personne couverte était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus
En cas de décès de la personne couverte, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train)	5 000 $, le coût du cercueil ou de l'urne n'est pas inclus
<u>Frais de subsistance</u>	
Le coût des repas et de l'hébergement de la personne couverte pour la durée de son traitement. Les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas.	200 $ par jour par personne couverte pendant un maximum de 10 jours
<u>Frais d'appels interurbains</u>	
Les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne couverte est hospitalisée	• 50 $ par jour et un maximum global de 200 $ par période d'hospitalisation • Ces frais ne sont pas admissibles au remboursement si la personne couverte était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus • Ces frais ne sont pas admissibles au remboursement si des frais de transport sont remboursés pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne hospitalisée

Prestation maximale globale	
Frais engagés à l'extérieur de la province de résidence, mais au Canada	Aucune
Frais engagés à l'extérieur du Canada	Montant viager de 500 000 $ par personne couverte

ASSURANCE VOYAGE

Lorsqu'une personne couverte doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des 180 premiers jours d'un séjour à l'étranger, DSF rembourse les frais admissibles conformément aux conditions suivantes :

1) les frais doivent être couverts en vertu de la garantie accident-maladie; et

2) l'état de santé de la personne couverte devait être stable avant la date de début du voyage.

L'adhérent doit communiquer avec DSF si la durée du séjour à l'étranger est ou pourrait être supérieure à 180 jours, sans quoi la personne couverte pourrait ne pas être couverte.

Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable
<u>Frais médicaux</u>	
Frais de séjour dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne couverte reçoive son congé de l'hôpital	Chambre semi-privée
Autres services hospitaliers	
Honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste	
Tous les autres frais admissibles en vertu de la disposition « Au Canada » de cette garantie	

Frais de transport Pour être admissibles, les frais énumérés ci-dessous doivent être approuvés et planifiés par Voyage Assistance.	
Les frais de rapatriement de la personne couverte à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés dès que son état de santé le permet	Ces frais ne sont pas admissibles si le moyen de transport initialement prévu pour le retour peut être utilisé
Les frais pour le rapatriement, en même temps que le rapatriement de la personne couverte, de toute autre personne couverte en vertu de cette garantie	Ces frais ne sont pas admissibles si le moyen de transport initialement prévu pour le retour peut être utilisé
Les frais de transport public adéquat pour le rapatriement d'enfants qui accompagnent la personne couverte et dont elle a la garde durant le voyage si : • la personne couverte doit être rapatriée ou si elle doit demeurer à l'hôpital plus de 24 heures; et • aucune autre personne ne peut ramener les enfants à leur lieu de résidence.	
Le coût supplémentaire de transport pour le rapatriement d'un chat ou d'un chien qui accompagne la personne couverte si : • la personne couverte doit être rapatriée; et • aucune autre personne ne peut ramener l'animal au lieu de résidence de la personne couverte.	500 $ par voyage

Les frais de transport de bagages de la personne couverte si elle doit être rapatriée, pour : • l'excédent de bagages s'ils sont rapportés par une autre personne; ou • le retour de bagages au lieu de résidence de la personne couverte si aucune autre personne ne peut les rapporter.	300 $ par voyage
Le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié lorsque prescrit par le médecin traitant	L'accompagnateur ne peut pas être un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage
Le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne couverte qui séjourne à l'hôpital pendant au moins 7 jours	• La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus • Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont limités à 1 500 $ • La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant

Les frais de retour du véhicule de la personne couverte ou de celui qu'elle a loué, si : • la personne couverte souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale; • l'incapacité est certifiée par un médecin et empêche la personne couverte de conduire ce véhicule; et • aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne peut retourner le véhicule. Les frais d'une agence professionnelle de transport de véhicules ou les frais raisonnables et nécessaires engagés par la personne couverte pour l'essence, les repas, l'hébergement et un billet aller seulement en classe économique	Le véhicule doit être en état de marche pour effectuer le voyage de retour sans problème mécanique 2 500 $ par voyage
En cas de décès de la personne couverte, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement	La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus
En cas de décès de la personne couverte : • les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train); ou • les frais pour la préparation du corps et les frais d'incinération ou d'enterrement, si la dépouille n'est pas rapatriée à son lieu de résidence	5 000 $ Le coût du cercueil ou de l'urne n'est pas inclus

Frais de subsistance	
Le coût des repas et de l'hébergement de la personne couverte qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'un accident constaté par un médecin et qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage Les frais additionnels de garde des enfants qui n'accompagnent pas la personne couverte	200 $ par jour par personne couverte, pendant un maximum de 10 jours par voyage, pour l'ensemble de ces frais
Frais d'appels interurbains	
Les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne couverte est hospitalisée	• 50 $ par jour et un maximum global de 200 $ par période d'hospitalisation • La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus • Ces frais sont admissibles si des frais de transport pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne hospitalisée ne sont pas remboursés
Prestation maximale globale	
Tous les frais admissibles	Montant viager de 5 000 000 $ par personne couverte

Le service Voyage Assistance

Voyage Assistance prend les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants à toute personne assurée qui en a besoin :

1) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;

2) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;

3) aide pour l'admission à l'hôpital;

4) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;

5) rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;

6) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;

7) règlement des formalités en cas de décès;

8) rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;

9) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;

10) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin prescrit une telle visite;

11) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;

12) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;

13) service d'interprète lors d'appels d'urgence;

14) transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d'urgence;

15) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

En cas d'urgence médicale, la personne assurée peut communiquer immédiatement avec le service VOYAGE ASSISTANCE.

Provenance de l'appel	**Numéro à composer**
Région de Montréal	(514) 875-9170
Canada et États-Unis	1-800-465-6390 (sans frais)
Ailleurs dans le monde (Excluant les Amériques)	indicatif outre-mer + 800 29485399 (sans frais)
Frais virés (Partout dans le monde)	(514) 875-9170

RESTRICTIONS, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

DSF se réserve le droit d'appliquer certaines restrictions, limitations et exclusions, notamment pour les soins, produits ou médicaments qui :

1) sont utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été approuvés par Santé Canada;

2) font l'objet d'une consommation plus élevée que celle prévue par les critères de bonnes pratiques cliniques établis par DSF; ou

3) ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par DSF à la date à laquelle les frais sont engagés.

Restrictions additionnelles applicables aux médicaments

La provision de médicaments d'entretien est limitée à 100 jours. La provision de tout autre médicament ou produit est limitée à 34 jours.

Limitations

Les frais admissibles sont assujettis aux limites et maximums indiqués dans cette garantie.

Limitations additionnelles applicables aux médicaments

Pour les médicaments biologiques, DSF se réserve le droit de rembourser un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe un sur le marché.

Limitations et exclusions applicables au réseau de fournisseurs privilégiés

Les prestations peuvent être limitées ou aucun remboursement effectué pour des soins, produits ou médicaments disponibles dans le réseau de fournisseurs privilégiés mais obtenus d'un autre fournisseur.

Exclusions générales

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

1) services ou soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;

2) services, soins ou produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu de toute loi provinciale ou fédérale applicable à la personne couverte, qu'elle soit ou non couverte par ces lois;

3) frais admissibles qui découlent directement ou indirectement de ce qui suit :

   a) soins esthétiques autres que ceux prévus dans cette garantie;

   b) infraction ou tentative d'infraction criminelle, incluant la conduite avec facultés affaiblies, tel que prévu au Code criminel du Canada;

   c) toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable ou en vertu de tout autre régime public;

   d) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;

4) services, soins ou produits de nature expérimentale;

5) services, soins ou produits fournis par l'employeur participant;

6) services, soins ou produits fournis à la personne couverte par un proche parent;

7) hébergement dans une maison de convalescence ou de réadaptation;

8) hébergement dans un établissement pour malades chroniques;

9) soins infirmiers à domicile qui sont uniquement dispensés à titre de soins de protection, d'accompagnement, de psychothérapie ou de surveillance;

10) lits électriques;

11) frais engagés pour tout ce qui est implanté chirurgicalement;

12) appareils de contrôle tels les stéthoscopes, sphygmomanomètres ou autres appareils de même type;

13) accessoires domestiques tels les purificateurs, humidificateurs, climatiseurs, baignoires à remous ou autres appareils de même type;

14) supports de genre « Obus Forme » ou de même type;

15) cours, programmes d'exercices, programmes de conditionnement physique sur appareil ou au sol, bains flottants, bains de boue, bains thérapeutiques, cures de jeûne, exercices de relaxation, exercices en salle d'entraînement, séances d'étirement et renforcement, évaluations posturales et bougies auriculaires;

16) appareils, fournitures et équipements conçus ou adaptés pour permettre la participation à des activités sportives;

17) services diagnostiques reçus à l'hôpital et frais engagés pour des tests génétiques;

18) soins dentaires qui ne résultent pas d'un accident ou qui résultent de l'introduction volontaire ou involontaire d'une substance alimentaire ou d'un objet dans la bouche;

19) actes dentaires et fournitures ayant pour but la restauration de la bouche au complet et la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;

20) fournitures pour incontinence;

21) frais engagés pour le traitement de l'infertilité;

22) frais engagés pour le traitement de dysfonctions sexuelles;

23) examens de la vue;

24) lunettes, lentilles cornéennes, lunettes de soleil ou lunettes protectrices;

25) voyages de santé ou voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;

26) services, soins ou produits non inclus dans la liste des frais admissibles.

Exclusions additionnelles applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

1) médicaments ou produits qui sont inscrits sur la liste des médicaments ou produits exclus, disponible sur le site web de DSF. Cette liste est établie en fonction, notamment, des données relatives à l'efficacité des médicaments ou produits par rapport aux coûts qui y sont reliés, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé;

2) médicaments ou produits considérés par DSF comme devant être administrés à l'hôpital ou en milieu hospitalier, notamment ceux nécessitant une surveillance médicale particulière pendant le traitement en raison de la gravité de l'état du patient, de la complexité du traitement ou pour des motifs de sécurité. Afin d'identifier ces médicaments ou produits, DSF utilise, sans s'y limiter, les données provenant des monographies de produits approuvées par Santé Canada et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé;

3) produits contraceptifs autres que les contraceptifs hormonaux;

4) vaccins;

5) sclérothérapie utilisée principalement pour des raisons esthétiques et non réellement pathologiques, et honoraires du médecin;

6) médicaments servant au traitement de l'obésité;

7) médicaments servant au traitement de dysfonctions sexuelles;

8) produits antitabac à l'exception de ceux couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments;

9) médicaments pour le traitement de l'infertilité;

10) les produits suivants, qu'ils soient ou non prescrits :

a) shampooings et autres produits pour le cuir chevelu, y compris les produits pour la pousse des cheveux;

b) produits pour soins esthétiques, écrans solaires, savons et tout autre produit d'hygiène;

c) produits naturels et produits homéopathiques;

d) désinfectants et pansements non médicamentés;

e) préparations de lait de toute nature pour bébés;

f) suppléments diététiques;

g) vitamines et minéraux.

Exclusion additionnelle applicable aux médicaments exigeant une autorisation préalable

Aucun remboursement n'est effectué pour les médicaments qui ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par DSF à la date à laquelle les frais sont engagés.

Exclusions additionnelles applicables à l'assurance voyage

Voyage Assistance doit être contactée immédiatement lorsque des services à l'extérieur de la province de résidence de l'adhérent sont nécessaires en raison d'une urgence médicale. À défaut d'effectuer cette démarche, le remboursement d'une partie des frais admissibles engagés pourrait être réduit ou refusé. DSF n'est pas responsable de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux administrés même après le rapatriement.

Aucun remboursement n'est effectué :

1) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers;

2) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne couverte sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;

3) si la personne couverte ne consent pas :

   a) au traitement prescrit par le médecin ou par Voyage Assistance;

   b) à changer d'hôpital ou de clinique;

   c) à se faire examiner pour permettre l'établissement d'un diagnostic;

   d) au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;

4) pour toute urgence médicale survenue dans un pays, une région ou un endroit pour lesquels le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage, avant la date de début du voyage.

   La personne couverte qui se trouve dans le pays, la région ou l'endroit faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par cette exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays, cette région ou cet endroit dès que possible mais au plus tard dans les 14 jours qui suivent l'émission de l'avertissement;

5) si la personne couverte refuse de divulguer les renseignements nécessaires à DSF relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à DSF l'utilisation de tels renseignements;

6) si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage;

7) si un médecin a déconseillé à la personne couverte de voyager;

8) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés après les 32 premières semaines de grossesse;

9) si la personne couverte est atteinte d'une maladie et que son espérance de vie est de moins de 12 mois à la date d'achat du voyage;

10) pour tout accident survenant durant le voyage et qui résulte de la pratique par la personne couverte d'une activité sportive contre rémunération (incluant les prix remis en argent) ou d'un sport ou d'une activité représentant un haut degré de risque, notamment :

    a) le deltaplane, le parapente et le kitesurf;

    b) le parachutisme et la chute libre;

    c) le saut à l'élastique (bungee jumping);

    d) l'escalade et l'alpinisme;

    e) le ski acrobatique et le ski hors-piste;

    f) la plongée autonome en tant qu'amateur, si la personne couverte ne détient pas une qualification de plongeur (au moins le niveau de base) d'une école de plongée certifiée;

g) les sports de combat;

h) les courses et les entraînements de véhicules motorisés;

11) pour le décès ou les frais qui résultent directement ou indirectement de :

a) la consommation de drogues, ou

b) la consommation abusive de médicaments ou d'alcool.

La consommation abusive de médicament est celle qui dépasse la posologie recommandée. La consommation d'alcool est considérée abusive si le taux d'alcool dans le sang dépasse celui permis par le Code criminel du Canada.

LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

Le service Info Accès-Santé est un service téléphonique offert 24 heures sur 24 qui permet à la personne assurée de pouvoir parler en toute confidentialité avec des professionnels de la santé d'expérience et d'obtenir des renseignements de façon immédiate.

Par l'entremise de ce service téléphonique, la personne assurée peut s'informer sur les questions suivantes :

- la santé;
- la diététique;
- la mise en forme;
- la disponibilité des ressources locales.
- la vaccination;
- le mode de vie;
- la puériculture;

Le service Info Accès-Santé doit être considéré comme un complément de la consultation médicale et du service médical d'urgence (911 ou autre); il ne remplace pas le professionnel de la santé que la personne assurée consulte habituellement ou le service médical d'urgence d'une municipalité.

Ce service d'information peut être utile pour améliorer la qualité de vie de l'adhérent et de ses personnes à charge.

La personne assurée peut communiquer en tout temps avec le service INFO ACCÈS-SANTÉ.

Provenance de l'appel	**Numéro à composer**
Partout au Canada	1 877 875-2632

GARANTIE SOINS DENTAIRES

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant qu'une personne couverte a engagé des frais admissibles pendant qu'elle était couverte en vertu de cette garantie, DSF rembourse ces frais conformément aux dispositions de la police.

Franchise	
76,50 $ par personne couverte, jusqu'à concurrence de 153 $ par famille par année civile (indexée selon l'Indice des prix à la consommation au 1er janvier de chaque année)	
Pourcentage de remboursement	
Frais admissibles	**Pourcentage**
Soins de prévention	80 %
Soins de base	80 %
Prestation maximale	
Frais admissibles	**Montant**
Soins de prévention et de base	Montant global de 1 000 $ par année civile par personne couverte

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Pour tous les frais admissibles, DSF rembourse la partie des frais qui excède la franchise, sous réserve du pourcentage de remboursement.

Pour être considérés comme admissibles, les frais doivent être nécessaires et recommandés par un dentiste, et dispensés par :

1) un dentiste;

2) un hygiéniste dentaire lorsque ces services sont dans les limites de sa compétence; ou

3) un denturologiste diplômé.

Les frais admissibles sont considérés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou les fournitures obtenues. Pour les soins suivants, la date à laquelle les frais sont engagés est :

1) pour un pont, une couronne ou une prothèse, la date de pose de l'appareil; et

2) pour les traitements de canaux, la date du dernier traitement.

ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS

Lorsque le coût global estimatif d'une série proposée de soins dentaires pour une personne couverte dépasse 500 $, il est conseillé à l'adhérent de présenter un plan de traitement détaillé à DSF avant le début de ce traitement. Le plan de traitement doit indiquer le type de soins à fournir, les dates prévues de la série de soins et les sommes exigées pour chaque soin.

Aucune prestation n'est payable pour les frais engagés après la date à laquelle la couverture de l'adhérent cesse, même si le plan de traitement détaillé a été complété et que DSF avait prévu des prestations avant cette date de cessation.

GUIDE DES TARIFS

Les frais admissibles sont basés sur le guide des tarifs des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province où le traitement est donné, pour l'année civile précédant celle durant laquelle les frais sont engagés.

En l'absence de guide dentaire provincial, DSF utilise le dernier guide produit majoré des taux d'inflation annuelle.

FRAIS ADMISSIBLES

AU CANADA

SOINS DE PRÉVENTION	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum par personne couverte**
Examens	
• Examen buccal complet	Un par période de 2 années civiles
• Examen buccal préventif ou de rappel	Un par période de 12 mois
• Examen buccal d'urgence	
• Examen buccal d'aspect particulier	Un par année civile

SOINS DE PRÉVENTION	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum par personne couverte**
• Examen parodontal	Un par période de 60 mois
• Examen endodontique	
• Examen des dysfonctions stomatognatiques	Un par période de 60 mois
• Examen prosthodontique	Un par période de 24 mois
Radiographies	
• Série complète de radiographies	Une par période de 2 années civiles
• Radiographie panoramique	Une par période de 2 années civiles
• Radiographies intra-orales, extra-orales, périapicales et occlusales, incluant les radiographies interproximales, et radiographies servant à diagnostiquer un symptôme ou à examiner les progrès dans une série de traitements particuliers	
• Photographie	
• Sialographie	
Tests et examens de laboratoire	
• Tests microbiologiques pour la détermination d'agents pathologiques	
• Biopsies	
• Test de vitalité	

SOINS DE PRÉVENTION	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum par personne couverte**
• Modèles de diagnostic, non montés	
Présentation et explication de cas	
• Consultation avec un patient (un jour autre que celui de l'examen)	
Services de prévention	
• Instruction d'hygiène buccale	Une fois à vie
• Polissage	Un par période de 12 mois
• Détartrage léger à des fins préventives plutôt que thérapeutiques	12 unités de temps par période de 12 mois, combiné au détartrage à des fins thérapeutiques
• Application topique de fluorure	Une par période de 12 mois
• Finition des obturations, incluant les modifications de la morphologie de dents pour raison fonctionnelle/Améloplastie	
• Scellants de puits et fissures	Pour les enfants de moins de 18 ans
• Meulage interproximal	
• Appareils de maintien	Pour les enfants de moins de 18 ans seulement
• Modification de la morphologie d'une ou plusieurs dents pour raison fonctionnelle	

SOINS DE BASE	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum par personne couverte**
Réparation	
• Amalgame (argent)	
• Réparations en composite	
• Tenons de rétention pour réparation en amalgame ou en composite	
• Couronnes préfabriquées en acier inoxydable et en polycarbonate	Sur les dents primaires
• Carie/trauma/contrôle de la douleur, acte distinct d'une restauration	
Endodontie	
• Urgence endodontique et traitement de la chambre pulpaire	
• Thérapie endodontique	
• Traitements périapicaux	
• Blanchiment	Sur les dents dévitalisées
• Actes endodontiques divers autres que le blanchiment	
Parodontie	
• Chirurgie parodontale	
• Visites post-opératoires	4 visites par année civile
• Curetage gingival ou surfaçage radiculaire	Un par période de 60 mois

SOINS DE BASE	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum par personne couverte**
• Détartrage à des fins thérapeutiques	12 unités de temps par période de 12 mois, combiné au détartrage léger à des fins préventives plutôt que thérapeutiques
• Ajustement pour appareil parodontal pour contrôler uniquement le bruxisme	Un ajustement par période de 2 années civiles
• Équilibrage de l'occlusion	3 unités de temps par année civile
Entretien de prothèses amovibles	
• Réparation	
• Addition à une prothèse amovible existante	
• Regarnissage ou rebasage	Une fois par période de 2 années civiles
• Ajustements de prothèses avec ajustements mineurs, 3 mois après l'insertion	Une fois par période de 6 mois
Chirurgie buccale	
• Extractions	
• Ablation de racines résiduelles	
• Exposition chirurgicale des dents	
• Alvéolectomie, alvéoloplastie, gingivoplastie, stomatoplastie et ostéoplastie	
• Reconstruction du procès alvéolaire	
• Extension des replis muqueux	

SOINS DE BASE	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum par personne couverte**
• Excisions	
• Incisions	
• Frénectomie	
• Chirurgie oro-antrale	
• Contrôle d'hémorragie	
• Soins postopératoires	
Services additionnels	
• Anesthésie générale, sédation consciente et sédation profonde	Lorsqu'elle est liée à une extraction ou à une chirurgie

À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pour être admissibles, les frais pour des soins dentaires reçus à l'extérieur du Canada doivent être :

1) engagés en cas d'urgence seulement; et

2) inclus dans la liste des frais admissibles.

RESTRICTIONS, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Limitations
1) Aucun remboursement n'est effectué pour toute partie des frais qui excède les frais suggérés dans le guide des tarifs approprié.
2) Les frais de laboratoire sont limités au moindre de ce qui suit :
a) les frais de laboratoire raisonnables et habituels de la localité où les services sont rendus; ou
b) 60 % des frais suggérés dans le guide des tarifs prévu dans cette garantie pour le traitement correspondant.

Limitations

Clause alternative

Lorsqu'une ou plusieurs formes de traitements alternatifs existent, le paiement est limité au coût du traitement le moins coûteux répondant aux besoins dentaires de base de l'assuré.

La notion de traitement approprié peut varier d'un professionnel à l'autre. Cette limitation n'a pas pour but d'affecter le plan de traitement convenu entre le dentiste et la personne couverte.

Exclusions générales

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

1) services, soins ou produits dentaires qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer;

2) soins dentaires qui ne sont pas encore approuvés par l'Association dentaire canadienne ou qui sont dispensés à des fins expérimentales seulement;

3) services, soins ou produits fournis par l'employeur participant;

4) frais imposés par un dentiste pour les rendez-vous manqués, pour faire remplir des demandes de remboursement ou pour les consultations par téléphone;

5) frais admissibles qui découlent directement ou indirectement de ce qui suit :

   a) infraction ou tentative d'infraction criminelle, tel que prévu au Code criminel du Canada.

   b) toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou de tout autre régime public;

   c) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;

6) soins dentaires reçus à des fins esthétiques lorsque la forme et la fonction des dents sont satisfaisantes et qu'aucun état pathologique n'existe;

7) analyse du régime alimentaire;

8) soins et fournitures dentaires, y compris les radiographies, visant :

   a) la reconstruction de la bouche entière;

   b) la correction de l'espace vertical;

Exclusions générales

c) la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire;

d) le jumelage permanent des dents;

9) implants;

10) anesthésie dentaire électronique, anesthésie par acupuncture ou par hypnose;

11) services et fournitures dentaires non inclus dans la liste des frais admissibles.

GARANTIE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant que l'adhérent :

1) est devenu totalement invalide pendant qu'il était couvert en vertu de cette garantie et qu'il est demeuré totalement invalide durant le délai de carence; et

2) reçoit les soins médicaux continus d'un médecin dans sa province de résidence au Canada;

DSF verse les prestations conformément aux dispositions de la police.

Les prestations dépendent du nombre d'heures de travail assuré telles que décrites au tableau suivant. Ces montants issus du décret régissant l'entretien ménager sont valides pour 12 mois. Les dates d'entrée en vigueur ainsi que le montant des prestations sont spécifiques aux régions de Montréal et de Québec.

Veuillez vous référer à l'Union des employés et employées de service Section locale 800 *(service aux assurés ou site internet du Locale 800)* afin de valider le montant des prestations pour l'année en cours si celui-ci n'apparaît pas dans le tableau ci-bas.

Montant des prestations – juin 2017	
Adhérent du décret de Montréal travaillant de :	
10 à 14 heures par semaine inclusivement	143 $
15 à 19 heures par semaine inclusivement	202 $
20 à 24 heures par semaine inclusivement	262 $
25 à 29 heures par semaine inclusivement	321 $
30 à 34 heures par semaine inclusivement	380 $
35 heures ou plus par semaine	446 $

Montant des prestations – novembre 2017	
Adhérent du décret de Québec travaillant de :	
10 à 14 heures par semaine inclusivement	139 $
15 à 19 heures par semaine inclusivement	198 $
20 à 24 heures par semaine inclusivement	256 $
25 à 29 heures par semaine inclusivement	314 $
30 à 34 heures par semaine inclusivement	372 $
35 heures ou plus par semaine	436 $

Délai de carence
• 7 jours civils en cas d'accident • 7 jours civils en cas de maladie • 7 jours civils en cas d'hospitalisation

Période maximale des prestations
52 semaines

Imposition des prestations
Non imposable

Intégration à l'assurance-emploi
Oui

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations.

Le délai de carence en cas d'accident s'applique si l'accident est constaté par un médecin et survenu au plus tard 30 jours avant le début de l'invalidité totale. Dans le cas contraire, le délai de carence en cas de maladie s'applique.

Si une invalidité totale survient durant une absence du travail, le délai de carence commence :

1) le premier jour de l'invalidité totale, dans le cas d'un congé parental ou pour raisons familiales ou de la partie « congé volontaire » d'un congé de maternité; ou

2) à la date prévue de retour au travail, dans le cas de toute autre absence ou tout autre congé;

à condition que cette garantie puisse être maintenue en vigueur et qu'elle l'ait été.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

DSF verse les prestations à la fin de chaque semaine civile d'invalidité totale, à compter de la date à laquelle le délai de carence se termine.

Les prestations sont payables durant la partie « congé de maladie » du congé de maternité.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant une absence du travail en raison d'un congé de maternité, parental ou pour raisons familiales, DSF verse des prestations à compter de la dernière des dates suivantes :

1) la date à laquelle le délai de carence se termine; ou

2) la date prévue de retour au travail.

DSF verse les prestations aussi longtemps que l'adhérent continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale des prestations. La période maximale des prestations inclut le nombre de semaines durant lesquelles des prestations d'assurance-emploi sont payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi.

Les prestations sont basées sur le revenu en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale.

Les paiements pour une période de moins d'une semaine sont calculés au taux quotidien de 1/7 de la prestation hebdomadaire.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

Si l'adhérent a déjà reçu des prestations en vertu de cette garantie et qu'il devient à nouveau totalement invalide, la nouvelle invalidité totale est considérée une récidive de l'invalidité précédente si l'adhérent a été effectivement au travail entre les deux pendant :

1) moins de 31 jours consécutifs, si l'invalidité totale est due à la même cause ou à des causes connexes; ou

2) un jour, si l'invalidité totale est due à une cause complètement indépendante.

Le délai de carence ne s'applique qu'une seule fois en cas de récidive.

RÉADAPTATION

DSF peut en tout temps exiger que l'adhérent totalement invalide participe à une activité de réadaptation qui consiste à :

1) participer à un programme de gestion de l'invalidité;

2) s'adonner à un emploi de réadaptation considéré satisfaisant par DSF; ou

3) prendre un emploi modifié lorsqu'un tel emploi est disponible.

L'emploi de réadaptation ou modifié doit être approuvé par DSF.

L'adhérent ne sera plus admissible aux prestations prévues par cette garantie s'il :

1) refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité;

2) néglige de participer à tout traitement raisonnable ou programme de réadaptation considérés comme appropriés par DSF.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS

1) Intégration directe

Les prestations payables en vertu de cette garantie sont réduites :

a) de toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;

b) de toute prestation d'invalidité à laquelle l'adhérent a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge;

c) de toute indemnité de remplacement du revenu payable en vertu de tout régime public d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, à condition que ce régime permette que cette garantie soit enregistrée pour la réduction des cotisations conformément à la Loi sur l'assurance-emploi;

d) de toute prime de séparation ou paiement pour congédiement injustifié; et

e) de tout paiement versé par l'employeur participant, incluant les vacances et les journées de maladie.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans les paiements provenant des sources mentionnées ci-dessus, une fois que le versement des prestations a commencé.

2) Réductions additionnelles en cas de réadaptation :

Si l'adhérent reçoit un revenu pendant qu'il participe à une activité de réadaptation, les prestations payables par DSF sont réduites selon la formule suivante :

(A ÷ B) x C = montant de la réduction

A = Nombre de jours travaillés d'une activité de réadaptation.

B = Nombre de jours de la semaine régulière de travail immédiatement avant la date du début de son invalidité totale.

C = Prestations autrement payables en vertu de cette garantie.

Pendant que l'adhérent participe à une activité de réadaptation, les prestations sont réduites de sorte que son revenu total provenant de toutes sources n'excède pas 100 % du revenu net qu'il gagnait avant son invalidité.

Le revenu total provenant de toutes sources comprend les sommes énumérées ci-dessous, qui ont été versées à l'adhérent ou auxquelles il a droit :

a) toute prestation versée en vertu de cette garantie;

b) tout revenu hebdomadaire ou paiement versé par l'employeur participant;

c) toute prestation d'invalidité payable en vertu :

   i) du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge;

   ii) de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable; ou

   iii) d'un autre régime public, à l'exclusion des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi;

d) toute prestation provenant d'un régime de retraite ou de rente fourni par le titulaire de police; et

e) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public qui exige ou fournit des prestations d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, à condition que ce régime permette que cette garantie soit enregistrée pour la réduction des cotisations conformément à la Loi sur l'assurance-emploi.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans le revenu total provenant de toutes sources une fois que le versement des prestations a commencé.

3) Montant payable par un régime public

L'adhérent a l'obligation de faire le nécessaire pour se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus. S'il néglige ou refuse de le faire, DSF peut à son gré utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public. DSF réduit les prestations du montant estimé. Les ajustements sont effectués après la réception de l'avis du montant réellement accordé.

Si l'adhérent touche un montant forfaitaire en vertu de l'une ou l'autre des sources décrites ci-dessus, DSF réduit les prestations de ce montant calculé sur une base hebdomadaire.

RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Restrictions

Aucune prestation n'est payable au cours de l'une ou l'autre des périodes d'invalidité totale suivantes :

1) la période durant laquelle l'adhérent ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou de l'accident causant l'invalidité totale;

2) la période au cours de laquelle l'adhérent prend un congé parental ou familial ou la partie « congé volontaire » d'un congé de maternité pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;

3) pendant toute période d'absence du travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;

4) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction;

5) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pour quelque raison que ce soit, à moins que DSF ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de ce séjour; et

6) la période d'invalidité pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi, autres que celles payables pendant la partie « congé de maladie » du congé de maternité.

Exclusions

Cette garantie ne s'applique pas pour toute invalidité totale qui résulte directement de l'une des causes suivantes :

1) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;

2) infraction criminelle, incluant la conduite avec facultés affaiblies, tel que prévu au Code criminel du Canada;

3) soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si ces soins sont fournis par suite d'une maladie ou d'une blessure;

4) participer à tout traitement raisonnable ou programme de réadaptation considérés comme appropriés par DSF.

CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations prend fin à la première des dates suivantes :

1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;

2) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à une tâche rémunératrice autre qu'une activité de réadaptation approuvée par DSF;

3) la date fixée par DSF à laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni une attestation satisfaisante de son invalidité totale ou s'être soumis à un examen médical demandé par DSF, mais a négligé ou refusé de le faire;

4) la date à laquelle la période maximale des prestations est écoulée, pour toute période d'invalidité totale;

5) la date à laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité, de s'adonner à un emploi de réadaptation que DSF juge approprié, ou de se conformer à la décision de DSF de prendre un emploi modifié;

6) la date à laquelle cette garantie cesse. Toutefois, si l'adhérent devient totalement invalide avant d'atteindre l'âge auquel la garantie cesse, qu'il l'est toujours lorsqu'il atteint cet âge et qu'il n'a pas encore reçu 15 semaines de prestations pour cette invalidité, la couverture sera prolongée, jusqu'à la première des dates suivantes :

   a) la date à laquelle il a reçu des prestations pendant 15 semaines;

   b) la date à laquelle il cesse d'être totalement invalide; ou

   c) la date à laquelle il prend sa retraite.

GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE FACULTATIVE

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant que l'adhérent :

1) est devenu totalement invalide pendant qu'il était couvert en vertu de cette garantie et qu'il est demeuré totalement invalide durant le délai de carence; et

2) reçoit les soins médicaux continus d'un médecin dans sa province de résidence au Canada;

DSF verse les prestations conformément aux dispositions de la police.

Les prestations dépendent du nombre d'heures de travail assuré telles que décrites au tableau suivant. Ces montants issus du décret régissant l'entretien ménager sont valides pour 12 mois. Les dates d'entrée en vigueur ainsi que le montant des prestations sont spécifiques aux régions de Montréal et de Québec.

Veuillez vous référer à l'Union des employés et employées de service Section locale 800 *(service aux assurés ou site internet du Locale 800)* afin de valider le montant des prestations pour l'année en cours si celui-ci n'apparaît pas dans le tableau ci-bas.

Montant des prestations – juin 2017	
Adhérent du décret de Montréal travaillant de :	
10 à 14 heures par semaine inclusivement	620 $
15 à 19 heures par semaine inclusivement	875 $
20 à 24 heures par semaine inclusivement	1 135 $
25 à 29 heures par semaine inclusivement	1 391 $
30 à 34 heures par semaine inclusivement	1 647 $
35 heures ou plus par semaine	1 933 $

Montant des prestations – novembre 2017	
Adhérent du décret de Québec travaillant de :	
10 à 14 heures par semaine inclusivement	603 $
15 à 19 heures par semaine inclusivement	858 $
20 à 24 heures par semaine inclusivement	1 110 $
25 à 29 heures par semaine inclusivement	1 361 $
30 à 34 heures par semaine inclusivement	1 612 $
35 heures ou plus par semaine	1 890 $
Délai de carence	
52 semaines ou la fin de la période maximale des prestations de la garantie invalidité de courte durée, selon ce qui arrive en dernier	
Âge maximum d'admissibilité	
64 ans	
Période maximale des prestations	
5 ans	
Imposition des prestations	
Non imposable	

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations.

Si une invalidité totale survient durant une absence du travail, le délai de carence commence :

1) le premier jour de l'invalidité totale, dans le cas d'un congé parental ou pour raisons familiales ou de la partie « congé volontaire » d'un congé de maternité; ou

2) à la date prévue de retour au travail, dans le cas de toute autre absence ou tout autre congé;

à condition que cette garantie puisse être maintenue en vigueur et qu'elle l'ait été.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

DSF verse les prestations à la fin de chaque mois d'invalidité totale, à compter de la date à laquelle le délai de carence se termine.

Les prestations sont payables durant la partie « congé de maladie » du congé de maternité.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant une absence du travail en raison d'un congé de maternité, parental ou pour raisons familiales, DSF verse des prestations à compter de la dernière des dates suivantes :

1) la date à laquelle le délai de carence se termine; ou

2) la date prévue de retour au travail.

DSF verse les prestations aussi longtemps que l'adhérent continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale des prestations.

Les prestations sont basées sur le revenu en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale.

Les paiements pour une période de moins d'un mois sont calculés au taux quotidien de 1/30 de la prestation mensuelle.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

Deux périodes d'invalidité totale sont considérées comme une seule période d'invalidité si elles sont séparées par une période durant laquelle l'adhérent était effectivement au travail pendant :

1) moins de 31 jours ouvrables consécutifs durant le délai de carence, si l'invalidité totale est due à la même cause ou à des causes connexes;

2) moins de 6 mois consécutifs après la fin des prestations d'invalidité de longue durée.

Des périodes successives d'invalidité totale due à des causes qui ne sont pas reliées entre elles, sont considérées comme une récidive à moins que l'adhérent soit effectivement au travail pendant au moins un jour entre ces périodes.

Lorsque des périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une récidive, le délai de carence ne s'applique qu'une seule fois.

RÉADAPTATION

DSF peut en tout temps exiger que l'adhérent totalement invalide participe à une activité de réadaptation qui consiste à :

1) participer à un programme de gestion de l'invalidité;

2) s'adonner à un emploi de réadaptation considéré satisfaisant par DSF; ou

3) prendre un emploi modifié lorsqu'un tel emploi est disponible.

L'emploi de réadaptation ou modifié doit être approuvé par DSF.

L'adhérent ne sera plus admissible aux prestations prévues par cette garantie s'il :

1) refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité;

2) ne participe pas de bonne foi ou ne s'adonne pas à un emploi de réadaptation que DSF juge approprié; ou

3) ne se conforme pas à la décision de DSF de prendre un emploi modifié.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS

1) Intégration directe

Les prestations payables en vertu de cette garantie sont réduites de :

a) toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;

b) toute prestation d'invalidité à laquelle l'adhérent a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge;

c) toute indemnité de remplacement du revenu payable en vertu de tout régime d'assurance automobile sans égard à la responsabilité; et

d) toute prestation d'invalidité payable en vertu d'un régime de retraite privé.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans les paiements provenant des sources mentionnées ci-dessus, une fois que le versement des prestations a commencé.

2) Intégration indirecte

DSF réduira de nouveau la prestation par le montant selon lequel le revenu mensuel total de l'adhérent provenant de toutes sources dépasse 85 % de son revenu mensuel net immédiatement avant l'invalidité totale.

Le revenu total provenant de toutes sources comprend les sommes énumérées ci-dessous, qui ont été versées à l'adhérent ou auxquelles il aurait droit :

a) toute prestation versée en vertu de cette garantie;

b) tout revenu mensuel ou paiement versé par l'employeur participant;

c) toute prestation d'invalidité payable en vertu :

i) du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;

ii) de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable;

iii) d'un autre régime public, à l'exclusion des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi; ou

iv) d'un régime d'assurance collective fourni par un employeur ou une association;

d) toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé; et

e) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public d'assurance automobile sans égard à la responsabilité.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans le revenu total provenant de toutes sources une fois que le versement des prestations d'invalidité de longue durée a commencé.

3) Réductions additionnelles en cas de réadaptation :

Si l'adhérent reçoit un revenu pendant qu'il participe à une activité de réadaptation, les prestations payables par DSF sont réduites selon la formule suivante :

(A ÷ B) x C = montant de la réduction

A = Revenu gagné d'une activité de réadaptation

B = Revenu que l'adhérent gagnait immédiatement avant la date du début de son invalidité totale.

C = Prestations autrement payables en vertu de cette garantie.

Pendant que l'adhérent participe à une activité de réadaptation, les prestations sont réduites de sorte que son revenu total provenant de toutes sources n'excède pas 100 % du revenu net qu'il gagnait avant son invalidité.

4) Montant payable par un régime public

L'adhérent a l'obligation de faire le nécessaire pour se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus. S'il néglige ou refuse de le faire, DSF peut à son gré utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public. DSF réduit les prestations du montant estimé. Les ajustements sont effectués après la réception de l'avis du montant réellement accordé.

Si l'adhérent touche un montant forfaitaire en vertu de l'une ou l'autre des sources décrites ci-dessus, DSF réduit les prestations du moindre de ce qui suit :

a) le montant forfaitaire ramené sur une base mensuelle durant une période de 60 mois; ou

b) le nombre de mois d'invalidité pour lequel le montant forfaitaire est versé.

RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Restrictions

Aucune prestation n'est payable au cours de l'une ou l'autre des périodes d'invalidité totale suivantes :

1) la période durant laquelle l'adhérent ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou de l'accident causant l'invalidité totale;

2) la partie « congé volontaire » d'un congé de maternité ou la période au cours de laquelle l'adhérent prend un congé parental ou familial, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;

3) pendant toute période d'absence du travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;

4) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction; et

5) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que DSF ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.

Exclusion en cas de condition préexistante

Aucune prestation n'est payable pour toute invalidité totale qui :

1) commence au cours des 24 premiers mois durant lesquels l'adhérent est couvert; et

2) découle directement ou indirectement d'une condition ou de symptômes diagnostiqués, pour lesquels, au cours des 24 mois précédant immédiatement la date de prise d'effet de sa couverture, l'adhérent a :

   a) reçu les soins d'un médecin; ou

   b) pris des médicaments prescrits sur ordonnance.

Si la police est en vigueur depuis moins de 24 mois, la période de 24 mois de couverture mentionnée ci-dessus inclut la période durant laquelle l'adhérent était couvert par une garantie comparable en vertu de la police d'assurance collective du titulaire de police en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la police.

Autres exclusions

Cette garantie ne s'applique pas pour toute invalidité totale qui résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

1) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;

2) infraction ou tentative d'infraction criminelle, incluant la conduite avec facultés affaiblies, tel que prévu au Code criminel du Canada.

3) soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si ces soins sont fournis par suite d'un accident survenu pendant que l'adhérent est couvert en vertu de cette garantie;

4) abus d'alcool ou de stupéfiants, sauf si l'adhérent :

   a) participe de façon active et continue à un programme mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus;

   b) reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation; et

   c) séjourne dans un centre spécialisé reconnu.

CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations prend fin à la première des dates suivantes :

1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;

2) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à une tâche rémunératrice autre qu'une activité de réadaptation approuvée par DSF;

3) la date fixée par DSF à laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni une attestation satisfaisante de son invalidité totale ou s'être soumis à un examen médical demandé par DSF, mais a négligé ou refusé de le faire;

4) la date à laquelle la période maximale des prestations est écoulée, pour toute période d'invalidité totale;

5) la date à laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité, de s'adonner à un emploi de réadaptation que DSF juge approprié, ou de se conformer à la décision de DSF de prendre un emploi modifié;

6) la date de la retraite; ou

7) la date à laquelle cette garantie cesse.

GARANTIE VIE

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant qu'une personne est décédée pendant qu'elle était couverte en vertu de cette garantie, DSF paie le montant applicable à cette personne conformément aux dispositions de la police.

GARANTIE VIE DE BASE

Adhérent
Montant de l'assurance
15 000 $

Personnes à charge	
Montant de l'assurance	
Conjoint	**Chaque enfant**
5 000 $	2 500 $

PAIEMENT ANTICIPÉ

Tout adhérent totalement invalide dont l'espérance de vie est de moins de 24 mois peut obtenir le paiement d'une partie de son montant d'assurance vie de base, sous réserve des conditions suivantes :

1) DSF doit approuver;

2) DSF peut exiger que l'adhérent soit examiné par un médecin désigné par DSF;

3) l'adhérent doit obtenir l'approbation de DSF pour l'exonération des primes de la garantie vie de base de la police; et

4) tout bénéficiaire désigné doit donner son consentement à ce versement en signant un formulaire fourni par DSF.

Le paiement anticipé est limité à 50 % du montant de l'assurance vie de base de l'adhérent. De plus, ce montant ne peut être inférieur à 5 000 $ ou excéder 100 000 $.

Lors du décès de l'adhérent, la valeur du paiement anticipé est déduite du montant d'assurance qui aurait été payable n'eut été le paiement anticipé.

La valeur du paiement anticipé est composée de ce qui suit :

1) le total des versements effectués en vertu du paiement anticipé; plus

2) les frais raisonnables engagés aux fins de vérification de l'état de santé de l'adhérent; plus

3) l'intérêt accumulé à partir de la date du versement jusqu'à la date du décès de l'adhérent.

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

EXCLUSION RELATIVE AU PAIEMENT ANTICIPÉ

DSF ne procédera pas au versement d'un paiement anticipé si la proposition renferme une déclaration erronée de faits ou si des renseignements importants n'ont pas été divulgués. Si, une fois que le paiement anticipé a été versé, il s'avère que la proposition ou la protection est nulle et non avenue, le récipiendaire du paiement anticipé devra rembourser la valeur de ce paiement à DSF.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si la garantie vie de l'adhérent âgé de 65 ans ou moins prend fin, l'adhérent a le droit de transformer son montant d'assurance et le montant d'assurance de son conjoint en une police individuelle, sans preuves d'assurabilité, jusqu'à concurrence du moindre des montants suivants :

1) le montant d'assurance qui est perdu par suite de la cessation;

2) le montant maximal applicable dans sa province de résidence; ou

3) la différence entre le montant d'assurance vie en vigueur à la date de cessation de la couverture et le montant d'assurance auquel il est admissible en vertu d'un autre régime d'assurance vie collective au moment où il peut se prévaloir du droit de transformation.

L'adhérent doit soumettre une proposition d'assurance individuelle à DSF dans les 31 jours suivant la date de cessation de sa protection en vertu de cette garantie.

Le montant d'assurance vie que l'adhérent a le droit de transformer sera diminué de tout montant d'assurance vie individuelle en vigueur sur la vie de l'adhérent établi antérieurement conformément au DROIT DE TRANSFORMATION de la police ou à la disposition correspondante de toute autre police d'assurance collective établie par DSF.

La police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de la couverture de l'adhérent en vertu de cette garantie.

Si l’adhérent décède dans les 31 jours suivant la cessation de sa couverture en vertu de cette garantie, le montant payable est celui qu'il avait le droit de transformer.

GARANTIE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant :

1) qu'une personne couverte a subi l'une des pertes indiquées ci-dessous dans les 365 jours suivant un accident;

2) que cette perte était le résultat direct de l'accident indépendamment de toute autre cause; et

3) que cet accident et la perte sont survenus alors que la personne était couverte en vertu de cette garantie;

DSF paie le montant applicable à toute perte conformément au Tableau des pertes et aux autres dispositions de la police.

GARANTIE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE

Montant de l'assurance
Adhérent
Même montant pour lequel l'adhérent est couvert en garantie vie de base

TABLEAU DES PERTES

Le montant payable est déterminé selon le pourcentage du montant d'assurance indiqué au Sommaire de la garantie.

Perte	Pourcentage
de la vie	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %
d'une main et de la vue d'un œil	100 %
d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %

Perte	Pourcentage
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 2/3 %
de la vue d'un œil	66 2/3 %
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	50 %
du pouce et de l'index d'une même main	33 1/3 %
d'au moins quatre doigts de la même main	33 1/3 %
de tous les orteils d'un même pied	12 1/2 %
de l'ouïe d'une oreille	16 2/3 %

Perte de l'usage	Montant versé
des deux bras ou des deux mains	100 %
des deux jambes ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 2/3 %
du pouce et de l'index d'une même main	33 %
hémiplégie, paraplégie, quadriplégie	200 %

DISPARITION

Si la personne couverte disparaît par suite d'un accident ayant entraîné la submersion ou la disparition du moyen de transport à bord duquel elle voyageait et si son corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant la date de cet accident, il sera réputé qu'elle a perdu la vie en raison d'un accident, à moins de preuve contraire.

EXPOSITION AUX ÉLÉMENTS

Si la personne couverte se trouve exposée aux éléments de façon inéluctable et si, après une telle exposition, elle subit une perte, cette perte est réputée être le résultat d'un accident.

RÉADAPTATION

Si une formation est nécessaire à l'adhérent en raison d'une perte pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie, DSF rembourse les frais de formation nécessaires et raisonnables réellement engagés, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 $, à condition :

1) qu'une telle formation soit rendue nécessaire, à la suite d'une perte subie, pour permettre à l'adhérent d'exercer toute tâche rémunératrice qu'il n'aurait pas exercée n'eut été cette perte; et

2) que les frais aient été engagés dans les deux ans suivant la date de l'accident.

FRAIS D'HÉBERGEMENT ET DE TRANSPORT DE LA FAMILLE

Si la personne couverte est hospitalisée en raison d'une perte pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie, DSF rembourse les frais raisonnables d'hôtel et de transport jusqu'à l'hôpital par la voie la plus directe, qui sont engagés par les membres de la famille immédiate, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 1 500 $ pour l'ensemble de ces frais, à condition que :

1) la personne soit admise à l'hôpital comme patient interne alité;

2) l'hôpital soit situé à plus de 150 km de son lieu de résidence habituel; et

3) la personne reçoive des soins réguliers d'un médecin.

RAPATRIEMENT

Si la personne couverte décède en raison d'un accident, DSF rembourse les frais usuels et raisonnables engagés pour la préparation du corps de la personne décédée en vue de l'enterrement ou de la crémation et le transport du corps du lieu de l'accident au lieu de résidence de la personne au Canada, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 $, à condition que :

1) l'accident soit survenu à au moins 100 km de son lieu de résidence habituel; et

2) un montant soit payable pour la perte de la vie en vertu de cette garantie.

TRANSFORMATION D'UN LOGEMENT OU D'UN VÉHICULE

Si la personne couverte doit utiliser un fauteuil roulant en raison d'une perte pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie, DSF rembourse les frais initiaux de transformation :

1) du logement de l'adhérent ou d'une personne à charge pour lui permettre d'avoir accès à ce logement et d'y circuler avec son fauteuil roulant;

2) d'un véhicule motorisé appartenant à l'adhérent ou à une personne à charge afin de lui permettre d'avoir accès à ce véhicule et/ou de le conduire;

sur présentation de preuves de paiement. Cette prestation est limitée à une transformation pour chacun de ces frais et à un maximum global de 10 000 $.

De plus, cette garantie ne s'applique que si :

1) les modifications apportées au logement sont effectuées par une ou plusieurs personnes certifiées par un organisme reconnu qui offre du soutien et de l'aide aux utilisateurs de fauteuils roulants; et

2) les modifications apportées à un véhicule sont effectuées par une ou plusieurs personnes autorisées par le bureau provincial d'immatriculation des voitures de la province de résidence de la personne couverte.

FRAIS D'ÉTUDES

Si l'adhérent décède en raison d'un accident, DSF verse une prestation de frais d'études pour chaque enfant qui est couvert en vertu de la police à la date de l'accident et à la date à laquelle l'adhérent décède, à condition que :

1) à la date de l'accident, l'enfant :

   a) soit inscrit à titre d'étudiant à temps plein dans tout établissement d'enseignement supérieur de niveau postsecondaire; ou

   b) suive des cours au niveau secondaire et qu'il se soit inscrit par la suite comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur au cours des 365 jours qui ont suivi la date du décès de cet adhérent; et

2) un montant soit payable pour la perte de la vie en vertu de cette garantie.

La prestation de frais d'études inclut tous les frais raisonnables et nécessaires de scolarité et autres frais connexes, jusqu'à concurrence de :

1) 5 % du montant pour lequel l'adhérent était couvert en vertu de cette garantie à la date de son décès; et

2) un maximum global de 5 000 $ pour chaque année et un maximum de quatre années;

à condition que l'enfant poursuive des études, à temps plein, dans un établissement d'enseignement supérieur sans interruption plus longue que les vacances scolaires normales.

FORMATION DU CONJOINT

Si le conjoint est couvert en vertu de la police à la date à laquelle l'adhérent décède des suites d'un accident, DSF paie les frais jugés raisonnables et nécessaires engagés par son conjoint pour un programme de formation, à condition que :

- Le conjoint prenne part au programme dans le but d'entrer sur le marché du travail dans un emploi pour lequel il n'aurait pas été qualifié autrement; et
- Les frais soient engagés dans les 3 ans suivant le décès de l'adhérent.

Le maximum de frais payables par DSF, en vertu de cette clause est de 10 000 $.

Exclusions : les frais de déplacement, d'habillement ou pour subvenir aux besoins de la vie courante.

LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Limitations
Pour les pertes relatives à un même membre, subies dans un même accident, le montant payable est limité à celui relatif à la perte la plus importante. Pour l'ensemble des pertes subies dans le même accident, les montants payables ne peuvent dépasser : 1) 200 % du montant de l'assurance en cas d'hémiplégie, de paraplégie ou de quadriplégie; ou 2) 100 % du montant de l'assurance dans tous les autres cas.

Exclusions

Une perte ne donne lieu à aucun paiement si elle découle directement ou indirectement, uniquement ou en partie, de ce qui suit :

1) suicide ou dommages corporels que la personne couverte s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;

2) traitement médical ou dentaire et intervention chirurgicale;

3) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;

4) blessure subie lors de l'envolée ou de la tentative d'envolée d'un avion ou de tout autre type d'aéronef si l'adhérent est membre de l'équipage ou s'il exerce une fonction quelconque liée au vol; ou

5) accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident.

BON À SAVOIR

DEMANDES POUR SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRES

Il y a 2 façons de communiquer avec nous pour toute question concernant les frais admissibles en vertu de la garantie accident-maladie ou la garantie soins dentaires :

Par courriel à : Servicecollectif@dsf.ca

Par téléphone au : 1 800 463-7843

Pour une meilleure expérience client, il est important d'avoir en main le numéro de police et le numéro de certificat lorsqu'un agent est disponible pour répondre à l'appel.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour obtenir toute autre information, l'adhérent est invité à visiter le site de Desjardins Sécurité financière à **www.desjardinsassurancevie.com** sous l'onglet « Nous joindre ».

BÉNÉFICIAIRE

Cette clause retire ou restreint le droit de l'adhérent de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes sont payables :

Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'adhérent sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties.

ACCÈS À LA POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE

L'adhérent peut demander à Desjardins Sécurité financière d'obtenir une copie de sa demande d'adhésion, de son rapport d'assurabilité et de la police.

COMMENT DÉPOSER UNE PLAINTE

Si l'adhérent n'est pas satisfait pour quelque chose que nous avons dit ou fait, ou s'il estime avoir été lésé ou s'il veut que nous corrigions une situation, il peut déposer une plainte auprès de l'Officier du règlement des différends de Desjardins Sécurité financière. Le rôle de cet officier consiste à évaluer le bien-fondé des décisions et des pratiques de l'entreprise lorsqu'un de ses clients estime qu'il n'a pas obtenu le service auquel il avait droit.

Il peut joindre l'Officier du règlement des différends de trois façons :

Par écrit, à l'adresse suivante :

Officier du règlement des différends

Desjardins Sécurité financière,

200, rue des Commandeurs

Lévis (Québec) G6V 6R2

Par courriel à : officierplaintes@dsf.ca

Par téléphone au : 1 877 938-8184

Pour obtenir des renseignements additionnels sur la procédure à suivre en cas de plainte ou pour obtenir notre formulaire de plainte, l'adhérent est invité à visiter le site de Desjardins Sécurité financière à **www.desjardinsassurancevie.com** sous l'onglet « Nous joindre ».

Notre engagement envers nos adhérents

En tant qu'adhérent, vous avez droit à notre attention, à notre respect et à notre disponibilité. Vous pouvez compter sur l'engagement de notre équipe à traiter vos demandes avec objectivité et diligence afin de toujours bien vous servir.

Desjardins Assurances place les besoins de ses adhérents au centre de ses préoccupations. Votre sécurité financière nous est primordiale. Ainsi, nous sommes en mesure d'apporter un soutien financier en cas de maladie, d'accident ou de décès.

La présente brochure donne un aperçu de nos obligations financières envers vous.

desjardinsassurancevie.com

Union des employés et employées de service
SECTION LOCALE 800

Desjardins
Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

Pour joindre l'UES 800 :

920 rue de Port-Royal E

Montréal QC H2C 2B3

514 385-1717

1 800 361-2486 (sans frais)

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

This document was printed on Cascades Rolland Enviro100 paper.

BIOGAZ ÉNERGIE

03074F (13-10)