

Police 61640

Employés admissibles

ARCELOR MITTAL EXPLOITATION MINIERE - LOCAL 5778

ARCELOR MITTAL EXPLOITATION MINIERE - LOCAL 6869

1er mars 2018

Ce document d'assurance contient des renseignements importants.
Veuillez le conserver pour consultation ultérieure.

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC.

VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

**ARCELOR MITTAL EXPLOITATION MINIERE - LOCAL 5778 ET 6869,
LOCAL 7401-7401 FP ET LOCAL 7401-7401 FP SUD**

**Le présent document décrit les dispositions contractuelles
en vigueur le 1er mars 2018 pour les adhérents suivants :**

Classe : Employés admissibles

Groupe(s) : 61640, 61644

(Numéro de police : 61640)

Dans ce document, SSQ signifie SSQ, Société d'assurance-vie inc.

AVIS DE CONSTITUTION D'UN DOSSIER

Dossier et renseignements personnels

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

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

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

Mandataires et fournisseurs de services

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

En adhérant à un régime d'assurance collective, de même que lorsque vous faites une demande de prestations, vous consentez à ce que l'assureur et ses mandataires et fournisseurs de services utilisent les renseignements personnels dont ils disposent à votre égard aux fins décrites ci-dessus. Il est entendu que l'absence de consentement compromet la gestion de votre assurance et la qualité des services que SSQ peut vous offrir.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter l'Énoncé de la politique de protection des renseignements personnels sur le site ssq.ca.

VOTRE DOCUMENTATION D'ASSURANCE

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

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

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU DES GARANTIES.....	i
DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	1
Règles de participation.....	5
Périodes d'application de l'assurance.....	7
Paiement des prestations.....	12
Limitation des engagements contractuels.....	14
Changements d'assureur.....	14
Exonération des primes en cas d'invalidité totale.....	15
RÉGIME D'ASSURANCE VIE.....	18
Votre assurance vie.....	18
Votre assurance vie additionnelle.....	20
Assurance vie de votre conjoint et de vos enfants à charge.....	21
Assurance vie additionnelle de votre conjoint.....	23
RÉGIME D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT.....	24
Votre assurance en cas de mort ou mutilation par accident.....	24
Assurance pour conjoint et enfants à charge en cas de mort ou mutilation par accident.....	30
RÉGIME D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE.....	33
Votre assurance en cas de maladie grave.....	33
RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE.....	59
Votre assurance salaire de courte durée.....	59
Votre assurance salaire de longue durée.....	63

TABLEAU DES GARANTIES

Dispositions générales

Le présent document décrit les dispositions contractuelles en vigueur le 1er mars 2018.

Numéro(s) et nom(s) de(s) groupe(s)	61640 ARCELOR MITTAL EXPLOITATION MINIERE - LOCAL 5778 61644 ARCELOR MITTAL EXPLOITATION MINIERE - LOCAL 6869
Classe	Employés admissibles
Catégorie de personnes admissibles à titre d'adhérents	Tous les employés de Arcelor Mittal Exploitation minière membres de l'unité de négociation régie par le preneur.
Date d'admissibilité des nouveaux employés	1er jour de la période de prime suivant 400 heures de service actif et continu auprès de l'employeur.(Période de probation)
Fin de période de propre emploi pour définition d'invalidité totale	Après 24 mois d'une même période d'invalidité totale

Notes :

Mise à pied

Assurance vie durant une mise à pied

En cas de mise à pied temporaire, la protection d'assurance vie est maintenue sans paiement des primes pour les 6 premiers mois. Par la suite, la protection est maintenue tant que l'employé conserve des droits d'ancienneté prévus à la convention collective de travail, en payant les primes correspondantes à la protection.

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance vie

Votre assurance vie

Montant d'assurance	30 000 \$
---------------------	-----------

Assurance vie de votre conjoint et de vos enfants à charge

Montant d'assurance	Conjoint : 5 000 \$ Enfants à charge de 24 heures ou plus : 3 000 \$
---------------------	---

Notes :

Exonération des primes

Un adhérent invalide âgé de moins de 65 ans qui est admissible à l'exonération des primes de la garantie d'assurance vie de l'adhérent et qui prend sa retraite après 20 ans de service, conserve sa protection d'assurance vie en vigueur sans paiement de primes jusqu'à l'âge de 65 ans.

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance en cas de mort ou mutilation par accident

Votre assurance en cas de mort ou de mutilation par accident

Montant d'assurance	30 000 \$
---------------------	-----------

Assurance de votre conjoint et de vos enfants à charge en cas de mort ou de mutilation par accident

Montant d'assurance	Conjoint : 5 000 \$ Enfants à charge de 24 heures ou plus : 3 000 \$
---------------------	---

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance en cas de maladie grave

Votre assurance en cas de maladie grave

Montant d'assurance pour les moins de 65 ans	50 000 \$
Réduction du montant d'assurance à 65 ans	50 % de moins que le montant d'assurance pour les moins de 65 ans Date de réduction : le jour de votre anniversaire
Fin de l'assurance	Le jour de votre 70e anniversaire

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance salaire

Votre assurance salaire de courte durée

Prestations	150 \$
Réduction des prestations	Après application de tout maximum prévu ci-dessus, le montant de vos prestations est réduit des revenus provenant des sources indiquées dans la description de la garantie.
Période de référence	Semaine de 7 jours
Délai de carence	
en cas d'accident :	14 jour(s)
en cas d'hospitalisation :	14 jour(s)
en cas de maladie :	14 jour(s)
Durée maximale des prestations	52 semaine(s) à partir du début des prestations
Fréquence de versement des prestations	Hebdomadaire
Imposition des prestations	Non imposables
Fin du versement des prestations	Le jour de votre 65e anniversaire
Fin de l'assurance	Le jour de votre 65e anniversaire

Notes :

Coexistence de protection

Pour fins de l'application de la clause de coexistence de protection les prestations d'assurance salaire de courte durée payables en vertu de la présente police sont réduites de l'excédent des indemnités payables en vertu d'une loi des accidents du travail ou toute autre loi sociale sur les prestations de la police de l'employeur.

Mise à pied

L'adhérent invalide avant l'avis de mise à pied et l'adhérent invalide depuis plus de 2 mois avant la mise à pied conservent leur droit aux prestations pour une période maximum de 15 semaines à compter du début des prestations. L'adhérent invalide avant la mise à pied et invalide lors du rappel au travail a droit aux prestations pour le reste de la période maximale de prestation prévue. Pour l'adhérent invalide au cours de la mise à pied, le délai de carence court à compter de la date du rappel au travail et la pleine période de prestations s'applique.

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance salaire

Votre assurance salaire de longue durée

Prestations	1 000 \$
Réduction des prestations	Après application de tout maximum prévu ci-dessus, le montant de vos prestations est réduit des revenus provenant des sources indiquées dans la description de la garantie.
Délai de carence	
en cas d'accident :	378 jours
en cas d'hospitalisation :	378 jours
en cas de maladie :	378 jours
	Toutefois, le délai de carence ne peut en aucun cas se terminer avant la fin de la période d'indemnisation d'assurance salaire de courte durée.
Fin de période de propre emploi pour définition d'invalidité totale	Voir « Dispositions générales » du présent Tableau des garanties
Fréquence de versement des prestations	Mensuelle
Imposition des prestations	Non imposables
Fin du versement des prestations	Le jour de votre 60e anniversaire ou à la retraite, selon la première éventualité
Fin de l'assurance	Le jour de votre 60e anniversaire ou à la retraite, selon la première éventualité

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Définitions et interprétation

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

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

Accident

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

Adhérent

Se dit d'une personne admise à l'assurance en sa qualité de membre d'une classe de personnes admissibles. Pour qu'une personne soit reconnue comme adhérent, elle doit aussi être couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une province canadienne. De plus, un employé ne peut être reconnu comme adhérent que s'il réside au Canada au moins 9 mois par année et y a effectivement son lieu de travail habituel.

Administrateur du régime

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

Conjoint

Se dit d'une personne qui réside au Canada au moins 9 mois par année, qui est couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une province canadienne et :

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

Ce statut de conjoint est annulé lorsque :

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

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

Contrat

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

Effectivement au travail

Le fait pour un employé d'être présent à son lieu de travail et d'exercer ses fonctions habituelles selon son horaire normal de travail et à plein salaire. L'employé qui n'est pas invalide est aussi considéré comme effectivement au travail si l'unique raison de son absence est qu'il est en période de congé ou qu'il ne s'agit pas d'une journée ouvrable pour lui.

Employé

Se dit d'une personne travaillant pour l'employeur à titre d'employé régulier et faisant partie de l'une des classes d'employés admissibles mentionnées au contrat.

Employeur

Se dit de tout employeur dont au moins une classe d'employés est admissible à l'assurance du régime.

Enfant à charge

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

- être âgé de moins de 21 ans;
ou
- être âgé de 21 ans ou plus mais de moins de 26 ans et étudier à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue; SSQ exige la preuve de l'inscription à un programme d'études;
ou
- quel que soit son âge, être atteint d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la loi; l'enfant doit ne pas recevoir de prestations de programmes d'aide de dernier recours prévue par les lois provinciales; SSQ peut exiger les preuves qu'elle juge nécessaires; l'enfant doit être domicilié chez une personne qui exercerait l'autorité parentale sur lui s'il était mineur.

Pour être reconnue comme enfant à charge, la personne doit aussi résider au Canada au moins 9 mois par année et être couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une province canadienne.

Hospitalisation

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

Invalidité totaleAu début de la période d'invalidité totale

Invalidité causée par un accident ou une maladie et qui vous rend totalement incapable de remplir les principales fonctions de votre emploi habituel.

À compter de la fin de la période de propre emploi indiquée au « Tableau des garanties »

Invalidité causée par un accident ou une maladie et qui vous rend totalement incapable d'exercer toute occupation rémunératrice à laquelle vous êtes raisonnablement préparé par votre éducation, votre formation ou votre expérience, et ce, sans égard à la disponibilité d'emploi.

Invalidité totale résultant d'un accident

Invalidité totale résultant exclusivement d'un accident et débutant dans les 90 jours suivant la date de cet accident.

Maladie

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

Médecin

Se dit d'une personne légalement autorisée à pratiquer la médecine là où elle la pratique. Aux fins de l'assurance en cas de maladie grave, la définition est différente et elle se trouve dans la description de toute garantie à laquelle elle s'applique.

Période de prime

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

Période d'invalidité totale

Période au cours de laquelle vous êtes totalement invalide et dont la durée initiale ne peut être plus courte que :

- a) la durée du délai de carence applicable prévu à votre garantie d'assurance salaire de courte durée, le cas échéant;
- b) 7 jours consécutifs dans les cas où votre régime ne comporte pas de garantie d'assurance salaire de courte durée.

Personne assurée

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

Récidive d'invalidité totale

Périodes successives d'invalidité totale dues aux mêmes causes et séparées par moins de 31 jours complets consécutifs au cours desquels vous avez été effectivement au travail ou avez été apte à y être. Se dit aussi de périodes successives d'invalidité totale dues à des causes entièrement différentes et séparées par moins d'un jour complet au cours duquel vous avez été de retour au travail.

Lorsqu'une période d'invalidité totale, telle que définie précédemment, excède 274 jours, une période d'invalidité totale due aux mêmes causes que la période précédente est une récidive d'invalidité totale si les périodes sont séparées par moins de 180 jours complets consécutifs au cours desquels vous avez été de retour au travail selon un horaire quotidien minimal équivalant à celui que vous aviez avant votre invalidité ou avez été apte à l'être.

Après la fin du contrat, les durées servant à déterminer la fin des périodes d'invalidité totale sont celles qui sont prévues par la loi.

Salaire

Votre salaire régulier, à l'exclusion des bonis, paiements pour heures supplémentaires de travail, honoraires, primes de logement et de repas, montants versés par l'employeur à titre d'avantages sociaux, primes d'éloignement et paiements forfaitaires.

Le salaire servant au calcul des primes et des prestations est le plus élevé entre votre salaire tel que défini précédemment et votre rémunération assurable au sens de la loi sur l'assurance emploi.

Salaire net

Votre salaire, réduit des impôts fédéral et provincial et des cotisations annuelles à l'assurance emploi, au régime gouvernemental québécois d'assurance parentale et au Régime de pensions du Canada ou au Régime de rentes du Québec.

Subrogation

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

Totalement invalide

Se dit d'une personne répondant à la définition d'« invalidité totale » du contrat.

Vous

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

Règles de participation

1. Obligation de participer

Votre régime d'assurance collective est un régime à participation obligatoire.

2. Conditions d'admission

Toute personne qui réside au Canada, qui est effectivement au travail et répond aux conditions d'admission énoncées au « Tableau des garanties », est admissible à l'assurance à titre d'adhérent, à moins d'indication contraire. Si la seule raison de son absence est qu'elle est en congé ou que le jour où elle deviendrait admissible n'est pas un jour ouvrable, elle peut aussi être admise à l'assurance.

Les décès et invalidités totales résultant d'invalidités ayant débuté pendant que la personne était assurée à leur égard à titre d'adhérent en vertu d'un contrat antérieur d'assurance collective ne sont pas pris en charge par les contrats collectifs subséquents, sauf dans les cas prévus par les normes canadiennes, ou par la loi le cas échéant.

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

Malgré ce qui précède, toute personne assurée aux termes du contrat antérieur ne peut voir son adhésion refusée ni être privée de prestations uniquement en raison d'une exclusion pour cause d'antécédents médicaux qui a été inopérante ou qui n'était pas prévue dans ce contrat ou parce que la personne n'est pas au travail à la date de l'entrée en vigueur du nouveau contrat.

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

3. Demandes d'adhésion

Une demande d'adhésion doit parvenir à SSQ pour que l'assurance entre en vigueur, et ce même dans les cas où l'adhésion à l'assurance est obligatoire. Si la demande n'est pas transmise à l'intérieur des délais prévus au présent régime, SSQ peut exiger des preuves d'assurabilité et refuser la demande d'adhésion.

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

4. Preuves d'assurabilité

Vous devez fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ afin d'avoir droit à ce qui suit :

- a) Tout montant d'assurance qui dépasse le maximum pouvant être obtenu sans preuves d'assurabilité. Dans les cas où il s'applique, ce montant est indiqué au « Tableau des garanties ».
- b) Toute assurance pour laquelle la demande d'adhésion est faite plus de 180 jours après la date à laquelle la personne y est devenue admissible.

Aux fins de l'assurance qui s'obtient grâce à des preuves d'assurabilité, les seules personnes qui peuvent prétendre au titre de conjoint sont celles pour qui les preuves en question ont été approuvées et qui répondent encore à la définition de « conjoint » au moment où se produit l'événement assuré.

Aux fins de l'assurance qui s'obtient grâce à des preuves d'assurabilité, les seules personnes qui peuvent prétendre au titre d'enfant à charge sont celles pour qui les preuves en question ont été approuvées, et elles ne peuvent y prétendre que si elles répondent encore à la définition d'« enfant à charge » au moment où se produit l'événement assuré.

Périodes d'application de l'assurance

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

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

2. Début de l'assurance

Pour vous-même

Si SSQ reçoit votre demande d'adhésion à l'assurance au plus tard dans les 180 jours qui suivent la date à laquelle vous y devenez admissible, votre assurance entre en vigueur à la date suivante :

- la date à laquelle vous y devenez admissible.

Sinon, votre assurance entre en vigueur à la date suivante :

- le premier jour de la période de prime qui suit de 60 jours la date à laquelle SSQ reçoit votre demande; toutefois les garanties pour lesquelles vous devez fournir des preuves d'assurabilité entrent en vigueur à la date d'acceptation de celles-ci.

Pour votre conjoint ou vos enfants à charge

Si SSQ reçoit la demande d'adhésion à l'assurance pour votre conjoint ou vos enfants à charge au plus tard dans les 180 jours qui suivent la date à laquelle ils y deviennent admissibles, leur assurance entre en vigueur à la date suivante :

- la date à laquelle ils y deviennent admissibles.

Sinon, elle entre en vigueur à la date suivante :

- le premier jour de la période de prime qui suit de 60 jours la date à laquelle SSQ reçoit la demande; toutefois les garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont exigibles entrent en vigueur à la date d'acceptation de celles-ci.

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

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

3. Entrée en vigueur des modifications à l'assurance

3.1 Augmentation d'assurance par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale

Si vous êtes effectivement au travail ou si vous êtes en période d'interruption temporaire de travail et avez maintenu votre participation à l'assurance, toute augmentation de votre assurance par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale entre en vigueur à la date de ce changement, pourvu que la demande écrite à cet effet parvienne à

SSQ au plus tard dans les 31 jours qui suivent le changement en question et sous réserve des dispositions relatives à l'invalidité totale. Sinon, la modification entre en vigueur à la date à laquelle vous retournez effectivement au travail, sous réserve de toute autre disposition alors en vigueur concernant l'admissibilité.

Si la demande parvient chez SSQ plus de 31 jours après la date de l'événement justifiant une augmentation d'assurance, ou si la nature de la demande d'augmentation l'exige pour quelque autre raison, vous devez fournir des preuves d'assurabilité et, si SSQ approuve ces preuves, l'augmentation d'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de prime qui suit de 60 jours la date à laquelle SSQ reçoit la demande.

3.2 Assurance non modifiable pendant une invalidité totale

Pendant une période où un adhérent est retraité ou totalement invalide, aucun montant d'assurance ne peut être augmenté et les dispositions servant à déterminer ses montants d'assurance ne peuvent être modifiées. Ces modifications ne peuvent entrer en vigueur que lorsque l'adhérent est retourné effectivement au travail et à condition qu'il ne soit pas alors totalement invalide.

Aucune exonération ne peut s'appliquer aux primes des personnes qui n'étaient pas déjà assurées si une modification à la hausse du statut de protection doit survenir après la date de la retraite ou le début d'une période d'invalidité totale.

3.3 Diminution d'assurance par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale

Toute diminution d'assurance résultant d'un changement de situation professionnelle ou familiale entre en vigueur à la date de ce changement, pourvu que la demande écrite à cet effet parvienne à SSQ au plus tard dans les 31 jours qui suivent le changement en question. Si la demande parvient chez SSQ plus de 31 jours après la date de l'événement justifiant une diminution d'assurance, celle-ci entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande de diminution.

4. Interruption temporaire de travail

Participation à l'assurance pendant une interruption temporaire de travail

Après entente du preneur avec SSQ, la participation à l'assurance peut être maintenue dans certains cas d'interruption temporaire de travail, conformément à ce qui est indiqué ci-après. Sous réserve des dispositions de la loi concernant les durées minimales de maintien ou d'offre de maintien de participation à l'assurance, la possibilité de maintenir la participation à l'assurance et la durée de ce maintien sont déterminées par le preneur, compte tenu aussi des règles décrites ci-après.

Durée maximale de maintien de participation à l'assurance pendant une période de mise à pied temporaire

Pour toute garantie d'assurance salaire :

La participation à l'assurance est maintenue sans paiement de prime jusqu'à un maximum de 60 mois pendant toute période de mise à pied temporaire.

Pour toutes les autres garanties :

La participation à l'assurance peut être maintenue jusqu'à un maximum de 60 mois pendant toute période de mise à pied temporaire.

Durée maximale de maintien de participation à l'assurance pendant une période d'interruption de travail autre qu'une mise à pied temporaire

La participation à l'assurance peut être maintenue jusqu'à un maximum de 24 mois pendant toute période d'interruption de travail autre qu'une mise à pied temporaire.

Durées minimales de maintien de participation

Pour certaines interruptions de travail, la loi impose au preneur d'offrir des durées minimales de maintien de participation à l'assurance. Toute personne touchée par une interruption temporaire de travail doit s'informer auprès de l'administrateur du régime pour savoir si elle peut ou doit maintenir sa participation et pendant combien de temps.

Information à fournir à SSQ

L'administrateur du régime doit fournir à SSQ l'information suivante dans les 31 jours suivant la date de votre interruption temporaire de travail :

- la date à laquelle vous avez cessé de travailler;
- aussitôt qu'elle est connue, la date prévue de votre retour effectif au travail;
- le choix qui a été fait de demander ou non le maintien de participation à l'assurance pendant la période d'interruption de travail et une indication à l'effet que la demande de maintien s'applique ou non à l'assurance salaire, dans les cas où les deux choix sont possibles.

Qu'il y ait eu ou non maintien de participation à l'assurance, SSQ doit être avisée sans délai de la date à laquelle vous êtes effectivement retourné au travail ou avez été rappelé au travail.

En cas d'invalidité totale débutant pendant une période d'interruption temporaire de travail

En cas d'invalidité totale ayant débuté pendant une période d'interruption temporaire de travail au cours de laquelle vous avez continué de participer à l'assurance :

- l'invalidité totale n'est reconnue comme telle aux fins de l'assurance que si elle persiste jusqu'à la date à laquelle, tel que confirmé à SSQ par l'administrateur du régime, vous seriez effectivement retourné au travail si vous n'aviez pas alors été totalement invalide;
- le délai de carence débute à la date à laquelle vous seriez effectivement retourné au travail si vous n'aviez pas alors été totalement invalide.

Suspension d'assurance

Si l'administrateur du régime n'avise pas SSQ avant l'expiration des 31 jours accordés pour ce faire, votre participation à l'assurance est suspendue à l'égard de toute votre période d'interruption de travail. Sous réserve des dispositions de la loi, si votre interruption de travail a duré plus de 12 mois et a donné lieu à une suspension d'assurance, vous ne pouvez recommencer à participer à l'assurance qu'après votre retour au travail comme membre d'une

classe d'employés admissibles et seulement après avoir complété de nouveau toute période d'emploi prévue aux conditions d'admission. Si l'interruption de travail qui a donné lieu à une suspension d'assurance a duré 12 mois ou moins, vous pouvez recommencer à participer à l'assurance dès que vous retournez au travail comme membre d'une classe d'employés admissibles.

Interprétation

Malgré ce qui est prévu au présent article, le maintien de la participation à l'assurance ne peut en aucun cas avoir préséance sur les dates de fin d'assurance prévues ailleurs au contrat. De plus, SSQ a le droit d'invoquer en tout temps ce qui suit :

- a) le caractère obligatoire de la participation à l'assurance de certaines garanties;
- b) pour toute personne qui a le choix de maintenir ou non sa participation à une garantie facultative et qui ne le fait pas, l'obligation de fournir de nouvelles preuves d'assurabilité pour redevenir assurée en vertu de cette garantie et la possibilité qu'elles soient refusées.

5. Fin de l'assurance

Pour vous-même

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

- a) la date à laquelle vous ne faites plus partie des personnes admissibles à titre d'adhérent selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties »;
- b) pour chaque garantie, au moment où l'assurance prend fin selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties », le cas échéant;
- c) le jour où votre participation à l'assurance est suspendue par suite d'une interruption temporaire de travail de plus de 12 mois;
- d) la date d'échéance des primes, si elles ne sont pas versées à SSQ avant la fin du délai de grâce;
- e) la date à laquelle votre exonération des primes prend fin en raison de l'âge que vous avez atteint, sauf dans les cas où des dispositions légales empêchent l'application de cette fin d'assurance;
- f) le lendemain de la résiliation du contrat; de même, en cas de résiliation d'une garantie sans qu'il y ait résiliation du contrat, l'assurance en vertu de cette garantie prend fin au plus tard le lendemain de sa résiliation;
- g) la date à laquelle, par suite de fausses représentations, vous soumettez une demande de prestations ou recevez des prestations, indépendamment du caractère obligatoire de l'assurance et de tout autre recours que SSQ pourrait exercer.

Pour votre conjoint et vos enfants à charge

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

- a) la date de la fin de votre assurance;

- b) la date d'échéance des primes payables pour leur assurance, si elles ne sont pas versées à SSQ avant la fin du délai de grâce.

Paiement des prestations

1. Montants des prestations

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

2. Délais pour présenter les demandes de prestations

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

3. Restriction relative aux actions en justice

Dans les cas où la loi provinciale sur les assurances qui s'applique prévoit un délai pour entreprendre une action en justice contre un assureur dans le but de recouvrer des montants d'assurance payables en vertu d'un contrat, aucune action en justice ne peut être intentée avant la fin de ce délai. En cas de non-respect de ce délai, il y a prescription complète pour pareille action en justice.

4. Preuves exigibles par SSQ

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

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

5. Monnaie

Tous les montants prévus au contrat sont en monnaie légale du Canada.

6. Responsabilité civile et subrogation

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

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

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

7. Désignations et révocations de bénéficiaires

À moins d'indication contraire dans la section des Dispositions générales du « Tableau des garanties », les désignations de bénéficiaires qui se sont appliquées à un contrat antérieur auprès d'un autre assureur n'ont aucune valeur pour les fins de tout contrat de remplacement.

Sous réserve des dispositions de la loi, vous pouvez en tout temps désigner ou révoquer un ou des bénéficiaires de toute prestation de décès payable en vertu de votre assurance collective. Par conséquent, en l'absence d'une nouvelle désignation de bénéficiaire valide destinée à s'appliquer au contrat de SSQ, le bénéficiaire de votre assurance collective est votre succession.

Limitation des engagements contractuels

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

Changements d'assureur

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

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

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

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

Exonération des primes en cas d'invalidité totale

1. Droit à l'exonération

Si vous devenez totalement invalide pendant que votre assurance est en vigueur en vertu du contrat, votre participation à l'assurance des garanties énumérées ci-après sera maintenue sans paiement de primes, et ce à compter de la date de début d'exonération prévue au présent régime.

- Votre assurance vie
- Votre assurance salaire de courte durée
- Votre assurance salaire de longue durée

Vous devez répondre aux conditions suivantes pour bénéficier de l'exonération des primes en vertu du contrat :

- a) votre invalidité totale doit débuter pendant que vous êtes assuré par le contrat;
- b) vous devez être sous les soins continus d'un médecin, à moins de vous trouver dans un état d'invalidité totale stationnaire attesté par votre médecin, à la satisfaction de SSQ;
- c) votre invalidité totale doit répondre à la définition qui s'appliquait lorsque vous êtes devenu totalement invalide.

2. Début et fin d'exonération des primes par garantie

Les dates de début et de fin d'exonération des primes par garantie sont indiquées ci-après.

2.1 Votre assurance vie

Date de début :

- le premier jour de la période de prime suivant les 6 mois d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans
- la date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2.2 Votre assurance salaire de courte durée

Date de début :

- le premier jour de la période de prime suivant les 6 mois d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de fin de l'exonération des primes de votre garantie d'assurance vie
- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans

- la date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2.3 Votre assurance salaire de longue durée

Date de début :

- le premier jour de la période de prime suivant les 6 mois d'une même période d'invalidité totale

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date de fin de l'exonération des primes de votre garantie d'assurance vie
- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 60 ans
- la date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES

3. Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties

En plus de ne pouvoir se poursuivre après les dates indiquées précédemment, l'exonération des primes prend automatiquement fin à la plus hâtive des dates suivantes :

- la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale;
- la date à laquelle vous cessez d'être sous les soins d'un médecin, sauf si votre invalidité totale, telle que définie au contrat, est un état stationnaire attesté par un médecin de manière jugée satisfaisante par SSQ;
- la date à laquelle SSQ vous a demandé des preuves de votre invalidité totale, si vous avez été incapable ou avez refusé de les lui fournir dans les 90 jours suivant la date à laquelle la demande en a été faite;
- la date à laquelle vous refusez de participer de bonne foi à un programme de réadaptation recommandé par SSQ;
- la date à laquelle SSQ vous a demandé de vous soumettre à un examen par un professionnel de la santé ou à un traitement susceptible de favoriser votre rétablissement, si vous ne vous y êtes pas soumis dans les 90 jours suivant la date à laquelle la demande en a été faite.

4. Demande d'exonération des primes

En l'absence de demande de prestations d'assurance salaire, toute demande d'exonération des primes doit se faire par écrit transmis à SSQ. Autrement, le formulaire de demande de prestations d'assurance salaire sert de demande d'exonération des primes. Dans un cas comme dans l'autre, SSQ peut exiger des preuves et pièces justificatives supplémentaires. Votre demande et vos pièces justificatives doivent dans tous les cas être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible à l'exonération des primes. Si ce délai n'est pas respecté, vous devez démontrer qu'il était impossible de présenter la demande

et les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été, à défaut de quoi SSQ peut refuser votre demande ou interrompre la période d'exonération.

À partir du moment où SSQ vous avise du refus ou de l'interruption de l'exonération, vous disposez de 90 jours pour fournir des preuves supplémentaires justifiant la continuation de votre droit à cette exonération ou pour faire réviser votre dossier.

À défaut de produire votre demande d'exonération ou de révision à l'intérieur du délai prévu, votre droit à l'exonération ne pourra s'appliquer à aucune période précédant la date à laquelle SSQ les aura reçues.

Pour qu'une demande d'exonération puisse être acceptée, tous les documents requis doivent être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la date du début de votre invalidité totale. De plus, en cas de refus ou d'interruption d'exonération, aucune période d'exonération ne pourra s'appliquer à votre invalidité si les documents requis n'ont pas tous été fournis à SSQ au plus tard 12 mois après la date de l'avis de refus ou d'interruption.

RÉGIME D'ASSURANCE VIE

Votre assurance vie

1. Définitions

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

2. Objet de l'assurance

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

3. Montant d'assurance

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

4. Paiement anticipé

Si vous êtes totalement invalide et que votre espérance de vie soit inférieure à 12 mois, une prestation pouvant atteindre 50 % de votre montant d'assurance, jusqu'à concurrence de 50 000 \$, peut vous être versée. Si votre demande de prestations est présentée dans les 24 mois précédant la date de réduction du montant d'assurance inscrite au « Tableau des garanties », le paiement anticipé ne peut être supérieur à 50 % du montant obtenu après application de la réduction; si votre demande est présentée dans les 24 mois précédant la date prévue de la fin de l'assurance, vous ne pouvez pas obtenir de paiement anticipé. Dans tous les cas, votre demande doit faire l'objet d'une acceptation par SSQ et les conditions suivantes doivent être satisfaites :

- a) vous devez avoir présenté une demande écrite à cet effet à SSQ;
- b) vous devez être exonéré du paiement de vos primes d'assurance vie;
- c) vous devez prouver que votre espérance de vie est inférieure à 12 mois au moment de votre demande;
- d) vous devez obtenir le consentement écrit du bénéficiaire de l'assurance, s'il est irrévocable.

Le montant d'assurance payable à votre décès est alors réduit du montant du paiement anticipé et de l'intérêt calculé sur ce montant, selon le taux de rendement moyen des Bons du

trésor d'une durée d'un an majoré de 2 %. Cet intérêt court à compter de la date du paiement anticipé jusqu'à la date du paiement final du solde du montant d'assurance payable à votre décès.

5. Droit de transformation

Si votre assurance en vertu de la présente garantie prend fin pendant que le contrat est en vigueur, et cela parce que vous cessez de faire partie du groupe, vous avez le droit de transformer en tout ou en partie en assurance vie individuelle, sans avoir à prouver votre assurabilité. Pour pouvoir exercer ce droit, vous devez toutefois en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 31 jours après votre départ du groupe.

Si votre départ du groupe se produit le jour de votre 65^e anniversaire de naissance ou avant, vous pouvez obtenir l'une des assurances individuelles suivantes :

- a) Une assurance vie comparable à votre assurance collective quant au montant et à la durée, mais sans excéder 400 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance collective sur la vie que vous détenez, que cette assurance soit détenue à titre d'adhérent, de conjoint ou d'enfant à charge.
- b) Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

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

Si vous décédez au cours de la période de 31 jours durant laquelle vous auriez pu exercer votre droit de transformation et que votre assurance collective n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie que vous étiez en droit de transformer est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après votre sexe et d'après votre âge et vos habitudes tabagiques à la date de votre départ du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à votre protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 31 jours de votre départ du groupe.

6. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été.

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

Votre assurance vie additionnelle

1. Définitions

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

2. Objet de l'assurance

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

3. Montant d'assurance

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

4. Exclusions, limitations et restrictions

SSQ rembourse les primes perçues pour cette assurance en lieu et place du montant d'assurance si une personne se suicide, lorsqu'elle est couverte depuis moins de 12 mois par la présente garantie, qu'elle soit alors saine d'esprit ou non.

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

5. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été.

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

Assurance vie de votre conjoint et de vos enfants à charge

1. Définitions

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

2. Objet de l'assurance

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

3. Montant d'assurance

Le montant d'assurance vie de votre conjoint et le montant d'assurance vie de vos enfants à charge sont déterminés selon les indications du « Tableau des garanties ».

4. Droit de transformation

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

Ce droit s'applique seulement aux personnes dont la fin d'assurance survient au plus tard le jour de leur 65^e anniversaire de naissance et pourvu aussi que votre départ du groupe se produise au plus tard le jour de votre 65^e anniversaire de naissance. De plus, pour exercer ce droit, vous devez en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 31 jours après votre départ du groupe. Les assurances individuelles qu'il est possible d'obtenir en exerçant le droit de transformation d'assurance vie collective d'une personne assurée sont les suivantes :

- a) Une assurance vie comparable à l'assurance collective de la personne concernée quant au montant et à la durée, mais dont le montant n'excède pas 400 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance collective sur la vie de cette personne, que cette assurance soit détenue à titre d'adhérent, de conjoint ou d'enfant à charge.
- b) Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

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

Si une personne décède au cours de la période de 31 jours durant laquelle vous auriez pu exercer votre droit de transformer son assurance collective sur la vie et que cette assurance n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie que vous étiez en droit de transformer à l'égard de cette personne est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après le sexe de la personne à assurer et d'après son âge et ses habitudes tabagiques à la date de votre départ du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à sa protection. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 31 jours de votre départ du groupe.

5. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été.

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

Assurance vie additionnelle de votre conjoint

1. Définitions

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

2. Objet de l'assurance

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

3. Montant d'assurance

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

4. Exclusions, limitations et restrictions

SSQ rembourse les primes perçues pour cette assurance en lieu et place du montant d'assurance si votre conjoint se suicide, lorsqu'il est couvert depuis moins de 12 mois par la présente garantie, qu'il soit alors sain d'esprit ou non.

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

5. Demandes de prestations

La demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du décès. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été.

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

RÉGIME D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT

Votre assurance en cas de mort ou mutilation par accident

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de vos garanties d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident chaque fois que le contexte le permet.

Perte de la parole

Perte totale et irrécouvrable de la parole.

Perte de la vue

Perte totale et irrécouvrable de la vue.

Perte de l'ouïe

Perte totale et irrécouvrable de l'ouïe.

Perte d'un bras

Perte d'usage totale et irrécouvrable du bras ou son amputation à l'articulation du coude ou au-dessus.

Perte d'une jambe

Perte d'usage totale et irrécouvrable de la jambe ou son amputation à l'articulation du genou ou au-dessus.

Perte d'une main

À condition qu'il n'y ait pas perte d'un bras, perte d'usage totale et irrécouvrable de la main ou son amputation à l'articulation du poignet ou au-dessus.

Perte d'un pied

À condition qu'il n'y ait pas perte d'une jambe, perte d'usage totale et irrécouvrable du pied ou son amputation à l'articulation de la cheville ou au-dessus.

Perte du pouce et de l'index

À condition qu'il n'y ait pas perte d'une main ni perte d'un bras, perte d'usage totale et irrécouvrable du pouce et de l'index, ou leur amputation à l'articulation qui se situe entre la main et la première phalange.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant de prestations applicable si, lorsque vous êtes couvert par la présente garantie, vous subissez un accident causant l'une des pertes prévues au « Tableau des pertes » ci-après.

La perte doit survenir dans les 90 jours suivant la date de l'accident.

3. Montant d'assurance

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

Le montant payable pour une perte donnée correspond à un pourcentage du montant d'assurance en vigueur au moment de l'accident qui a entraîné la perte. Ce pourcentage est prévu ci-après au « Tableau des pertes ». Toutefois, la prestation maximale payable en vertu de la présente garantie est égale à 100 % du montant d'assurance de cette garantie pour l'ensemble des pertes relatives à un même accident. Les prestations supplémentaires prévues à la présente garantie n'entrent cependant pas dans l'application de ce maximum.

En cas de décès accidentel, le montant d'assurance payable en vertu de la présente garantie s'ajoute à tout montant d'assurance payable en vertu des garanties d'assurance vie et non en remplacement de ce montant.

4. Tableau des pertes

Perte	Pourcentage du montant d'assurance
de la vie	100 %
des deux mains, des deux pieds ou de la vue des deux yeux	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'une main et de la vue d'un oeil	100 %
d'un pied et de la vue d'un oeil	100 %
de l'ouïe des deux oreilles et de la parole	100 %
d'une jambe ou d'un bras	75 %
d'une main ou d'un pied ou de la vue d'un oeil ou de l'ouïe des deux oreilles ou de la parole	66,67 %
du pouce et de l'index de la même main	33,33 %

5. Prestations supplémentaires

5.1 Réadaptation

Si vous subissez une perte pour laquelle une prestation est payable en vertu de la présente garantie, vous pouvez avoir droit à des prestations supplémentaires de réadaptation. Le montant maximal de ces prestations est de 10 000 \$ par accident. Elles

doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir les dépenses relatives à un programme de réadaptation approuvé par SSQ. Pour que ces prestations soient payables, les conditions suivantes doivent s'appliquer :

- a) la perte doit vous rendre incapable d'accomplir les fonctions principales de votre emploi;
- b) la perte doit vous forcer à entreprendre une formation afin de pouvoir exercer un emploi différent;
- c) les dépenses doivent être effectuées dans les 3 ans qui suivent la date de l'accident et SSQ doit les juger nécessaires et raisonnables.

5.2 Formation professionnelle du conjoint

Si vous décédez en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie, votre conjoint peut avoir droit à des prestations supplémentaires de formation professionnelle. Le montant maximum de ces prestations est de 10 000 \$. Elles doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir les dépenses engagées dans le cadre d'un programme de formation professionnelle reconnu par les autorités gouvernementales compétentes et approuvé par SSQ. Le programme doit permettre à votre conjoint d'exercer un emploi qu'il n'aurait pu occuper autrement.

Les dépenses doivent être effectuées dans les 3 ans qui suivent la date du décès et SSQ doit les juger nécessaires et raisonnables.

5.3 Scolarité du conjoint et des enfants

Si vous décédez en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie, votre conjoint et vos enfants peuvent avoir droit à des prestations supplémentaires de scolarité. Le montant maximum des prestations supplémentaires de scolarité est de 5 000 \$ par année scolaire pour l'ensemble des dépenses engagées par votre conjoint et vos enfants et elles peuvent être versées pendant un maximum de 4 années consécutives. Elles doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir les frais de scolarité annuels et de manuels scolaires leur permettant de poursuivre leurs études à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire. Pour que ces prestations soient payables, les conditions suivantes doivent s'appliquer :

- a) au moment de votre décès, la personne doit être inscrite comme étudiant à temps plein dans un établissement postsecondaire; si elle est inscrite au niveau secondaire au moment de votre décès, elle doit s'inscrire comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire dans les 365 jours qui suivent votre décès;
- b) une preuve attestant du statut d'étudiant à temps plein de la personne doit être fournie à SSQ au début de chaque année scolaire.

5.4 Transport et hébergement des membres de la famille lors de votre hospitalisation

Si vous êtes hospitalisé en raison d'une perte pour laquelle une prestation est payable en vertu de la présente garantie, vous pouvez avoir droit à des prestations supplémentaires

pour le transport et l'hébergement de membres de votre famille. Le montant maximum des prestations supplémentaires pour transport et hébergement est de 10 000 \$ pour l'ensemble des membres de votre famille. Elles doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir les dépenses de transport et d'hébergement qu'engagent les membres de votre famille pour vous visiter pendant votre hospitalisation. Pour que ces prestations soient payables, les conditions suivantes doivent s'appliquer :

- a) le transport doit être effectué par le chemin le plus direct vers l'hôpital;
- b) l'hôpital doit être situé à au moins 150 km de votre résidence;
- c) vous devez être sous les soins d'un médecin;
- d) les dépenses doivent être jugées nécessaires et raisonnables par SSQ.

5.5 Rapatriement du défunt

Si vous décédez en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et que votre décès survienne lorsque vous êtes à plus de 50 km de votre lieu de résidence, les personnes ayant engagé les dépenses décrites ci-après peuvent avoir droit à un remboursement. Le montant maximum de ce remboursement est de 10 000 \$. Il doit être demandé à SSQ par écrit pour couvrir les dépenses engagées pour ce qui suit :

- a) la préparation de votre corps en vue de son transport;
- b) le transport de votre corps vers son lieu de repos, y compris au salon funéraire, à proximité de votre lieu de résidence;
- c) les dépenses doivent être jugées nécessaires et raisonnables par SSQ.

5.6 Transformation de votre domicile et de votre véhicule

Si vous devez utiliser un fauteuil roulant de façon permanente par suite d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie, vous pouvez avoir droit à des prestations supplémentaires pour transformation de votre domicile et de votre véhicule. Le montant maximum de ce remboursement est de 10 000 \$. Elles doivent être demandées à SSQ par écrit pour couvrir :

- a) le coût des transformations de votre résidence principale pour qu'elle soit adaptée de manière à être accessible et habitable en fauteuil roulant;
- b) le coût des transformations de votre automobile afin qu'elle soit accessible en fauteuil roulant et que vous puissiez la conduire vous-même.

Les dépenses doivent être effectuées dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident et SSQ doit les juger nécessaires et raisonnables.

Les transformations de votre domicile ou de votre automobile doivent être effectuées par des personnes expérimentées en la matière. Ces personnes doivent avoir été recommandées par écrit par un organisme reconnu qui fournit du soutien aux usagers de fauteuils roulants. Dans le cas de votre automobile, les modifications doivent avoir été approuvées par les autorités provinciales compétentes.

5.7 Accident impliquant un véhicule à moteur

Si vous subissez une perte en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et qui est survenu lorsque vous conduisiez ou occupiez un véhicule à moteur, des prestations supplémentaires équivalant à 10 % du montant de prestation prévu au « Tableau des pertes » de la présente garantie peuvent vous être versées. Pour que ces prestations soient payables, les conditions suivantes doivent s'appliquer :

- a) le conducteur devait conduire prudemment au moment de l'accident;
- b) votre ceinture de sécurité devait être bouclée au moment de l'accident;
- c) le permis de conduire du conducteur du véhicule devait être en règle au moment de l'accident.

5.8 Garderie

Si vous décédez en raison d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et que vos enfants fréquentent alors une garderie ou un service de garde en milieu scolaire ou qu'ils y sont inscrits dans les 365 jours suivant votre décès, les personnes qui engagent les frais d'inscription s'y rapportant peuvent avoir droit à des prestations supplémentaires. Les frais d'inscription doivent être appuyés de reçus pour frais de garde et SSQ doit les juger nécessaires et raisonnables.

Ces prestations supplémentaires sont limitées à 5 000 \$ par enfant par année civile. Elles peuvent être versées pendant un maximum de 4 années consécutives et seulement à l'égard d'enfants de moins de 13 ans. SSQ rembourse ces frais en tenant compte des montants inscrits aux reçus pour frais de garde.

6. Exclusions, limitations et restrictions

Cette garantie ne couvre pas les pertes qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :

- a) un acte criminel que commet ou tente de commettre la personne assurée;
- b) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
- c) une guerre, déclarée ou non;
- d) le service actif de la personne assurée dans des forces armées;
- e) un empoisonnement, une intoxication ou l'usage de drogue par la personne assurée;
- f) un suicide ou une tentative de suicide, que la personne assurée soit alors saine d'esprit ou non;
- g) des blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit alors saine d'esprit ou non;
- h) une envolée dans n'importe quel aéronef ou appareil volant, si la personne assurée agissait comme membre de l'équipage ou exerçait une fonction relative au vol;

- i) des lésions ne présentant aucune blessure ou contusion visible sur l'extérieur du corps, sauf la noyade et les lésions internes révélées par intervention chirurgicale ou autopsie.

7. Demandes de prestations

La demande de prestations, les preuves et les justifications doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date de la perte; dans le cas où un décès accidentel ou une perte accidentelle ouvre droit à des prestations supplémentaires, la demande, les preuves et les justifications doivent être présentées dans les 90 jours suivant l'événement accidentel concerné. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été. Dans cette dernière éventualité, tous les documents requis doivent être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la date de la perte (ou de l'événement accidentel ouvrant droit à des prestations supplémentaires) et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie.

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

Assurance pour conjoint et enfants à charge en cas de mort ou mutilation par accident

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation des garanties d'assurance de votre conjoint et de vos enfants à charge en cas de mort ou mutilation par accident chaque fois que le contexte le permet.

Perte de la parole

Perte totale et irrécouvrable de la parole.

Perte de la vue

Perte totale et irrécouvrable de la vue.

Perte de l'ouïe

Perte totale et irrécouvrable de l'ouïe.

Perte d'un bras

Perte d'usage totale et irrécouvrable du bras ou son amputation à l'articulation du coude ou au-dessus.

Perte d'une jambe

Perte d'usage totale et irrécouvrable de la jambe ou son amputation à l'articulation du genou ou au-dessus.

Perte d'une main

À condition qu'il n'y ait pas perte d'un bras, perte d'usage totale et irrécouvrable de la main ou son amputation à l'articulation du poignet ou au-dessus.

Perte d'un pied

À condition qu'il n'y ait pas perte d'une jambe, perte d'usage totale et irrécouvrable du pied ou son amputation à l'articulation de la cheville ou au-dessus.

Perte du pouce et de l'index

À condition qu'il n'y ait pas perte d'une main ni perte d'un bras, perte d'usage totale et irrécouvrable du pouce et de l'index, ou leur amputation à l'articulation qui se situe entre la main et la première phalange.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant de prestations applicable si, lorsqu'il est couvert par la présente garantie, votre conjoint ou l'un de vos enfants à charge subit un accident causant l'une des pertes prévues au « Tableau des pertes » ci-après.

La perte doit survenir dans les 365 jours suivant la date de l'accident.

3. Montant d'assurance

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

Le montant payable pour une perte donnée correspond à un pourcentage du montant d'assurance en vigueur au moment de l'accident qui a entraîné la perte. Ce pourcentage est prévu ci-après au « Tableau des pertes ». Toutefois, la prestation maximale payable à l'égard d'une même personne assurée en vertu de la présente garantie est égale à 100 % du montant d'assurance de cette garantie pour l'ensemble des pertes relatives à un même accident.

En cas de décès accidentel, le montant d'assurance payable en vertu de la présente garantie s'ajoute à tout montant d'assurance payable en vertu des garanties d'assurance vie et non en remplacement de ce montant.

4. Tableau des pertes

Perte	Pourcentage du montant d'assurance
de la vie	100 %
des deux mains, des deux pieds ou de la vue des deux yeux	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'une main et de la vue d'un oeil	100 %
d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
de l'ouïe des deux oreilles et de la parole	100 %
d'une jambe ou d'un bras	75 %
d'une main ou d'un pied ou de la vue d'un œil ou de l'ouïe des deux oreilles ou de la parole	66,67 %
du pouce et de l'index de la même main	33,33 %

5. Exclusions, limitations et restrictions

Cette garantie ne couvre pas les pertes qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :

- a) un acte criminel que commet ou tente de commettre la personne assurée;
- b) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;

- c) une guerre, déclarée ou non;
- d) le service actif de la personne assurée dans des forces armées;
- e) un empoisonnement, une intoxication ou l'usage de drogue par la personne assurée;
- f) un suicide ou une tentative de suicide, que la personne assurée soit alors saine d'esprit ou non;
- g) des blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit alors saine d'esprit ou non;
- h) une envolée dans n'importe quel aéronef ou appareil volant, si la personne assurée agissait comme membre de l'équipage ou exerçait une fonction relative au vol;
- i) des lésions ne présentant aucune blessure ou contusion sur l'extérieur du corps, sauf la noyade et les lésions internes révélées par intervention chirurgicale ou autopsie.

6. Demandes de prestations

La demande de prestations, les preuves et les justifications doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date de la perte. Autrement, la personne qui fait la demande doit démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été. Dans cette dernière éventualité, tous les documents requis doivent être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la date de la perte et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie.

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

RÉGIME D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

Votre assurance en cas de maladie grave

1. Définitions générales de l'assurance en cas de maladie grave

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux « Dispositions générales ». Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet. De plus, les définitions des maladies graves couvertes se trouvent à l'article 5 de la présente garantie.

Antécédents médicaux

- présence d'un ou plusieurs symptômes au cours des 24 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne, qui feraient en sorte qu'une personne raisonnablement prudente cherche à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement; ou
- maladie ou état pour lesquels la personne, au cours des 24 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de son assurance, a engagé des frais médicaux, reçu un traitement médical, pris des médicaments d'ordonnance ou en vente libre ou consulté un médecin.

Chirurgie ou Intervention chirurgicale

Toute intervention chirurgicale médicalement nécessaire que vous subissez sur recommandation écrite d'un spécialiste. L'intervention chirurgicale doit être pratiquée par un médecin au Canada ou aux États-Unis.

Diagnostic

Identification d'un état répondant à la définition d'une maladie couverte par la garantie. Cette identification doit être faite par un spécialiste au moyen de tests ou d'autres procédés de diagnostic. Le diagnostic de toute maladie couverte doit être posé au Canada ou aux États-Unis, par un spécialiste autorisé à pratiquer au Canada ou aux États-Unis. De plus, son domaine de pratique doit inclure le domaine de médecine directement lié à la maladie en question.

Irréversible

Votre état lorsque le pronostic ne peut pas être amélioré par des soins médicaux ou une intervention chirurgicale au moment du diagnostic. Toutefois, si le pronostic pouvait être amélioré par des soins médicaux ou une intervention chirurgicale mais que, selon l'avis de votre médecin, cela imposerait pour votre santé un risque qui serait supérieur aux avantages attendus à l'égard de ces soins ou de cette intervention, votre état serait alors également considéré comme irréversible aux fins de la présente définition.

Maladie grave

L'une ou l'autre des maladies, conditions ou interventions chirurgicales qui, pendant que vous êtes assuré par la présente assurance, entraîne une intervention chirurgicale ou le premier diagnostic d'une maladie grave qui est couverte par la présente assurance selon ce qui est

indiqué aux articles 4 et 5 de la présente garantie. Pour que cette intervention ou maladie grave soit couverte par la présente garantie, un spécialiste doit avoir confirmé qu'elle répond à la définition qui en est donnée à l'article 5. Dans le cas d'une intervention chirurgicale, un spécialiste doit en avoir confirmé la nécessité médicale.

Médecin

Personne qui est légalement autorisée à pratiquer la médecine au Canada ou aux États-Unis et qui prodigue des soins et des traitements à l'intérieur des limites de son permis. Le médecin ne peut pas résider habituellement avec vous. Le médecin ne peut pas non plus être une personne assurée en vertu de votre régime, un membre de sa famille ou un de ses partenaires d'affaires.

Période de survie

Les 14 jours suivant la date du diagnostic ou les 14 jours suivant la date d'une chirurgie si applicable, sauf lorsqu'il en est prévu autrement dans la garantie. La période de survie ne comprend pas les jours passés en maintien artificiel des fonctions vitales, comme cela est défini au présent article. Vous devez être vivant à la fin de la période de survie et vous devez ne pas avoir subi la cessation irréversible de l'ensemble des fonctions du cerveau.

Pour les maladies graves qui ont une durée minimale requise, par exemple, 90 jours pour la méningite purulente et la paralysie, la période de survie court de façon concomitante avec la durée minimale requise liée à la maladie concernée.

Le *maintien artificiel des fonctions vitales* est le fait pour la personne assurée d'être sous les soins d'un médecin autorisé à pratiquer et d'être maintenue en vie grâce à un support nutritionnel, respiratoire ou cardiovasculaire, même si un arrêt irréversible des fonctions cérébrales s'est produit.

Spécialiste

Médecin qui détient un permis d'exercice et une formation médicale spécialisée en lien avec la maladie grave pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. Si aucun spécialiste n'est disponible, et sous réserve de l'approbation de SSQ, une maladie grave peut être diagnostiquée par un médecin qualifié pratiquant au Canada ou aux États-Unis. Le spécialiste ne peut pas résider habituellement avec vous. Le spécialiste ne peut pas non plus être une personne assurée en vertu de votre régime, un membre de sa famille ou un de ses partenaires d'affaires.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer le montant d'assurance indiqué au « Tableau des garanties », si vous souffrez d'une des maladies graves couvertes par la présente garantie ou si vous avez subi une chirurgie couverte par celle-ci et que la maladie couverte par l'assurance soit diagnostiquée pour la première fois de façon non équivoque et définitive lorsque vous êtes couvert par la présente garantie, et pourvu aussi que la période de survie nécessaire soit complétée.

SSQ reconnaît seulement le diagnostic établi par un spécialiste et confirmant que la maladie ou la chirurgie répond aux critères énoncés dans la description de la présente garantie.

Pour être admissible à des prestations, vous devez répondre à toutes les conditions, exclusions, limitations et restrictions énoncées aux présentes, y compris aux dispositions de l'article « Conditions de réadmission ». Vous devez aussi avoir complété la période de survie prévue par la garantie.

3. Montant d'assurance

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

4. Liste des maladies graves couvertes par l'assurance

Les conditions médicales et chirurgies pouvant être considérées comme des maladies graves aux fins de la présente assurance sont les suivantes :

1. Accident vasculaire cérébral
2. Anémie aplasique
3. Angioplastie coronarienne
4. Arthrite rhumatoïde grave
5. Brûlures graves
6. Cancer (mettant la vie en danger)
7. Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
8. Carcinome canalaire in situ du sein
9. Cardiomyopathie dilatée
10. Cécité
11. Chirurgie de l'aorte
12. Coma
13. Crise cardiaque
14. Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe
15. Démence, y compris la maladie d'Alzheimer
16. Dystrophie musculaire
17. Greffe d'un organe vital
18. Hépatite virale fulminante
19. Hypertension artérielle pulmonaire primitive
20. Infection au VIH dans le cadre du travail
21. Insuffisance hépatique à un stade avancé
22. Insuffisance rénale
23. Lupus érythémateux disséminé

24. Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie
25. Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques
26. Maladie du motoneurone
27. Mélanome malin au stade 1A
28. Méningite purulente
29. Paralyse
30. Perte d'autonomie
31. Perte de l'usage de la parole
32. Perte de membres
33. Pontage aortocoronarien
34. Remplacement d'une hanche par chirurgie
35. Remplacement d'un genou par chirurgie
36. Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque
37. Sclérose en plaques
38. Sclérose généralisée évolutive
39. Surdité
40. Tumeur cérébrale bénigne

Les maladies graves et troubles de la santé qui ne sont pas expressément définis dans la présente garantie et inclus dans la liste ci-dessus ne sont pas couverts par l'assurance et aucune prestation n'est payable à leur égard.

5. Définitions des maladies graves couvertes et dispositions relatives aux récidives de cancer

5.1 Définitions des maladies graves couvertes

Accident vasculaire cérébral

Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intra crâniennes ou par une embolie de source extra crânienne, avec apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques et nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, étant entendu que ces nouveaux symptômes et nouveaux déficits neurologiques objectifs doivent persister pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent aussi être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- infarctus lacunaire ne correspondant pas à la précédente description de ce qu'est un accident vasculaire cérébral.

Anémie aplasique

Diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopenie, et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants : stimulation de la moelle osseuse; immunosuppresseurs; greffe de moelle osseuse.

Brûlures graves

Diagnostic formel de brûlures du troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

Cancer (mettant la vie en danger)

Diagnostic formel d'une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Les types de cancer qui sont couverts comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC (American Joint Committee on Cancer).

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le cancer s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans les 90 premiers jours suivant la

dernière fois où votre assurance est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- vous avez présenté des symptômes ou vous vous êtes soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non par l'assurance), et cela sans égard à la date d'établissement du diagnostic;
- vous avez fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou non par l'assurance).

Restriction : SSQ doit être informée de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic, sans quoi elle aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par son traitement.

Références : Aux fins de l'assurance, les définitions se trouvant dans la septième édition du manuel de stadification du cancer de l'AJCC sont celles qui s'appliquent aux références à Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC. De même, la référence à la classification de Rai s'applique tel que prévu dans la publication *Clinical Staging of Chronic Lymphocytic Leukemia*, (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46 : 219, 1975).

Cardiomyopathie dilatée

Condition affaiblie de la fonction ventriculaire entraînant une déficience physique significative d'au moins classe III selon la New York Heart Association Classification (NYHA). Le diagnostic de cardiomyopathie dilatée doit être confirmé par de nouvelles anomalies cardiaques démontrées par échocardiographie avec une faible fraction d'éjection (moins de 40 %) pendant au moins 3 mois.

La classe III de déficience cardiomyopathique de la NYHA correspond à l'état du patient qui ne ressent pas d'inconfort au repos, mais qui présente des symptômes dans les activités exigeant de moins grands efforts que les activités normales et quotidiennes malgré la consommation de médicaments et des ajustements diététiques, avec des preuves d'anomalies de la fonction ventriculaire mises en évidence par un examen physique et des analyses de laboratoire.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : causes ischémiques et toxiques de la cardiomyopathie dilatée (y compris l'alcool et les médicaments avec ou sans prescription).

Cécité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux ou par un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Chirurgie de l'aorte

Intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Aux fins de la présente description, le terme « aorte » désigne l'aorte thoracique et l'aorte abdominale, mais non pas les branches de l'aorte.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; intervention non chirurgicale.

Coma

Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le coma :

- un coma médicalement provoqué;
- un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue;
- un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque

Diagnostic formel de la nécrose du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine et qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, le tout accompagné d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;
- apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave :

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne et à défaut de nouvelles ondes Q;
- changements à l'ECG suggérant un précédent infarctus du myocarde, mais qui ne correspondent pas à la précédente description de crise cardiaque.

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe

Diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie ou de la moelle osseuse, cette insuffisance rendant la greffe nécessaire du point de vue médical. Pour que vous puissiez avoir droit à une prestation pour cette maladie grave, vous devez être inscrit comme receveur dans un centre reconnu où s'effectue la forme de greffe requise et qui se situe au Canada ou aux États-Unis. Aux fins de la définition de la période de survie, la date d'établissement du diagnostic est réputée être la date de votre inscription à un tel centre de greffe.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer

Diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire accompagnée d'au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- perturbation des fonctions exécutives (par exemple, l'incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

L'état de la personne doit aussi être caractérisé par ce qui suit :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes, obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins 6 mois.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : troubles affectifs ou schizophréniques; délire.

Dystrophie musculaire

Diagnostic formel de tous les signes suivants :

- présentation clinique comportant une faiblesse des muscles squelettiques, des douleurs musculaires et la myotonie;
- changements caractéristiques d'électromyographie;
- biopsie musculaire confirmant le diagnostic de dystrophie musculaire.

Grefe d'un organe vital

Intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire, comme démontré par le diagnostic d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie ou de la moelle osseuse. Pour qu'une greffe soit considérée comme greffe d'un organe vital aux fins de l'assurance, vous devez subir une intervention chirurgicale pour vous faire greffer un cœur, un poumon, un foie ou de la moelle osseuse.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable à titre de greffe d'un organe vital : greffe de tout autre organe que ceux qui sont prévus dans la présente description.

Hépatite virale fulminante

Diagnostic formel de nécrose submassive à massive du foie causée par un virus qui entraîne précipitamment une insuffisance hépatocellulaire. La prestation ne sera payable que si toutes les caractéristiques suivantes sont satisfaites :

- diminution rapide du volume du foie confirmée par une échographie abdominale;

- nécrose impliquant entièrement les lobules, ne laissant qu'une trame réticulaire, confirmé par histologie, si applicable;
- tests démontrant une détérioration rapide des fonctions hépatiques;
- amplification d'ictère.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave :

- hépatite chronique;
- insuffisance hépatocellulaire causée par l'alcool ou par des toxines ou des drogues.

Hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique ou hypertension artérielle pulmonaire familiale)

Diagnostic formel d'hypertension artérielle pulmonaire primitive avec un élargissement substantiel du ventricule droit, confirmé par des analyses et incluant un cathétérisme cardiaque, entraînant une déficience physique irréversible et permanente d'au moins classe IV selon la classification des insuffisances cardiaques de la New York Heart Association (NYHA). Dans la 39^e édition du *Current Medical Diagnosis and Treatment*, il est mentionné que la classe IV rend la personne incapable d'entreprendre quelque activité sans ressentir d'inconfort et que des symptômes peuvent se manifester même au repos.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : hypertension artérielle pulmonaire de quelque autre forme que ce soit.

Infection au VIH dans le cadre du travail

Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH durant l'exercice des fonctions normales de son travail habituel. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu pendant que la personne est couverte par la présente assurance. De plus, la prestation ne sera payable que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- la blessure accidentelle doit être signalée à SSQ dans les 14 jours suivant l'accident;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- une sérologie du VIH doit être effectuée entre 90 et 180 jours après la blessure accidentelle et le résultat doit être positif; vous devez survivre au moins 14 jours à compter de la date de cette seconde sérologie;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis;
- la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne sera payable en rapport avec cette maladie grave :

- la personne assurée a refusé de se faire administrer l'un ou l'autre des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé contre l'infection au VIH était disponible avant la blessure accidentelle;
- l'infection au VIH résulte d'une blessure qui n'est pas accidentelle (y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par l'usage de drogues injectables).

Insuffisance hépatique à un stade avancé

Diagnostic formel d'insuffisance hépatique due à une cirrhose. La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- ictère permanent;
- ascite;
- encéphalopathie.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : insuffisance hépatique entraînée par une consommation d'alcool ou de drogues (sauf s'ils sont pris seulement en conformité avec la prescription du médecin).

Insuffisance rénale

Diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale ou une éventuelle greffe rénale.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques

Maladie de Parkinson désigne le diagnostic formel de la maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins l'un des symptômes suivants :

- rigidité musculaire;
- tremblement de repos.

Syndromes parkinsoniens atypiques désigne le diagnostic formel de paralysie supra nucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multi systémique.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un neurologue. Dans tous les cas, la personne assurée doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : toute autre forme de parkinsonisme.

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la maladie de Parkinson ou des syndromes parkinsoniens atypiques s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans l'année suivant la dernière fois où votre assurance est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- vous avez présenté des symptômes ou vous vous êtes soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, et cela sans égard à la date d'établissement du diagnostic;
- vous avez fait l'objet d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de toute autre forme de parkinsonisme.

Restriction : SSQ doit être informée de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic, sans quoi elle aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation portant sur la maladie de Parkinson ou sur un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou par un syndrome parkinsonien atypique ou par leur traitement.

Maladie du motoneurone

Diagnostic formel d'une des maladies suivantes :

- sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig);
- sclérose latérale primitive;
- atrophie musculaire progressive;
- paralysie bulbaire progressive;
- paralysie pseudo-bulbaire.

Méningite purulente

Diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours à compter de la date d'établissement du diagnostic.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : méningite virale.

Paralysie

Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres, par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, et cela pendant une période d'au moins 90 jours à compter de l'événement déclencheur.

Perte d'autonomie

Diagnostic formel d'une incapacité totale à effectuer soi-même au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous pendant une période continue d'au moins 90 jours, sans espoir raisonnable de rétablissement.

Aux fins de la détermination de cette maladie grave, les activités de la vie quotidienne sont les suivantes :

- se laver - capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se vêtir - capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se servir des toilettes - capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- être continent - capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux, de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle;
- se mouvoir - capacité de se coucher, de se lever du lit, de s'asseoir ou de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se nourrir - capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

Perte de l'usage de la parole

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la perte de la parole : toute cause psychiatrique.

Perte de membres

Diagnostic formel de l'amputation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville ou plus haut, par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Pontage aortocoronarien

Intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou plusieurs artères coronaires, au moyen d'une ou de plusieurs greffes.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec ce genre d'intervention chirurgicale : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; intervention non chirurgicale.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec ce genre d'intervention chirurgicale : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques

Diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :

- au moins 2 poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation;
- des anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de 6 mois et confirmées par IRM du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation;
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

Sclérose généralisée évolutive

Diagnostic formel de sclérodémie généralisée évolutive avec atteinte systémique du cœur, des poumons ou des reins. Le diagnostic doit être catégoriquement confirmé par des signes cliniques et sérologiques et une biopsie si disponible.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave :

- sclérodémie localisée (sclérodémie ou morphee linéaire);
- fasciite éosinophile;
- syndrome de CREST.

Surdité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un registre de 500 à 3 000 hertz.

Tumeur cérébrale bénigne

Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Exclusions : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la tumeur cérébrale bénigne s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans les 90 premiers jours suivant la dernière fois où votre assurance est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- vous avez présenté des symptômes ou vous vous êtes soumis à des investigations menant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou non par l'assurance) et cela sans égard à la date d'établissement du diagnostic;
- vous avez fait l'objet d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou non par l'assurance).

Restriction : SSQ doit être informée de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic, sans quoi elle aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation portant sur une tumeur cérébrale bénigne ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.

5.2 Garantie complémentaire en cas de certaines maladies

En plus des maladies graves décrites à la section « Définitions des maladies graves couvertes », les maladies suivantes sont couvertes en vertu de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies :

1. Angioplastie coronarienne
2. Arthrite rhumatoïde grave
3. Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
4. Carcinome canalaire in situ du sein
5. Lupus érythémateux disséminé
6. Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie
7. Mélanome malin au stade 1A
8. Remplacement d'une hanche par chirurgie ou remplacement d'un genou par chirurgie

Angioplastie coronarienne

Intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang.

Arthrite rhumatoïde grave

Diagnostic formel d'arthrite rhumatoïde séropositive grave qui doit comporter la destruction générale des articulations, affectant au moins 3 grosses articulations (celles des épaules, des coudes, des hanches, des genoux ou des chevilles) et 3 petites articulations (les articulations métacarpophalangiennes, ou interphalangiennes proximales, les articulations interphalangiennes du pouce, les articulations du poignet et les deuxième, troisième, quatrième et cinquième articulations métatarsophalangiennes). Le diagnostic doit être confirmé par la démonstration clinique et radiologique de destruction articulaire et de déformation des articulations.

Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)

Diagnostic formel d'un cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, confirmé par un examen pathologique du tissu prostatique.

Carcinome canalaire in situ du sein

Diagnostic de carcinome canalaire in situ du sein, confirmé par biopsie.

Lupus érythémateux disséminé

Diagnostic formel de lupus érythémateux disséminé qui atteint les reins et nécessite au moins 6 mois consécutifs de corticothérapie, et qui est confirmé par des tests d'atteinte permanente à la fonction rénale démontrant un débit de filtration glomérulaire (DFG)

inférieur à 30 ml/min./1,73 m². De plus, un test positif anticorps-antinucléaire (AAN) doit être réalisé.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette maladie grave : toute autre forme de lupus, tel le lupus discoïdal et les formes de lupus qui ne touchent que les articulations et le système sanguin.

Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie

Diagnostic formel de maladie de Crohn confirmé par des résultats caractéristiques d'endoscopie et de données histologiques. Cette maladie doit aussi se caractériser par la présence d'abcès ou de fistules à l'intérieur de l'abdomen ou à l'anus ou par une obstruction ou perforation intestinale, ou ne pas répondre aux traitements non chirurgicaux. De plus, les symptômes doivent avoir persisté malgré un maximum de thérapie non chirurgicale et il doit être médicalement nécessaire de procéder à une intervention chirurgicale comportant l'ablation d'au moins un segment de l'intestin.

Mélanome malin au stade 1A

Diagnostic confirmé par biopsie de la présence d'un mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V.

Remplacement d'une hanche par chirurgie ou remplacement d'un genou par chirurgie

Chirurgie avec ouverture menant au remplacement total d'une hanche ou de la totalité du genou par une prothèse, sous réserve de ce qui suit :

Pour que le remplacement d'une hanche soit considéré comme tel en vertu de la présente assurance, le col du fémur doit être remplacé. De plus, la chirurgie doit être effectuée à la fois avec arthroplastie totale et hémiarthroplastie (autant monopolaire que bipolaire).

Pour que le remplacement du genou soit considéré comme tel en vertu de la présente assurance, les trois compartiments du genou (fémoro-tibial interne, fémoro-tibial externe et fémoro-rotulien) doivent être remplacés.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le remplacement d'une hanche par chirurgie ou le remplacement d'un genou par chirurgie : traitement arthroscopique des surfaces des articulations; reprise d'un remplacement total antérieur de la hanche ou du genou.

Prestation de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies

Si vous recevez le diagnostic d'une des maladies énumérées ci-dessus pendant que votre assurance est en vigueur en vertu de la présente garantie et sous réserve des dispositions de l'article « Période de survie » ainsi que de celles de l'article « Conditions de réadmission », alors SSQ s'engage à vous payer :

- 1) Dans les cas suivants, 10 % du montant d'assurance, sous réserve d'un maximum de 25 000 \$:
 - Angioplastie coronarienne
 - Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
 - Carcinome canalaire in situ du sein

- Mélanome malin au stade A.

Pour les cas prévus au regroupement 1) ci-dessus, le paiement de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies vient en complément de la prestation prévue au « Tableau des garanties » et ne peut être versé qu'une seule fois la vie durant, le tout sous réserve des limites mentionnées à l'article « Conditions de réadmission ».

- 2) Dans les cas suivants, 10 % du montant d'assurance, sous réserve d'un maximum de 10 000 \$:

- Arthrite rhumatoïde sévère
- Lupus érythémateux disséminé
- Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie.

Pour les cas prévus au regroupement 2) ci-dessus, le paiement de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies vient en complément de la prestation prévue au « Tableau des garanties » et ne peut être versé qu'une seule fois la vie durant, le tout sous réserve des limites mentionnées à l'article « Conditions de réadmission ».

- 3) Dans les cas suivants, 10 % du Capital assuré, sous réserve d'un maximum de 10 000 \$:

- Remplacement d'une hanche par chirurgie
- Remplacement d'un genou par chirurgie.

Pour les cas prévus au regroupement 3) ci-dessus, le paiement de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies vient en complément de la prestation prévue au « Tableau des garanties » et ne peut être versé qu'une seule fois la vie durant, le tout sous réserve des limites mentionnées à l'article « Conditions de réadmission ».

5.3 Prestations en cas de récurrence de cancer

SSQ versera le montant d'assurance indiqué au « Tableau des garanties » si vous recevez un diagnostic de cancer alors que vous en avez déjà reçu un plus de 60 mois auparavant et pourvu que vous n'ayez reçu aucun traitement directement ou indirectement lié au cancer au cours des 60 mois en question. À ces fins, les médicaments utilisés à des fins préventives et les rencontres de suivi chez le médecin ne sont pas considérés comme des traitements. Le second de ces diagnostics doit être reçu pendant que votre assurance est en vigueur en vertu de la présente garantie.

6. Garantie prestations multiples

Si vous êtes atteint d'une maladie grave couverte pour laquelle le montant d'assurance prévu au « Tableau des garanties » a été versé (ou 10 % de ce montant d'assurance en vertu de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies) et que vous receviez par la suite le diagnostic d'une autre maladie grave couverte, SSQ versera le montant d'assurance prévu au « Tableau des garanties » (ou 10 % de ce montant d'assurance en vertu de la garantie

complémentaire en cas de certaines maladies), sous réserve des dispositions de l'article « Conditions de réadmission ».

Pour donner droit à un montant en vertu de la garantie prestations multiples, le subséquent diagnostique doit être posé 90 jours ou plus après le diagnostic de l'autre maladie grave couverte.

7. Conditions de réadmission

Si une prestation vous a déjà été versée pour une maladie grave couverte, votre assurance est quand même maintenue, à condition que le paiement de la prime soit aussi maintenu. Le paiement éventuel d'autres prestations est assujéti à ce qui est prévu à l'Annexe des exclusions de réadmission de SSQ.

8. Exclusions, limitations et restrictions

- 1) **Cette garantie ne couvre pas les conditions médicales qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes ou situations suivantes :**
 - a) un acte criminel que la personne assurée commet ou tente de commettre;
 - b) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
 - c) la participation active de la personne assurée à une guerre, déclarée ou non;
 - d) le service actif de la personne assurée dans des forces armées;
 - e) l'usage d'alcool ou de drogue par la personne assurée;
 - f) un accident ou un traumatisme que subit la personne assurée par suite de :
 - sa conduite d'un véhicule motorisé pendant que la concentration d'alcool dans son sang excède la limite légale prévue; ou
 - sa participation à des sports extrêmes; ou
 - un accident d'aéronef se produisant lorsqu'elle agit comme membre de l'équipage ou exerce une fonction relative au vol;
 - g) une tentative de suicide, que la personne assurée soit alors saine d'esprit ou non;
 - h) des blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit alors saine d'esprit ou non;
 - i) une condition médicale diagnostiquée lorsque la personne n'est pas couverte par la présente garantie;
 - j) une condition médicale pour laquelle les limites relatives à la période de survie ne sont pas respectées;
 - k) la personne assurée a un cancer qui se manifeste avant la date d'entrée en vigueur de son assurance, si ce même cancer récidive ou se métastase après cette date d'entrée en vigueur, sauf si toutes les dispositions de l'article « Prestation en cas de récidive de cancer » sont respectées;

- l) lorsque dans les 90 jours suivant immédiatement l'entrée en vigueur de son assurance en vertu de cette garantie, la personne assurée reçoit un diagnostic de cancer ou présente des symptômes de cancer ou subit des investigations menant au diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de cette garantie) sans égard à la date du diagnostic;
- m) lorsque dans les 90 jours suivant immédiatement l'entrée en vigueur de son assurance en vertu de cette garantie, la personne assurée reçoit un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne ou présente des symptômes de tumeur cérébrale bénigne ou subit des investigations menant au diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu de cette garantie) sans égard à la date du diagnostic.
- 2) **Antécédents médicaux** - Si, dans les 24 mois précédant l'entrée en vigueur de son assurance en cas de maladie grave, la personne assurée a consulté un médecin relativement aux symptômes d'une condition médicale, ou si elle a alors été examinée ou traitée par un professionnel de la santé à cet égard, des prestations peuvent être payables pour cette condition médicale seulement si le premier diagnostic non équivoque et définitif, tel que requis, est établi après plus de 24 mois consécutifs d'assurance en cas de maladie grave.

Cette exclusion pour antécédents médicaux s'applique seulement aux portions du montant d'assurance qui sont obtenues sans preuves d'assurabilité et aux maladies graves qui sont ajoutées à l'assurance sans preuves d'assurabilité.

Si l'assurance en cas de maladie grave remplace directement une autre assurance comportant des garanties similaires et qui a pris fin dans les 31 jours précédant l'entrée en vigueur de l'assurance de remplacement, la personne assurée qui a satisfait la période d'exclusion pour les antécédents médicaux dans l'ancien contrat sera réputée avoir satisfait la période d'exclusion pour les antécédents médicaux du contrat de remplacement, mais uniquement jusqu'à concurrence du montant d'assurance de l'ancien contrat et uniquement pour les maladies graves couvertes par l'ancien contrat. Toute assurance obtenue sans preuves d'assurabilité, qu'il s'agisse d'un nouveau montant ou d'une nouvelle maladie grave couverte, sera soumise aux termes de cette exclusion.

Si le contrat précédent a pris fin dans les 31 jours précédant l'entrée en vigueur du contrat de remplacement, la portion de période d'exclusion pour antécédents médicaux que la personne assurée a satisfaite dans l'ancien contrat sert à réduire la période à satisfaire en vertu du contrat de remplacement, mais uniquement jusqu'à concurrence du montant d'assurance de l'ancien contrat et uniquement à l'égard des maladies graves couvertes par cet ancien contrat. Tout autre montant et toute autre maladie dont la couverture est obtenue sans preuves d'assurabilité seront assujettis à l'exclusion pour antécédents médicaux.

9. Lieu du diagnostic

Si vous présentez une demande de règlement pour une maladie grave pour laquelle le diagnostic a été posé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis ou qui s'est manifestée à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, vous pourrez avoir droit à la prestation prévue par la présente garantie au moment de votre retour au Canada. Avant de déterminer l'admissibilité,

SSQ dispose néanmoins du droit de demander à la personne assurée de passer un nouvel examen médical venant confirmer le diagnostic de maladie grave à son retour au Canada.

10. Droit de transformation

Si vous n'avez pas encore atteint l'âge de 65 ans au moment où votre assurance en vertu de la présente garantie prend fin pour l'une des raisons suivantes :

- a) vous cessez d'être un employé actif du preneur en raison d'une démission, d'un congédiement, de votre retraite ou de votre non-retour au travail à la fin d'une invalidité totale; ou
- b) vous n'êtes plus une personne admissible aux termes de la garantie; ou
- c) la période de toute prolongation de participation à l'assurance en cas de maladie grave prévue aux Dispositions générales prend fin;

vous pouvez remettre une demande écrite à SSQ dans les 31 jours de la fin de l'assurance afin d'obtenir une police individuelle d'assurance en cas de maladie grave. Sur réception de cette demande, SSQ émettra à votre nom une police individuelle d'assurance en cas de maladie grave, et cela sans exiger de preuve d'assurabilité. L'assurance ainsi émise couvrira 4 maladies graves : accident vasculaire cérébral; cancer (mettant la vie en danger); chirurgie coronarienne; crise cardiaque.

Cependant, la transformation ne sera pas possible si la garantie est déjà résiliée au moment de la demande. Une personne qui a déjà reçu un montant de prestation en vertu de la présente garantie ne peut toutefois pas obtenir la transformation de son assurance.

Le montant à transformer ne peut dépasser le plus petit des montants suivants :

- a) le montant d'assurance en vigueur à la date de la fin de l'assurance; ou
- b) un total de 100 000 \$ pour toutes les transformations demandées pour une même personne.

La prime de la police individuelle d'assurance en cas de maladie grave est calculée selon le tarif établi par l'assureur, d'après l'âge atteint de la personne à la date de la transformation. La police individuelle d'assurance en cas de maladie grave est renouvelable annuellement et la prime annuelle est payable par anticipation.

11. Demandes de prestations

La demande de prestations et les pièces justificatives doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date du premier diagnostic ou de la fin de la période exigée de persistance de la maladie. Autrement, vous devez démontrer qu'il était impossible de présenter les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été. Pour qu'une demande puisse être acceptée, tous les documents requis doivent dans tous les cas être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la date du premier diagnostic ou de la fin de la période exigée de persistance de la maladie et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie.

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

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION DE SSQ

Page 1 de 7

LA PRÉSENTE ANNEXE FAIT ÉTAT DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION DE TOUTES LES MALADIES GRAVES QUI PEUVENT SE TROUVER DANS L'UN OU L'AUTRE DES ENSEMBLES OFFERTS PAR SSQ POUR L'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE. LE PRENEUR ET LES ADHÉRENTS SONT AINSI AVISÉS QUE SSQ CONTINUERA À APPLIQUER CES EXCLUSIONS MÊME EN CAS DE CHANGEMENT DANS LES CHOIX DE GARANTIES D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE.

Lorsqu'une demande de règlement a été faite pour une personne assurée autre qu'un Enfant à charge et qu'une prestation a été jugée payable pour la situation décrite dans l'une des colonnes de droite du tableau ci-dessous, certaines des situations décrites dans la colonne de gauche ne peuvent plus donner droit à des prestations pour la même personne. Dans les cas où une situation ne peut plus donner droit à des prestations, un X se trouve à la fois vis-à-vis la situation décrite à gauche et la situation de la colonne concernée. De plus, pour qu'une situation puisse ouvrir droit à des prestations, elle doit être incluse dans la liste des maladies graves couvertes pour la personne assurée ou à l'article « Garantie complémentaire en cas de certaines maladies ».

Lorsqu'une demande de règlement a été faite pour un Enfant à charge et qu'une prestation a été jugée payable, d'autres prestations ne peuvent en aucun cas devenir payables pour cet Enfant à charge, peu importe les maladies qui sont en cause.

Il faut interpréter la présente Annexe comme si le nom de toutes les maladies qui y sont mentionnées était écrit au long, conformément aux noms définis dans la description de la garantie. C'est uniquement pour des raisons de présentation sous forme de tableau que la longueur de certains d'entre eux a été réduite.

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION DE SSQ (SUITE)

Page 2 de 7	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
* Note : Pour qu'une seconde demande pour Cancer puisse être approuvée, la garantie doit comporter l'article « Prestations en cas de récurrence de cancer » et toutes les exigences qui y sont prévues doivent être respectées.	Accident vasculaire cérébral	Anémie aplasique	Angioplastie coronarienne	Arthrite rhumatoïde grave	Brûlures graves	Cancer (mettant la vie en danger)	Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral	X						
Anémie aplasique		X				X	
Angioplastie coronarienne	X		X				X
Arthrite rhumatoïde grave				X			
Brûlures graves					X		
Cancer (mettant la vie en danger)		X				X*	
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)		X	X			X	X
Carcinome canalaire in situ du sein		X	X			X	X
Cardiomyopathie dilatée							
Cécité							
Chirurgie de l'aorte	X						
Coma	X						
Crise cardiaque	X						
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente en vue d'une greffe	X			X			
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	X						
Dystrophie musculaire							
Greffe d'un organe vital	X			X			
Hépatite virale fulminante							
Hypertension artérielle pulmonaire primitive							
Infection au VIH dans le cadre du travail							
Insuffisance hépatique à un stade avancé	X			X		X	
Insuffisance rénale	X			X			
Lupus érythémateux disséminé				X			
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie				X			
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques							
Maladie du motoneurone							
Mélanome malin au stade 1A		X	X			X	X
Méningite purulente							
Paralysie					X		
Perte d'autonomie	X	X		X	X	X	
Perte de l'usage de la parole							
Perte de membres							
Pontage aortocoronarien	X						
Remplacement d'une hanche par chirurgie				X			
Remplacement d'un genou par chirurgie				X			
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	X						
Sclérose en plaques							
Sclérose généralisée évolutive							
Surdité							
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION DE SSQ (SUITE)

Page 3 de 7	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Carcinome canalaire in situ du sein	Cardiomyopathie dilatée	Cécité	Chirurgie de l'aorte	Coma	Crise cardiaque	Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente en vue d'une greffe
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral		X		X	X	X	X
Anémie aplasique							X
Angioplastie coronarienne	X	X		X		X	
Arthrite rhumatoïde grave							
Brûlures graves							
Cancer (mettant la vie en danger)							X
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)	X						X
Carcinome canalaire in situ du sein	X						X
Cardiomyopathie dilatée		X					
Cécité			X		X		
Chirurgie de l'aorte		X		X		X	
Coma		X		X	X	X	X
Crise cardiaque		X		X		X	X
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente en vue d'une greffe		X		X		X	X
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer		X		X		X	
Dystrophie musculaire							
Greffe d'un organe vital		X		X		X	X
Hépatite virale fulminante							
Hypertension artérielle pulmonaire primitive							
Infection au VIH dans le cadre du travail							
Insuffisance hépatique à un stade avancé		X		X		X	X
Insuffisance rénale		X		X		X	X
Lupus érythémateux disséminé							
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie							
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques							
Maladie du motoneurone							
Mélanome malin au stade 1A	X						X
Méningite purulente							
Paralysie					X		
Perte d'autonomie		X	X	X	X	X	X
Perte de l'usage de la parole					X		
Perte de membres							
Pontage aortocoronarien		X		X		X	
Remplacement d'une hanche par chirurgie							
Remplacement d'un genou par chirurgie							
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque		X		X		X	
Sclérose en plaques							
Sclérose généralisée évolutive							
Surdité					X		
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION DE SSQ (SUITE)

Page 4 de 7	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Démence y compris la maladie d'Alzheimer	Dystrophie musculaire	Grefe d'un organe vital	Hépatite virale fulminante	Hypertension artérielle pulmonaire primitive	Infection au VIH dans le cadre du travail	Insuffisance hépatique à un stade avancé
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral		X	X		X	X	X
Anémie aplasique			X				
Angioplastie coronarienne							X
Arthrite rhumatoïde grave							
Brûlures graves							
Cancer (mettant la vie en danger)			X	X		X	X
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)			X	X		X	X
Carcinome canalaire in situ du sein			X	X		X	X
Cardiomyopathie dilatée		X			X		
Cécité		X				X	X
Chirurgie de l'aorte					X		X
Coma		X	X		X	X	X
Crise cardiaque		X	X		X		X
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente en vue d'une greffe		X	X	X	X		X
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	X						
Dystrophie musculaire		X					
Grefe d'un organe vital		X	X	X	X		X
Hépatite virale fulminante				X			
Hypertension artérielle pulmonaire primitive					X		
Infection au VIH dans le cadre du travail						X	
Insuffisance hépatique à un stade avancé		X	X	X		X	X
Insuffisance rénale		X	X		X	X	X
Lupus érythémateux disséminé							
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie							
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques							
Maladie du motoneurone							
Mélanome malin au stade 1A			X	X		X	X
Méningite purulente							
Paralysie		X				X	X
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X	X	X
Perte de l'usage de la parole		X				X	
Perte de membres							
Pontage aortocoronarien					X		X
Remplacement d'une hanche par chirurgie							
Remplacement d'un genou par chirurgie							
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque		X			X		
Sclérose en plaques							X
Sclérose généralisée évolutive							X
Surdité		X				X	
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION DE SSQ (SUITE)

Page 5 de 7	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Insuffisance rénale	Lupus érythémateux disséminé	Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie	Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques	Maladie du motoneurone	Mélanome malin au stade 1A	Méningite purulente
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral	X	X			X		X
Anémie aplasique							
Angioplastie coronarienne						X	
Arthrite rhumatoïde grave	X	X	X				
Brûlures graves							
Cancer (mettant la vie en danger)							
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)						X	
Carcinome canalaire in situ du sein						X	
Cardiomyopathie dilatée							
Cécité					X		X
Chirurgie de l'aorte							
Coma	X			X	X		X
Crise cardiaque	X				X		
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente en vue d'une greffe	X	X	X				
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer							
Dystrophie musculaire							
Greffe d'un organe vital	X	X	X				
Hépatite virale fulminante							
Hypertension artérielle pulmonaire primitive		X					
Infection au VIH dans le cadre du travail							
Insuffisance hépatique à un stade avancé	X	X	X				
Insuffisance rénale	X	X	X				
Lupus érythémateux disséminé	X	X	X				
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie	X	X	X				
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques				X			
Maladie du motoneurone					X		
Mélanome malin au stade 1A						X	
Méningite purulente							X
Paralysie				X	X		X
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X		X
Perte de l'usage de la parole				X	X		X
Perte de membres							
Pontage aortocoronarien							
Remplacement d'une hanche par chirurgie							
Remplacement d'un genou par chirurgie							
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque							
Sclérose en plaques							
Sclérose généralisée évolutive							
Surdité					X		X
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION DE SSQ (SUITE)

Page 6 de 7	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Paralysie	Perte d'autonomie	Perte de l'usage de la parole	Perte de membres	Pontage aorto-coronarien	Remplacement d'une hanche par chirurgie	Remplacement d'un genou par chirurgie
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral		X			X		
Anémie aplasique		X					
Angioplastie coronarienne					X		
Arthrite rhumatoïde grave		X				X	X
Brûlures graves		X					
Cancer (mettant la vie en danger)		X					
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)							
Carcinome canalaire in situ du sein							
Cardiomyopathie dilatée		X					
Cécité		X					
Chirurgie de l'aorte		X			X		
Coma	X	X			X		
Crise cardiaque		X			X		
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente en vue d'une greffe		X			X		
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer		X			X		
Dystrophie musculaire		X					
Greffe d'un organe vital		X			X		
Hépatite virale fulminante		X					
Hypertension artérielle pulmonaire primitive		X					
Infection au VIH dans le cadre du travail		X					
Insuffisance hépatique à un stade avancé		X			X		
Insuffisance rénale		X			X		
Lupus érythémateux disséminé		X					
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie		X					
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques		X					
Maladie du motoneurone		X					
Mélanome malin au stade 1A		X					
Méningite purulente		X					
Paralysie	X	X					
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X	X	X
Perte de l'usage de la parole	X	X	X				
Perte de membres		X		X			
Pontage aortocoronarien		X			X		
Remplacement d'une hanche par chirurgie		X				X	X
Remplacement d'un genou par chirurgie		X				X	X
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque		X			X		
Sclérose en plaques		X					
Sclérose généralisée évolutive		X					
Surdité		X					
Tumeur cérébrale bénigne		X					

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION DE SSQ (SUITE)

Page 7 de 7	Si une prestation a été payée pour la situation suivante				
	Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	Sclérose en plaques	Sclérose généralisée évolutive	Surdité	Tumeur cérébrale bénigne
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante					
Accident vasculaire cérébral	X	X	X		X
Anémie aplasique					
Angioplastie coronarienne	X				
Arthrite rhumatoïde grave					
Brûlures graves					
Cancer (mettant la vie en danger)					
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)					
Carcinome canalaire in situ du sein					
Cardiomyopathie dilatée					
Cécité		X			X
Chirurgie de l'aorte	X				
Coma	X	X	X		X
Crise cardiaque	X		X		
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente en vue d'une greffe	X		X		
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	X				
Dystrophie musculaire					
Greffe d'un organe vital	X		X		
Hépatite virale fulminante					
Hypertension artérielle pulmonaire primitive					
Infection au VIH dans le cadre du travail					
Insuffisance hépatique à un stade avancé	X		X		
Insuffisance rénale	X	X	X		
Lupus érythémateux disséminé					
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie					
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques					
Maladie du motoneurone					
Mélanome malin au stade 1A					
Méningite purulente					X
Paralysie		X			X
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X
Perte de l'usage de la parole		X			X
Perte de membres					
Pontage aortocoronarien	X				
Remplacement d'une hanche par chirurgie					
Remplacement d'un genou par chirurgie					
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	X				
Sclérose en plaques		X			
Sclérose généralisée évolutive			X		
Surdité		X		X	X
Tumeur cérébrale bénigne					X

RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE

Votre assurance salaire de courte durée

1. Définitions

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

Délai de carence

Période d'invalidité totale qui doit s'écouler avant que vous puissiez avoir droit à des prestations en vertu de la présente garantie.

Période de retour progressif au travail

Période au cours de laquelle vous retournez au travail à temps réduit et pour laquelle SSQ accepte de payer des prestations d'un montant ajusté afin de faciliter votre retour définitif au travail. La période de retour progressif au travail est possible seulement pendant que l'incapacité de la personne à remplir les principales fonctions de son emploi habituel lui permet de répondre à la définition d'invalidité totale du contrat.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à vous payer un montant de prestations hebdomadaires pendant votre invalidité totale, si vous devenez totalement invalide lorsque vous êtes assuré par la présente garantie et que votre invalidité totale persiste après le délai de carence.

3. Prestations

3.1 Montant et durée

Le montant et la durée de paiement des prestations de la présente garantie sont déterminés selon les indications du « Tableau des garanties ». Si toutefois la présente garantie est un régime enregistré auprès de l'assurance emploi, les prestations peuvent se poursuivre après l'âge prévu de fin de prestations afin de rendre le présent régime au moins aussi généreux que l'aurait été le régime de l'assurance emploi.

Les prestations de la présente garantie sont versées à la fin des périodes auxquelles elles s'appliquent.

3.2 Données servant à calculer les prestations

Le montant de prestations est calculé selon le salaire que vous touchiez au début de votre période d'invalidité totale de même qu'en fonction des dispositions contractuelles alors en vigueur et de la classe d'employés admissibles à laquelle vous apparteniez.

3.3 Réduction en présence d'autres sources de revenu (Réduction directe)

Le montant de prestations déterminé au « Tableau des garanties » est réduit des autres revenus et indemnités qui vous sont payables et dont la source est l'une des suivantes :

Toute rente d'invalidité payable en vertu de toute autre loi sociale	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité payable en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou les maladies professionnelles	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité gouvernementale payable à une victime d'acte criminel	100 % avant impôt
Des prestations parentales payables en vertu d'une loi	100 % avant impôt
Un emploi de réadaptation	50 % avant impôt
Une rente d'invalidité du Régime de pensions du Canada	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité payable en vertu d'une loi sur l'assurance automobile	100 % avant impôt

Lorsque ces revenus ou prestations vous sont versés sous forme de paiement forfaitaire, un équivalent hebdomadaire de ce montant forfaitaire entre dans le calcul de chaque prestation.

Si vous ne recevez pas les revenus des sources mentionnées précédemment, vous devez prouver que vous n'y avez pas droit. Sinon, SSQ prend en considération ceux auxquels vous auriez droit selon son estimation. Cette disposition ne s'applique pas aux revenus de retraite du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec et du régime de retraite de l'employeur.

Aux fins du calcul des prestations, il n'est pas tenu compte des indemnités pour personnes à charge. Il n'est pas tenu compte non plus de l'indexation des sources de revenu.

3.4 Enregistrement à l'assurance emploi (réductions)

Si la présente garantie est un régime enregistré auprès de l'assurance emploi, les réductions de prestations directe et indirecte des 17 premières semaines d'invalidité totale s'appliquent de manière à préserver l'enregistrement en question.

4. Contrat de travail à durée déterminée

Si vous êtes couvert par cette garantie et que vous deveniez totalement invalide durant votre contrat de travail à durée déterminée, vous êtes admissible à des prestations sous réserve des dispositions en vigueur au début de votre invalidité totale. Toutefois, les prestations cessent au plus tard à la date à laquelle votre contrat de travail aurait dû prendre fin.

5. Exclusions, limitations et restrictions

Les prestations d'assurance salaire de courte durée ne sont pas payables pour une période au cours de laquelle :

- a) vous n'êtes pas sous les soins continus d'un médecin, sauf si votre invalidité totale, telle que définie au contrat, est un état stationnaire attesté par un médecin de manière jugée satisfaisante par SSQ;
- b) vous occupez une fonction ou effectuez un travail pouvant vous rapporter un revenu quelconque, à moins qu'il s'agisse d'un retour progressif au travail ou d'un programme de réadaptation approuvé à l'avance par SSQ;
- c) vous ne participez pas de bonne foi à un programme de réadaptation recommandé par SSQ;
- d) vous n'avez pas effectué un retour progressif au travail recommandé par SSQ.

Cette garantie ne couvre pas :

- a) les invalidités pour lesquelles vous ne vous êtes pas soumis, lorsque SSQ vous en a fait la demande, à tout examen par un professionnel de la santé ou à tout traitement ou programme susceptible de favoriser votre retour à la santé;
- b) les invalidités qui sont attribuables à des traitements esthétiques ou cosmétiques, à moins que ceux-ci ne soient nécessaires en raison d'une maladie ou d'une blessure;
- c) les invalidités qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :
 - i) un acte criminel que vous commettez ou tentez de commettre;
 - ii) votre participation active à une émeute ou à une insurrection;
 - iii) une guerre, déclarée ou non;
 - iv) votre service actif dans des forces armées;
 - v) des blessures que vous vous infligez intentionnellement, que vous soyez alors sain d'esprit ou non.

Aucune prestation d'assurance salaire de courte durée ne peut être versée pendant que vous avez droit à des prestations d'assurance salaire de longue durée.

6. Gestion de l'invalidité

6.1 Retour progressif au travail

SSQ doit préalablement approuver toute période de retour progressif au travail, tant par rapport à sa durée que par rapport au temps de travail hebdomadaire.

Durant votre période de retour progressif au travail, vos prestations d'assurance salaire sont réduites du pourcentage que représente le temps de travail que vous effectuez normalement chaque semaine de cette période par rapport au temps de travail que vous effectuiez normalement chaque semaine avant de devenir totalement invalide. Toutefois,

la rémunération reçue dans le cadre d'un retour progressif au travail n'est pas prise en considération aux fins des réductions directe et indirecte.

6.2 Réadaptation

En cas d'invalidité totale, vous devez accepter de participer de bonne foi à tout programme de réadaptation approuvé et supervisé par SSQ.

Vos prestations sont réduites de 50 % de votre rémunération de réadaptation.

7. Demande de prestations

La demande de prestations et les preuves de l'invalidité totale doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence; les preuves de récurrence d'invalidité totale et les demandes s'y rapportant doivent lui être présentées dans les 90 jours suivant la date de la récurrence; toute information supplémentaire exigée relativement à une invalidité doit lui être fournie dans les 90 jours suivant la date à laquelle SSQ en a fait la demande. Si ces délais ne sont pas respectés, vous devez démontrer qu'il était impossible de présenter les demandes et les documents nécessaires plus tôt qu'ils ne l'ont été, à défaut de quoi SSQ peut refuser votre demande ou interrompre le paiement des prestations.

À partir du moment où SSQ vous avise d'un refus de paiement ou d'une cessation des prestations, vous disposez de 90 jours pour fournir des preuves supplémentaires justifiant la continuation de votre droit aux prestations ou pour faire réviser votre dossier.

À défaut de produire les demandes de prestations ou de révision et les preuves à l'intérieur des délais prévus à la présente garantie, votre droit aux prestations ne pourra s'appliquer à aucune période précédant la date à laquelle SSQ les aura reçues.

Pour qu'une demande puisse être acceptée, tous les documents requis doivent dans tous les cas être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la fin du délai de carence et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie. De plus, en cas de refus de paiement ou de cessation de prestations, aucun nouveau paiement de prestations ne pourra s'appliquer à votre invalidité si les documents requis n'ont pas tous été fournis à SSQ au plus tard 12 mois après la date de l'avis de refus ou de cessation.

Votre assurance salaire de longue durée

1. Définitions

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

Délai de carence

Période d'invalidité totale qui doit s'écouler avant que vous puissiez avoir droit à des prestations en vertu de la présente garantie.

Période de retour progressif au travail

Période au cours de laquelle vous retournez au travail à temps réduit et pour laquelle SSQ accepte de payer des prestations d'un montant ajusté afin de faciliter votre retour définitif au travail. La période de retour progressif au travail est possible seulement pendant que l'incapacité de la personne à remplir les principales fonctions de son emploi habituel lui permet de répondre à la définition d'invalidité totale du contrat.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à vous payer un montant de prestations mensuelles pendant votre invalidité totale, si vous devenez totalement invalide lorsque vous êtes assuré par la présente garantie et que votre invalidité totale persiste après le délai de carence.

3. Prestations

3.1 Montant et durée

Le montant et la durée de paiement des prestations de la présente garantie sont déterminés selon les indications du « Tableau des garanties ».

Les prestations de la présente garantie sont versées à la fin des périodes auxquelles elles s'appliquent.

3.2 Données servant à calculer les prestations

Le montant de prestations est calculé selon le salaire que vous touchiez au début de votre période d'invalidité totale de même qu'en fonction des dispositions contractuelles alors en vigueur et de la classe d'employés admissibles à laquelle vous apparteniez.

3.3 Réduction en présence d'autres sources de revenu (Réduction directe)

Le montant de prestations déterminé au « Tableau des garanties » est réduit des autres revenus et indemnités qui vous sont payables et dont la source est l'une des suivantes :

Une rente d'invalidité payable en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou les maladies professionnelles	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité gouvernementale payable à une victime d'acte criminel	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité du Régime de pensions du Canada	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec, y compris tout Montant additionnel pour invalidité	100 % avant impôt
Une rente d'invalidité payable en vertu d'une loi sur l'assurance automobile	100 % avant impôt

Lorsque ces revenus ou prestations vous sont versés sous forme de paiement forfaitaire, un équivalent mensuel de ce montant forfaitaire entre dans le calcul de chaque prestation.

Si vous ne recevez pas les revenus des sources mentionnées précédemment, vous devez prouver que vous n'y avez pas droit. Sinon, SSQ prend en considération ceux auxquels vous auriez droit selon son estimation. Cette disposition ne s'applique pas aux revenus de retraite du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec et du régime de retraite de l'employeur.

Aux fins du calcul des prestations, il n'est pas tenu compte des indemnités pour personnes à charge. Il n'est pas tenu compte non plus de l'indexation des sources de revenu.

3.4 Coordination (Réduction indirecte)

Le total des sommes qui vous sont payables pour un mois donné par les sources mentionnées ci-après ne peut en aucun temps excéder 85 % du salaire brut payable au début de votre invalidité totale. À cette fin, les prestations sont réduites de cet excédent. Les revenus qui entrent dans ce calcul sont ceux dont la source est l'une des suivantes :

La présente garantie

Toute rente d'invalidité payable en vertu de toute autre loi sociale	100% avant impôt
Une rente d'invalidité payable en vertu d'une autre police d'assurance collective	100% avant impôt
Une rente d'invalidité payable en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou les maladies professionnelles	100% avant impôt
Une rente d'invalidité gouvernementale payable à une victime d'acte criminel	100% avant impôt
L'employeur	100% avant impôt
Un emploi de réadaptation	100% avant impôt
Une rente d'invalidité du Régime de pensions du Canada	100% avant impôt
Une rente de retraite du Régime de pensions du Canada	100% avant impôt
Une rente d'invalidité du régime de retraite de l'employeur	100% avant impôt
Une rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec, y compris tout Montant additionnel pour invalidité	100% avant impôt
Une rente de retraite de la Régie des rentes du Québec	100% avant impôt
Une rente de retraite du régime de retraite de l'employeur	100% avant impôt
Une rente d'invalidité payable en vertu d'une loi sur l'assurance automobile	100% avant impôt

Lorsque ces revenus ou prestations vous sont versés sous forme de paiement forfaitaire, un équivalent mensuel de ce montant forfaitaire entre dans le calcul de chaque prestation.

Si vous ne recevez pas les revenus des sources mentionnées précédemment, vous devez prouver que vous n'y avez pas droit. Sinon, SSQ prend en considération ceux auxquels vous auriez droit selon son estimation. Cette disposition ne s'applique pas aux revenus de retraite du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec et du régime de retraite de l'employeur.

Aux fins du calcul des prestations, il n'est pas tenu compte des indemnités pour personnes à charge. Il n'est pas tenu compte non plus de l'indexation des sources de revenu.

4. Montant forfaitaire en cas de décès pendant une période de prestations

Si vous décédez avant la fin d'une période où vous aviez droit à des prestations en vertu de la présente garantie, un montant forfaitaire équivalent à 3 mois complets de prestations est versé à votre succession, sinon à votre bénéficiaire désigné à cette fin, le cas échéant. Ce montant de prestations est établi sur la base du dernier versement effectué.

5. Exclusions, limitations et restrictions

Les prestations d'assurance salaire de longue durée ne sont pas payables pour une période au cours de laquelle :

- a) vous n'êtes pas sous les soins continus d'un médecin, sauf si votre invalidité totale, telle que définie au contrat, est un état stationnaire attesté par un médecin de manière jugée satisfaisante par SSQ;
- b) vous occupez une fonction ou effectuez un travail pouvant vous rapporter un revenu quelconque, à moins qu'il s'agisse d'un retour progressif au travail ou d'un programme de réadaptation approuvé à l'avance par SSQ;
- c) vous ne participez pas de bonne foi à un programme de réadaptation recommandé par SSQ;
- d) vous n'avez pas effectué un retour progressif au travail recommandé par SSQ.

Cette garantie ne couvre pas :

- a) les invalidités pour lesquelles vous ne vous êtes pas soumis, lorsque SSQ vous en a fait la demande, à tout examen par un professionnel de la santé ou à tout traitement ou programme susceptible de favoriser votre retour à la santé;
- b) les invalidités qui sont attribuables à des traitements esthétiques ou cosmétiques, à moins que ceux-ci ne soient nécessaires en raison d'une maladie ou d'une blessure;
- c) les invalidités qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :
 - i) un acte criminel que vous commettez ou tentez de commettre;
 - ii) votre participation active à une émeute ou à une insurrection;
 - iii) une guerre, déclarée ou non;
 - iv) votre service actif dans des forces armées;
 - v) des blessures que vous vous infligez intentionnellement, que vous soyez alors sain d'esprit ou non.

Aucune prestation d'assurance salaire de longue durée ne peut être versée pendant que vous avez droit à des prestations d'assurance salaire de courte durée.

6. Gestion de l'invalidité

6.1 Retour progressif au travail

SSQ doit préalablement approuver toute période de retour progressif au travail, tant par rapport à sa durée que par rapport au temps de travail hebdomadaire.

Durant votre période de retour progressif au travail, vos prestations d'assurance salaire sont réduites du pourcentage que représente le temps de travail que vous effectuez normalement chaque mois de cette période par rapport au temps de travail que vous effectuiez normalement chaque mois avant de devenir totalement invalide. Toutefois, la

rémunération reçue dans le cadre d'un retour progressif au travail n'est pas prise en considération aux fins des réductions directe et indirecte.

6.2 Réadaptation

En cas d'invalidité totale, vous devez accepter de participer de bonne foi à tout programme de réadaptation approuvé et supervisé par SSQ.

Vos prestations sont réduites de la partie de votre rémunération de réadaptation qui, combinée aux revenus provenant des sources énumérées sous PRESTATIONS aux fins des réductions directe et indirecte, excède 100 % du salaire mensuel brut payable au début de votre invalidité totale.

7. Demande de prestations

La demande de prestations et les preuves de l'invalidité totale doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence; les preuves de récurrence d'invalidité totale et les demandes s'y rapportant doivent lui être présentées dans les 90 jours suivant la date de la récurrence; toute information supplémentaire exigée relativement à une invalidité doit lui être fournie dans les 90 jours suivant la date à laquelle SSQ en a fait la demande. Si ces délais ne sont pas respectés, vous devez démontrer qu'il était impossible de présenter les demandes et les documents nécessaires plus tôt qu'ils ne l'ont été, à défaut de quoi SSQ peut refuser votre demande ou interrompre le paiement des prestations.

À partir du moment où SSQ vous avise d'un refus de paiement ou d'une cessation des prestations, vous disposez de 90 jours pour fournir des preuves supplémentaires justifiant la continuation de votre droit aux prestations ou pour faire réviser votre dossier.

À défaut de produire les demandes de prestations ou de révision et les preuves à l'intérieur des délais prévus à la présente garantie, votre droit aux prestations ne pourra s'appliquer à aucune période précédant la date à laquelle SSQ les aura reçues.

Pour qu'une demande puisse être acceptée, tous les documents requis doivent dans tous les cas être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la fin du délai de carence et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie. De plus, en cas de refus de paiement ou de cessation de prestations, aucun nouveau paiement de prestations ne pourra s'appliquer à votre invalidité si les documents requis n'ont pas tous été fournis à SSQ au plus tard 12 mois après la date de l'avis de refus ou de cessation.

accès

Découvrez nos services en ligne en
vous inscrivant dès aujourd'hui au site
ACCÈS | assurés.

Service à la clientèle

Sans frais 1 877 651-8080

Région de Montréal 514 223-2500