



Votre régime d'assurance collective

L'ASSOCIATION DES PROFESSEURS DE LIGNERY (CSQ)

Polices n° 8752-1

Fière partenaire de



FONDATION
DES MALADIES
DU CŒUR
ET DE L'AVC



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

Votre régime d'assurance collective

L'ASSOCIATION DES PROFESSEURS DE LIGNERY (CSQ)

Polices n° 8752-1

Assureur : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective qui a pris effet le 1^{er} janvier 1977. 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 1^{er} janvier 2015. 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

TABLEAU DES GARANTIES.....	1
ASSURANCE VIE DE BASE	3
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	3
ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE	4
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	4
ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE.....	7
LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ.....	10
DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	13

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance vie de base

Somme assurée : 30 000 \$

Assurance vie supplémentaire

Somme assurée : déterminée selon le nombre de tranches de 10 000 \$ choisi par l'adhérent, jusqu'à concurrence d'une somme maximale de 120 000 \$

Assurance vie des personnes à charge

Conjoint : 8 000 \$

Enfant à charge âgé de 24 heures ou plus : 4 000 \$

Assurance salaire de longue durée

Rente mensuelle : 75 % du salaire mensuel au début de l'invalidité (rente maximale payable par l'assureur : 4 781 \$ par mois)

Début : après la fin des prestations prévues par le régime d'assurance salaire de la convention collective (à partir de la 105^e semaine)

Durée : jusqu'à 60 ans

Indexation de la rente mensuelle : le premier janvier de chaque année selon le moindre :

- a) du pourcentage d'augmentation de la moyenne de l'indice des prix à la consommation publié par Statistique Canada, pour chaque mois de la période de 12 mois prenant fin le 30 juin de l'année précédente, ou
- b) 3 %

Assurance accident-maladie

Frais d'hospitalisation au Canada : jusqu'à concurrence du coût quotidien d'une chambre semi-privée dans la province de résidence de la personne assurée, sans limite quant au nombre de jours d'hospitalisation.

Frais paramédicaux :

- Aucune franchise
- Frais admissibles remboursables à 80 %, à l'exception des services de psychothérapie qui sont remboursables à 50 %.

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE VIE DE BASE

Au décès d'un adhérent, l'assurance vie de base prévoit le paiement d'une somme assurée, selon les modalités qui sont prévues au TABLEAU DES GARANTIES et aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES et selon ce qui est indiqué ci-après.

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps le ou les bénéficiaires de son assurance en envoyant un avis écrit à l'assureur. En l'absence de toute désignation faite par l'adhérent, tout montant payable au décès d'un adhérent est versé à ses ayants droit. L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

Lorsque l'assurance d'un adhérent âgé de moins de 65 ans se termine parce qu'il quitte son emploi, son assurance vie demeure en vigueur sans paiement de prime durant les 31 jours qui suivent. Au cours de cette période de 31 jours, il peut, sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité, transformer son assurance vie collective en une assurance vie individuelle permanente ou temporaire, aux taux et conditions alors en vigueur chez l'assureur. Pour la première année du contrat individuel, il peut payer une prime d'assurance temporaire avant de verser la première prime du contrat individuel choisi. La demande doit être présentée par écrit à l'assureur dans les 31 jours de la fin de son emploi.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Au décès d'une personne à charge assurée, l'assurance vie des personnes à charge prévoit le paiement d'une somme assurée, selon les modalités qui sont prévues au TABLEAU DES GARANTIES et aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES et selon ce qui est indiqué ci-après.

Cette somme est payable, dans l'ordre, soit à l'adhérent, soit à son conjoint, soit aux héritiers légaux de la personne à charge décédée.

ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE

Au décès d'un adhérent, l'assurance vie supplémentaire prévoit le paiement d'une somme assurée additionnelle, selon les modalités qui sont prévues au **TABLEAU DES GARANTIES** et aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après.

L'adhérent qui quitte son emploi avant l'âge de 65 ans peut transformer son assurance vie supplémentaire aux mêmes conditions que l'assurance vie de base.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Lorsqu'un adhérent âgé de moins de 58 ans devient totalement invalide, il a droit, après l'épuisement des prestations prévues par le régime d'assurance salaire en vertu de la convention collective, à une rente mensuelle, selon les modalités qui sont prévues au **TABLEAU DES GARANTIES** et aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après. Le salaire mensuel de base utilisé pour déterminer la rente minimale est de 1 200 \$. Si, à l'épuisement des prestations prévues par le régime d'assurance salaire en vertu de la convention collective, le salaire mensuel est inférieur à 1 200 \$, le salaire mensuel de base de 1 200 \$ sera utilisé aux fins du calcul de la rente mensuelle. Il est toutefois entendu que la prime payable en vertu de la présente garantie est basée sur le salaire réel versé à l'adhérent.

Cette rente est diminuée des rentes initiales nettes payables en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada, de toute autre loi sociale ou de tout autre régime auquel l'employeur contribue.

La rente mensuelle est également réduite de telle façon que le total de la rente et des revenus reçus d'autres sources n'excède pas 100 % du salaire mensuel net de l'adhérent au début de son invalidité totale. Par salaire net, on entend le salaire brut diminué des impôts provincial et fédéral, des cotisations à la Régie des rentes du Québec, à l'assurance emploi et au régime enregistré de pensions. Les autres sources de revenu sont les suivantes :

- a) tout traitement reçu de l'employeur, excluant les jours de vacances et les congés de maladie monnayables payés par ce dernier;

- b) toute rente payable en vertu de la loi concernant l'assurance emploi ou de toute loi équivalente;
- c) toute rente d'invalidité payable en vertu d'un contrat collectif d'assurance en cas d'accident ou de maladie et d'un contrat d'assurance vie comprenant de l'assurance en cas d'invalidité;
- d) toute rente nette payable en vertu d'un régime collectif de retraite qui prévoit une rente en cas d'invalidité totale;
- e) toute rente nette non réduite payable en vertu du R.R.E.G.O.P;
- f) toute rente nette payable en vertu de la Loi des accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada, de toute autre loi sociale ou de tout autre régime auquel l'employeur participe et non mentionné précédemment dans ce paragraphe.

La rente est indexée le 1^{er} janvier de chaque année, selon le moindre de :

- a) du pourcentage d'augmentation de la moyenne de l'indice des prix à la consommation publié par Statistique Canada, pour chaque mois de la période de 12 mois prenant fin le 30 juin de l'année précédente, ou
- b) 3 %.

Lorsque cela est nécessaire, la rente mensuelle est fractionnée au prorata du nombre de jours ouvrables du mois.

La rente est payable tant que dure l'invalidité totale. Toutefois, le paiement de la rente cesse au plus tard lorsque l'adhérent totalement invalide atteint 60 ans.

L'adhérent totalement invalide peut exercer un travail rémunérateur dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'assureur. La rente payable par l'assureur à l'adhérent totalement invalide est alors réduite de 100 % de tout traitement reçu provenant de ce travail.

EXCLUSIONS

L'assureur ne verse aucunes prestations :

- a) pour des invalidités totales survenues :
 - i) par suite d'automutilation volontaire, que l'adhérent soit sain d'esprit ou non;
 - ii) par suite de la participation active de l'adhérent à une insurrection ou une émeute;
 - iii) par suite de la participation de l'adhérent à un crime ou à un attentat quelconque;
 - iv) pendant que l'adhérent est en service actif dans les forces armées;
 - v) pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out ou d'une mise à pied, sous réserve des dispositions mentionnées à la section « Période d'absence temporaire du travail ».
- b) si l'adhérent n'est pas sous les soins d'un médecin.

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

Frais hospitaliers

Lorsqu'un adhérent engage, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais hospitaliers au Canada, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse, il a droit au remboursement des frais engagés, selon les modalités qui sont prévues au TABLEAU DES GARANTIES et aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Frais paramédicaux

Lorsqu'un adhérent engage, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais à la suite d'un d'accident, d'une maladie ou d'une grossesse, il a droit au remboursement des frais engagés à cet égard, selon les modalités prévues au TABLEAU DES GARANTIES et aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES et selon ce qui est indiqué ci-après.

- a) les frais admissibles énumérés de a) à e) inclusivement au TABLEAU DES FRAIS ADMISSIBLES ci-après doivent être engagés sur recommandation du médecin traitant.
- b) les frais admissibles sont limités aux frais raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus.
- c) les frais qui sont engagés pour des prothèses, orthèses ou chaussures ne sont admissibles que dans les cas où ces articles sont fabriqués par des laboratoires détenant un permis en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique.
- d) les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou de ses personnes à charge.

TABLEAU DES FRAIS ADMISSIBLES

- a) les services d'une infirmière ou d'un infirmier dûment licencié, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 160 \$ par jour par personne assurée ou d'un remboursement maximal de 2 000 \$ par année civile par personne assurée, pour des soins médicaux relevant de leur spécialité et pourvu que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle, étant entendu que les frais engagés pour les services de toute personne qui habite normalement avec la personne assurée ou qui fait partie de sa famille ne sont pas considérés comme des frais admissibles;
- b) l'achat ou la location (au choix de l'assureur) d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un appareil d'assistance respiratoire;
- c) l'achat ou la location de prothèses orthopédiques, d'appareils orthopédiques ou de béquilles, d'orthèses ou de souliers orthopédiques pour l'excédent de 20 \$ par paire de souliers dans le cas d'un enfant à charge assuré, et de 40 \$ dans tout autre cas;
- d) l'achat de prothèses mammaires externes rendues nécessaires à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence de 150 \$ de frais admissibles par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs et l'achat d'une prothèse capillaire initiale rendue nécessaire à la suite d'un traitement de chimiothérapie, jusqu'à concurrence de 150 \$ de frais admissibles par personne assurée pour la durée du contrat;
- e) la location d'équipements thérapeutiques ou l'achat si ce dernier mode est plus économique, incluant des frais d'ajustement, de remplacement ou de réparation. Dans cette catégorie d'appareils, nous pouvons citer à titre d'exemple :
 - les appareils d'aérosolthérapie, c'est à dire les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique (ex. : maximist, médi-pompe);
 - les stimulateurs de consolidation de fractures (ex. : E.B.I.);
 - les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire (ex. : apnéamonitor);

- les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique);
 - la pompe à insuline;
 - les neurostimulateurs percutanés (ex. : T.E.N.S.), etc.;
- f) les services suivants, à l'exclusion des services reçus à l'hôpital : examens aux rayons X et analyses de laboratoire; traitements au radium ou aux rayons X; oxygène; sang, plasma sanguin et transfusion;
- g) les services professionnels d'un physiothérapeute ou d'un ostéopathe reconnu par son association professionnelle, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes;
- h) les services de psychothérapie rendus par un professionnel détenant un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec **sont remboursables à 50 % au lieu de 80 %** et jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile par personne assurée, à la condition que ce spécialiste soit membre en règle de son association professionnelle;
- i) les services d'un thérapeute de la parole ou de l'ouïe, d'un naturopathe, d'un acupuncteur, d'un podiatre, d'un ergothérapeute, ou d'un chiropraticien à raison d'un montant admissible de 35 \$ par traitement et jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par année civile par personne assurée, par spécialiste;
- j) les services professionnels d'un chirurgien dentiste, pour réparer des dommages accidentels à une mâchoire fracturée ou à des dents naturelles, dommages subis après le début de l'assurance, à la condition que les services soient engagés au cours de la période de 12 mois qui suit la date de l'accident, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par personne assurée pour un même accident;

- k) l'achat de vêtements pour le traitement de brûlures ainsi que de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable d'un organe ou d'un membre (l'expression « perte » comprend aussi la perte d'usage).

LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

Le service Info Accès-Santé est un service téléphonique offert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 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 vaccination
- le mode de vie
- la puériculture
- la disponibilité des ressources locales

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.

Le service Info Accès-Santé est offert par l'entremise de la firme Sigma Assistel.

La personne assurée peut communiquer en tout temps avec le service INFO ACCÈS-SANTÉ à l'un des numéros suivants :

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Région de Montréal	(514) 875-2632
Ailleurs au Canada	1 877 875-2632

EXCLUSIONS

Aucunes prestations ne sont versées pour des frais engagés :

- a) par suite de mutilation volontaire, que l'adhérent assuré ou la personne à charge assurée soit sain d'esprit ou non;
- b) par suite de la participation active de l'adhérent à une insurrection ou une émeute;
- c) par suite de participation à un crime ou à un attentat quelconque;
- d) qui sont remboursés ou payables par une régime ou un organisme gouvernemental;
- e) pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
- f) pour des services, des soins ou des produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, étant entendu que pour une personne qui n'est pas couverte par les lois en question, l'assureur ne rembourse pas les frais qui auraient normalement été couverts par les lois sur l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée;
- g) pour des voyages de santé ou pour des examens médicaux subis à l'intention d'une tierce personne à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;

- h) pour des examens de la vue, pour la vérification de la réfraction oculaire ou pour l'ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes;
- i) pour des lunettes, pour des lentilles cornéennes, pour des lunettes de soleil ou pour des lunettes protectrices;
- j) pour des soins dentaires, sauf ceux prévus dans la garantie;
- k) pour des soins esthétiques;
- l) pour des services, produits ou soins administrés à des fins expérimentales;
- m) pour des appareils de contrôle tels les réflectomètres, dextromètres, stéthoscopes, sphygmomanomètres ou autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels purificateurs, humidificateurs, climatiseurs, filtres d'air, baignoire à remous ou autres appareils de même nature;
- n) pour des services, des soins ou des produits non inclus dans la liste des frais admissibles.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

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.

Conjoint : personne admissible qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

- a) est unie à l'adhérent par les liens du mariage ou par le fait d'une union civile;
- b) vit maritalement 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;
- c) vit maritalement avec l'adhérent et 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, toutefois, un seul sera reconnu par l'assureur pour toutes les garanties d'assurance d'un même régime. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

- a) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu du présent régime;
- b) le conjoint à qui l'adhérent est uni par les liens du mariage ou par le fait d'une union civile.

Employé : toute enseignante ou tout enseignant à temps plein ou à temps partiel engagé par la Commission scolaire des Grandes Seigneuries.

Employeur : Commission scolaire des Grandes Seigneuries.

Enfant à charge : un enfant célibataire résidant ou domicilié au Canada et qui :

- a) a moins de 18 ans et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de la majorité;
- b) a 25 ans ou moins, fréquente, ou est réputé fréquenter, à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale s'il était mineur;
- c) est majeur et atteint d'une déficience fonctionnelle qui est survenue lorsque l'état de cette personne correspondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes a) ou b) qui précèdent. De plus, pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si elle était mineure.

Il est entendu que la déficience fonctionnelle sera définie selon ce qui est prévu par le règlement d'application de toute loi provinciale, le cas échéant.

Hôpital : installation où l'on reçoit des personnes pour fins de prévention, de diagnostic médical, de traitement médical, de réadaptation physique ou mentale, à l'exclusion toutefois d'un cabinet privé de professionnel et d'une infirmerie où une institution religieuse ou d'enseignement reçoit les membres de son personnel ou ses élèves, étant entendu qu'à moins d'indication contraire, l'hôpital doit, aux fins du régime provincial d'assurance maladie qui couvre la personne assurée, être considérée comme centre hospitalier, ou comme centre d'hébergement et de soins de longue durée, ou comme centre de réadaptation, pour que l'assureur le reconnaisse comme hôpital.

Invalidité totale : tout état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident, qui nécessite des soins médicaux et qui empêche complètement l'adhérent d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur.

Maladie : toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Pour les besoins du présent régime, les dons d'organe et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

Période d'invalidité totale : toute période continue d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie ou d'un même accident séparées par une période de moins de trente-cinq (35) jours consécutifs de travail effectif à plein salaire et de disponibilité pour un tel travail pendant lesquels l'adhérent n'a pas été totalement invalide. Cette période de trente-cinq (35) jours consécutifs est remplacée par une période de huit (8) jours consécutifs si la période continue d'invalidité qui précède le retour au travail est égale ou inférieure à trois (3) mois de calendrier à l'exclusion de la période se situant entre la fin d'année de travail et le début de l'année subséquente et les périodes de vacances annuelles pour les enseignants ou enseignantes à l'éducation des adultes ou en formation professionnelle, le cas échéant.

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

Personnes à charge : le conjoint et les enfants à la charge de l'adhérent.

Préretraite : congé d'une durée maximale d'une année au cours duquel l'employé reçoit cinquante (50) pour cent du traitement qu'il recevrait s'il était au travail. À la fin de ce congé, l'employé visé démissionne automatiquement et prend sa retraite.

Régime de retraite progressive : régime permettant à l'employé de réduire son temps travaillé, pour une période d'une (1) à cinq (5) années, dans une proportion telle que le temps travaillé ne doit pas être inférieur à quarante (40) pour cent de la semaine régulière de travail ou de son équivalent sur une année scolaire.

Salaire : la rémunération régulière de base excluant les heures supplémentaires ou les bonis. Pour les fins de ce régime, le salaire mensuel est limité à 6 374 \$.

Statut de protection : le genre de protection offerte, soit individuelle, monoparentale ou familiale.

ADMISSIBILITÉ

Tout employé est admissible à l'assurance à la date à laquelle il entre au service de l'employeur.

L'employé engagé à contrat à temps partiel qui obtient un poste à temps plein à titre d'enseignant pour l'employeur devient admissible aux garanties d'assurance vie supplémentaire et d'assurance accident-maladie à cette date s'il n'avait pas adhéré à ces garanties lors de son entrée au service de l'employeur.

Par ailleurs, pour les fins de l'assurance salaire de longue durée seulement, l'employé doit être âgé de moins de 58 ans pour être admissible à l'assurance. Un employé retraité qui effectue un retour au travail n'est pas admissible à la garantie d'assurance salaire de longue durée.

Les personnes à charge d'un employé sont admissibles à l'assurance à la même date que l'employé, si elles sont déjà des personnes à charge, sinon à la date où elles le deviennent.

DEMANDE D'ADHÉSION ET PREUVES D'ASSURABILITÉ DE L'EMPLOYÉ

Adhésion

L'adhésion à l'assurance vie de base et à l'assurance salaire de longue durée est obligatoire. L'adhésion à l'assurance vie supplémentaire et à l'assurance accident-maladie est facultative.

L'employé admissible à l'assurance doit remplir une demande d'adhésion **au plus tard 60 jours après sa date d'entrée en service.**

L'employé admissible qui n'a pas adhéré aux garanties facultative lors de son entrée en service et qui obtient un poste à temps plein à titre d'enseignant peut adhérer à ces garanties, sans preuve d'assurabilité, à la condition de remplir une demande d'adhésion au plus tard 60 jours après sa date d'entrée en service à titre d'enseignant à temps plein.

L'employé admissible engagé à temps plein ou à contrat à temps partiel qui n'a pas adhéré aux garanties facultatives au moment où il y est devenu admissible peut y adhérer **le 1^{er} janvier de chaque année**, pourvu que la demande d'adhésion dûment remplie parvienne à l'assureur avant le 1^{er} janvier.

L'enseignant provenant d'une autre commission scolaire et engagé par l'employeur peut transférer les garanties qu'il détenait avec l'ancien employeur selon les modalités et conditions du présent régime. Il est entendu que les garanties doivent être en vigueur immédiatement avant le transfert. Si le transfert coïncide avec une cessation d'emploi, l'enseignant est alors considéré comme un nouvel employé.

Preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité sont requises pour l'adhérent qui a annulé la garantie d'assurance vie supplémentaire ou la garantie d'assurance accident-maladie le 1^{er} janvier d'une année donnée et qui veut y adhérer à nouveau.

Assurance vie supplémentaire

L'employé admissible qui désire adhérer à l'assurance vie supplémentaire doit remplir une demande d'adhésion dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle il y devient admissible et fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur s'il a plus de 50 ans ou s'il désire se prévaloir d'une somme assurée de 50 000 \$ ou plus.

De même, un employé qui n'a pas adhéré à l'assurance vie supplémentaire au moment où il y est devenu admissible et qui désire y adhérer par la suite peut le faire le **1^{er} janvier de chaque année**, à la condition que la demande d'adhésion parvienne à l'assureur avant le 1^{er} janvier. Des preuves d'assurabilité sont requises s'il est âgé de plus de 50 ans ou si la somme assurée désirée est de 50 000 \$ ou plus.

Toute modification de la somme assurée d'assurance vie supplémentaire peut être faite uniquement le 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve des dispositions indiquées précédemment.

Droit d'exemption en assurance accident-maladie

Un employé peut refuser ou cesser de participer au régime parce qu'il est assuré comme personne à charge en vertu du présent régime d'assurance collective ou de tout autre régime accordant une protection similaire. La cessation de l'assurance de l'adhérent prend alors effet à la date du début de l'autre assurance si l'assureur en est avisé au plus tard 31 jours après cette date, sinon à la date de la demande.

Un employé qui a refusé ou cessé de participer au régime peut y devenir de nouveau admissible, pourvu qu'il établisse à la satisfaction de l'assureur :

- a) qu'il était antérieurement assuré comme personne à charge en vertu du présent régime d'assurance collective ou de tout autre régime accordant une protection similaire;
- b) qu'il lui est devenu impossible de continuer à être assuré comme personne à charge.

L'employé admissible doit alors présenter sa demande d'adhésion au cours des 60 jours qui suivent immédiatement la fin de l'autre assurance. Il devient alors assuré en vertu du présent régime le jour suivant la cessation de l'autre assurance.

DEMANDE D'ADHÉSION ET PREUVES D'ASSURABILITÉ DES PERSONNES À CHARGE

Adhésion

L'employé qui désire assurer ses personnes à charge (en vertu d'une protection monoparentale ou familiale) lorsqu'il devient admissible à l'assurance doit en faire la demande au cours des 60 jours qui suivent sa date d'entrée en service.

L'employé qui a déjà adhéré à l'assurance et qui désire assurer ses personnes à charge par la suite doit en faire la demande au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle elles deviennent admissibles à l'assurance. Si ce délai de 31 jours n'est pas respecté, l'adhérent peut assurer ses personnes à charge uniquement le 1^{er} janvier de chaque année et ce, sans preuve d'assurabilité.

Par ailleurs, aucune personne à charge ne peut être assurée en vertu du présent régime si l'employé ne l'est pas lui-même.

Preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur sont requises lorsque l'adhérent veut assurer de nouveau ses personnes à charge après avoir annulé leur assurance vie ou leur assurance accident-maladie.

DÉBUT DE L'ASSURANCE DE L'EMPLOYÉ

L'assurance de tout employé admissible entre en vigueur, s'il est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, à la dernière des dates suivantes :

- a) la date où il devient admissible à l'assurance pourvu que la demande d'adhésion dûment remplie parvienne à l'assureur dans les 60 jours qui suivent sa date d'entrée en service;
- b) pour les garanties facultatives, le 1^{er} janvier de l'année qui coïncide avec ou qui suit la date de réception par l'assureur d'une demande d'adhésion dûment remplie par l'employé;
- c) en ce qui concerne la garantie d'assurance accident-maladie, la date à laquelle l'assurance couvrant l'employé comme personne à charge a pris fin, pourvu que la demande d'adhésion dûment remplie parvienne à l'assureur dans les 60 jours qui suivent la fin de cette assurance;
- d) la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, s'il y a lieu.

Si l'employé admissible n'est pas au travail le jour où son assurance doit entrer en vigueur, il devient assuré le jour où il retourne au travail et est en état de remplir toutes les fonctions de son occupation.

DÉBUT DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

L'assurance d'une personne à charge admissible entre en vigueur, si elle n'est pas alors hospitalisée, à la dernière des dates suivantes :

- a) la date du début de l'assurance de l'employé si ce dernier demande l'assurance des personnes à charge au moment où il s'assure;
- b) la date à laquelle la personne à charge devient admissible à l'assurance si l'assureur en est avisé au cours des 31 jours qui suivent l'événement dont découle la demande;
- c) le 1^{er} janvier de l'année qui coïncide avec ou qui suit la date de réception par l'assureur d'une demande d'assurance des personnes à charge dûment remplie par l'adhérent;
- d) la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, s'il y a lieu.

Si une personne à charge est hospitalisée le jour où son assurance doit normalement entrer en vigueur, elle ne devient assurée que 24 heures après son retour au domicile de l'adhérent.

CHANGEMENT DE PROTECTION

L'adhérent assuré selon une protection individuelle qui désire s'assurer en vertu d'une protection monoparentale ou familiale doit en faire la demande dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle ses personnes à charge deviennent admissibles à l'assurance. Il en est de même pour tout adhérent assuré selon une protection monoparentale qui désire s'assurer en vertu d'une protection familiale. La nouvelle protection prend effet à la date de l'événement dont découle la demande. Toutefois, si le délai de 31 jours n'est pas respecté, l'adhérent peut changer sa protection uniquement le 1^{er} janvier de chaque année et ce, sans preuve d'assurabilité.

L'adhérent peut également modifier sa protection monoparentale ou familiale en une protection individuelle ou modifier sa protection familiale en une protection monoparentale. La nouvelle protection prend effet à la date de l'événement dont découle la demande si l'assureur en est avisé au plus tard 31 jours après cette date, sinon à la date de la demande.

Droit de renonciation à la garantie d'assurance salaire de longue durée

En plus des règles de terminaison prévues à la section Fin de l'assurance de la présente brochure, l'adhérent peut cesser de participer à l'assurance salaire de longue durée s'il prévoit prendre sa retraite dans un délai de moins de deux (2) ans.

L'adhérent qui désire se prévaloir de ce droit de renonciation doit en faire la demande par écrit à l'assureur par le biais de l'employeur.

L'assurance prend fin à la date du début de l'année scolaire à la condition que la demande écrite de l'adhérent à cet effet parvienne à l'assureur avant le début de l'année scolaire, sinon à la date de la demande.

En outre, l'adhérent qui se prévaut du droit de renonciation à l'assurance salaire de longue durée ne peut plus y adhérer par la suite et ce, même en fournissant des preuves d'assurabilité.

PÉRIODE D'ABSENCE TEMPORAIRE DU TRAVAIL

Au cours d'une période d'absence temporaire du travail non rémunérée par l'employeur, telle que mise à pied temporaire, suspension d'emploi, congé sans traitement, congédiement ou non-réengagement contesté par voie de grief, l'adhérent peut choisir de maintenir en vigueur son assurance à la condition que :

- a) dans les 30 jours suivant la date du début de la période d'absence, l'assureur soit avisé par écrit de la décision de l'adhérent de maintenir son assurance en vigueur, et que
- b) le versement des primes s'effectue mensuellement à même la formule de paiement de la prime mensuelle régulière, et que
- c) l'employé maintienne en vigueur toutes les garanties qu'il détient en vertu du présent régime d'assurance collective.

L'adhérent qui ne se prévaut pas de la possibilité de maintenir son assurance en vigueur **dès le début** de la période d'absence ne peut le faire par la suite durant la période d'absence.

L'adhérent que ne se prévaut pas de la possibilité de maintenir son assurance en vigueur ou qui ne maintient pas son assurance en vigueur pour la durée totale de la période d'absence se voit octroyer, à son retour effectif au travail, les mêmes garanties d'assurance qu'il détenait avant le début de l'absence, à moins que sa situation familiale n'ait changé au cours de l'absence. Dans ce cas, l'adhérent bénéficie d'une période de 31 jours à compter de son retour effectif au travail pour demander une modification du type de protection, sans preuve d'assurabilité.

Au cours d'une période d'arrêt collectif de travail, telle qu'une grève ou un lock-out, il est possible de maintenir l'assurance en vigueur selon des modalités à définir par l'assureur, à la condition que :

- a) le preneur en fasse la demande par écrit à l'assureur dans les 30 jours qui suivent la date du début de l'arrêt de travail, et que
- b) l'assurance soit maintenue en vigueur pour tous les employés dont l'assurance se terminerait autrement.

Un adhérent qui bénéficie d'un congé partiel sans traitement doit maintenir l'ensemble de ses garanties d'assurance en vigueur, les primes devant être versées à l'assureur de la façon habituelle par le preneur. Aux fins de la garantie d'assurance salaire de longue durée, le salaire assurable est basé le plein salaire annuel.

Un adhérent qui participe à un régime de mise à la retraite progressive doit maintenir l'ensemble de ses garanties d'assurance en vigueur. Aux fins de la garantie d'assurance salaire de longue durée, le salaire assurable est basé sur le salaire annuel qui est versé.

Si l'assurance n'est pas maintenue en vigueur pendant une absence temporaire du travail, aucune invalidité survenue pendant une telle période d'absence ne sera reconnue et ce, même après la date prévue de retour au travail.

Si l'assurance est maintenue en vigueur pendant la durée totale de la période d'absence temporaire du travail, toute invalidité totale survenue pendant une telle période d'absence est considérée comme débutant à la date prévue de retour au travail.

FIN DE CONTRAT DE L'ENSEIGNANT

Lors de la fin de son contrat, tout adhérent engagé à contrat à temps partiel a le choix de mettre fin à toutes ses garanties d'assurance ou de les maintenir pendant une période maximale de 120 jours à compter de la date de la fin du contrat.

Si l'assurance n'est pas maintenue en vigueur conformément aux dispositions prévues au présent article, aucune invalidité survenue après la fin du contrat ou de la protection ne sera reconnue.

Si l'assurance est maintenue en vigueur conformément aux dispositions prévues au présent article, une invalidité totale survenue au cours de la période de maintien des garanties sera considérée comme débutant à la date à laquelle l'adhérent est requis de se présenter au travail.

a) Maintien de toutes les garanties d'assurance

L'adhérent qui opte pour le maintien de ses garanties d'assurance doit aviser l'employeur par écrit dans les 30 jours suivant la fin de son contrat ou de sa protection, à la plus tardive des deux dates. Les primes sont alors facturées par l'assureur directement à l'adhérent et celui-ci doit les acquitter auprès de l'assureur pour toute la durée de la prolongation. L'assurance de l'adhérent qui maintient ses garanties se termine d'office si ce dernier n'a pas repris le travail à la fin de la période de 120 jours.

b) Abandon de toutes les garanties d'assurance

L'adhérent qui ne désire pas maintenir ses garanties d'assurance doit aviser par écrit son employeur. L'adhérent, qui ne fait aucune demande pour le maintien de ses garanties d'assurance dans les 30 jours suivant la fin de son contrat ou de sa protection, est réputé les avoir abandonnées et il ne peut y adhérer par la suite à l'intérieur des 120 jours de la fin de son contrat.

Par ailleurs, l'adhérent qui n'a pas maintenu en vigueur l'ensemble de ses garanties d'assurance mais qui est réengagé par le même employeur dans un délai de 120 jours suivant la fin de son contrat, se voit octroyer les mêmes garanties d'assurance que celles qu'il détenait à la fin de son contrat, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité.

Pour tout renseignement concernant le maintien des protections, veuillez vous référer à votre employeur.

EXONÉRATION DES PRIMES

Aucune prime n'est payable pour tout adhérent qui devient totalement invalide avant son 65^e anniversaire de naissance (son 60^e anniversaire de naissance, en ce qui concerne l'assurance salaire de longue durée), après qu'il ait été totalement invalide de façon continue pendant 12 mois, et aussi longtemps que dure cette invalidité totale. L'exonération de la prime débute après que l'adhérent ait été totalement invalide de façon continue pendant 12 mois ou à la date du début des prestations d'assurance salaire de longue durée, selon la première éventualité.

L'invalidité totale est réputée prendre fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
- b) la date à laquelle l'adhérent prend sa préretraite;
- c) la date à laquelle l'adhérent atteint 60 ans, en ce qui concerne l'assurance salaire de longue durée;
- d) la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans, en ce qui concerne toutes les autres garanties;
- e) la date de fin du contrat, pour ce qui est de la garantie d'assurance accident-maladie seulement.

PAIEMENT ANTICIPÉ

Sur acceptation de l'assureur, tout adhérent totalement invalide dont l'espérance de vie est de moins de 24 mois peut obtenir le paiement d'une partie du montant d'assurance vie payable à son décès, sous réserve des conditions suivantes :

- a) l'assureur peut exiger que l'adhérent soit examiné par un médecin désigné par l'assureur;

- b) l'adhérent totalement invalide doit obtenir l'approbation de l'assureur en vue de l'obtention de l'exonération des primes en vertu des garanties d'assurance vie de la police;
- c) toute personne qui a un intérêt dans le montant d'assurance vie détenu par l'adhérent doit donner son consentement à ce versement en signant un formulaire fourni par l'assureur.

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

Lors du décès de l'adhérent, le montant payable en vertu des garanties d'assurance vie est réduit du montant correspondant à la valeur du paiement anticipé.

Le preneur demeure responsable du versement de la prime de tout adhérent ayant bénéficié d'un versement anticipé à moins que l'adhérent ne soit exonéré du paiement des primes.

Valeur du paiement anticipé désigne le total des versements effectués en vertu du paiement anticipé plus les frais raisonnables engagés aux fins de vérification de l'état de santé de l'adhérent totalement invalide plus l'intérêt accumulé y afférent à partir de la date du versement jusqu'à la date du décès de l'adhérent totalement invalide.

Le taux d'intérêt est le taux de rendement annuel moyen des certificats de placement garantis 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 AFFÉRENTE AU PAIEMENT ANTICIPÉ

L'assureur 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, que ce soit dans une période de deux ans ou non. Si l'on découvre, une fois que le versement du paiement anticipé a été effectué, que la proposition ou la protection est nulle et non avenue, le récipiendaire du paiement anticipé devra rembourser la valeur de ce paiement à l'assureur.

FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance de tout adhérent ou de toute personne à charge assurée prend fin à 24 h à la première des dates suivantes, sous réserve des dispositions prévues en vertu de l'exonération des primes :

- a) la date de la fin du contrat;
- b) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cet adhérent ou pour cette personne à charge;
- c) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être un employé admissible;
- d) pour l'assurance vie de base de l'adhérent et l'assurance vie supplémentaire, le 31^e jour qui suit la date à laquelle l'adhérent cesse d'être un employé admissible, s'il est âgé de moins de 65 ans;
- e) la date de la retraite si celle-ci est prise entre le 1^{er} septembre et le 30 avril;
- f) le 31 août si la retraite est prise entre le 1^{er} mai et le 31 août;
- g) la date à laquelle l'adhérent atteint 70 ans pour l'assurance vie de base, l'assurance vie des personnes à charge et l'assurance accident-maladie, 65 ans pour l'assurance vie supplémentaire et 58 ans pour l'assurance salaire de longue durée;
- h) le 31 août qui suit la fin du contrat d'un enseignant engagé à contrat à temps partiel dont le contrat se termine en mai, juin ou juillet et qui ne maintient pas ses garanties d'assurance;
- i) la date de la mise à pied ou la date de la dernière période de primes cotisées, dans le cas d'un adhérent engagé à contrat à temps partiel dont le contrat se termine à une autre date qu'en mai, juin ou juillet et qui ne maintient pas ses garanties d'assurance;
- j) la date à laquelle se termine la période maximale de 120 jours, dans le cas d'un adhérent engagé à contrat à temps partiel qui maintient ses garanties d'assurance;

- k) pour l'assurance salaire de longue durée, la date du début de l'année scolaire qui précède de deux (2) ans ou moins la date prévue de la retraite, à la condition que la demande écrite de l'adhérent à cet effet parvienne à l'assureur avant le début de l'année scolaire, sinon à la date de la demande.
- l) la date à laquelle la personne à charge cesse d'être admissible, soit en raison de la fin de l'assurance de l'adhérent, soit parce qu'elle cesse d'être une personne à charge.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

Si l'assurance d'un adhérent se termine pendant alors qu'il est totalement invalide ou hospitalisé, ou que l'une de ses personnes à charge assurée est hospitalisée, il peut avoir droit au remboursement d'une partie des frais hospitaliers ou paramédicaux engagés après la fin de son assurance, selon les dispositions prévues au contrat.

LIMITATION GÉNÉRALE

Advenant qu'une modification du contenu ou de l'étendue des protections des régimes d'État vienne modifier dans son application l'étendue de la protection prévue par le présent régime, les dispositions de ce régime continuent de s'appliquer comme si les protections des régimes d'État n'avaient pas été modifiées, et ce, jusqu'à ce qu'il y ait entente entre les parties à l'effet que les taux de prime en vigueur en vertu du régime soient modifiés en conséquence.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Le règlement des demandes repose sur l'analyse des renseignements transmis à l'aide des formulaires de demande de prestations. La rapidité du paiement des prestations dépend de la précision des renseignements qui y sont fournis. Les formulaires sont disponibles auprès de l'employeur ou sur le site Internet de l'assureur à l'adresse suivante :

www.desjardinsassurancevie.com

SERVICE DE DÉPÔT DIRECT ET D'AVIS ÉLECTRONIQUE

Ce service permet à l'adhérent d'obtenir le remboursement des frais engagés au moyen d'un dépôt direct et de recevoir un avis par courriel lorsque la demande de prestations d'assurance accident-maladie a été traitée.

Pour s'inscrire à ce service, l'adhérent est invité à remplir le formulaire no 7019F « Adhésion au service de dépôt direct et d'avis électronique » qu'il peut se procurer sur notre site Internet à l'adresse suivante :

www.desjardinsassurancevie.com

À noter qu'il est possible de s'inscrire au service de dépôt direct uniquement. Dans ce cas, un bordereau explicatif sera transmis à l'adhérent par courrier.

SERVICES EN LIGNE

Le site Internet sécurisé de Desjardins Sécurité financière permet à l'adhérent, entre autres, de consulter l'historique de ses demandes de prestations d'assurance accident-maladie ou d'adhérer en ligne au service de dépôt direct et d'avis électronique.

L'adhérent doit s'inscrire lors de sa première visite dans le site sécurisé. Pour ce faire, il doit se rendre à l'adresse www.desjardinsassurancevie.com et choisir Adhérents – assurance collective dans la section Accès sécurisé. À partir de la page d'identification, l'adhérent trouvera toutes les informations requises pour son inscription au service.

Assurance vie

Un avis écrit doit être envoyé à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent la date du décès et les preuves nécessaires au paiement des prestations doivent être fournies au cours des 90 jours de cet événement.

Assurance salaire de longue durée

Toute demande de prestations doit être transmise par écrit à l'assureur au cours des 18 mois qui suivent la date du début de l'invalidité totale.

Des preuves satisfaisantes quant à la cause et à la durée de l'invalidité totale, y compris un rapport médical, doivent être fournies à l'assureur au cours des 24 mois qui suivent la date du début de l'invalidité totale.

À l'occasion d'une demande de règlement, l'assureur se réserve le droit de faire examiner à ses frais par le médecin qu'il désigne tout adhérent totalement invalide.

Assurance accident maladie

L'assureur recommande à l'adhérent de faire ses demandes de remboursement tous les 120 jours, ou plus souvent lorsque la demande est justifiée en raison de son montant élevé. Toutefois, dans le cas d'un accident entraînant un remboursement, un avis écrit doit être transmis à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent immédiatement la date de cet accident.

Toute demande de prestations doit être accompagnée des pièces justificatives appropriées. L'assureur n'est responsable d'aucune demande de prestations qui lui est soumise plus de 12 mois après la date de l'événement qui ouvre droit aux prestations.

Les demandes de prestations dûment remplies doivent être adressées à :

**DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE,
COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec)
G6V 6R2**

Pour tout renseignement concernant une demande de prestations, la personne assurée peut communiquer directement avec notre centre de contact avec la clientèle aux numéros suivants :

➤ **prestations d'assurance accident-maladie**

(sans frais) au 1 (800) 463-7843

➤ **prestations d'assurance salaire**

(sans frais) au 1 (877) 838-7750

Vous pouvez également nous rejoindre par courrier électronique à l'adresse suivante : servicecollectif@dsf.ca

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



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

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

This document was printed on Cascades Rolland Enviro100 paper.

