

RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE

assuré par



COMITÉ PARITAIRE D'ASSURANCE
F.M.O.Q. – A.C.D.Q. – A.O.Q. - M.S.S.S.

Contrat : 9600

À jour le 1^{er} juillet 2009

Le comité paritaire des assurances en collaboration avec La Capitale assurances et gestion du patrimoine, vous présente ce document d'information dans lequel vous retrouverez l'essentiel des dispositions et conditions des régimes d'assurance collective.

Les modalités de ces régimes font suite aux ententes intervenues entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (F.M.O.Q.), l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (A.C.D.Q.) et l'Association des optométristes du Québec (A.O.Q.).

Nous vous invitons à prendre connaissance de l'information contenue dans ce document pour mieux connaître les avantages auxquels vous avez droit.

Le présent document est distribué à titre de renseignement seulement et ne change en rien les dispositions et conditions du contrat d'assurance collective.

Dans le présent document, la forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

COMMUNICATIONS

Régie de l'assurance maladie du Québec (R.A.M.Q.), service de l'information professionnelle, à l'un des numéros de téléphone suivants :

Québec :	418 643-8210
Montréal :	514 873-3480
Extérieur de Québec et de Montréal :	1 800 463-4776

Et à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et de la révision
Poste Q011, C.P. 6600 Québec G1K 7T3



625, rue Saint-Amable
Case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9
Téléphone : 418 644-4200 ou sans frais : 1 800 463-4856

Lors de vos communications avec La Capitale, veuillez indiquer :

- Votre nom et adresse;
- Le numéro de groupe, soit le 9600;
- Votre numéro d'identification.

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

A – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX : RÉGIMES ASSURÉS PAR LA CAPITALE.....	4
1. Admissibilité.....	4
2. Adhésion.....	5
3. Date d'entrée en vigueur de l'assurance	6
4. Définitions.....	8
5. Continuité de l'assurance en cas d'interruption des activités professionnelles.....	10
6. Conditions préexistantes	11
7. Preuves d'invalidité.....	11
B – LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES ASSURÉS PAR LA CAPITALE	13
1. Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vie	13
- Montant de la prestation	13
- Traitement servant au calcul de la prestation si le décès survient pendant une invalidité	13
- Bénéficiaire.....	13
- Paiement de l'assurance	13
- Exonération des primes en cas d'invalidité.....	14
- Exclusions et réduction du régime.....	14
- Prolongation en cas de transformation	14
- Droit de transformation	15
- Paiement anticipé	15
- Terminaison.....	15
2. Le régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée.....	16
- Délai de carence.....	16
- Période de prestations.....	16
- Montant de la prestation	16
- Indexation	17
- Exclusions et réduction.....	18
- Exonération des primes en cas d'invalidité.....	18
- Réadaptation	18
- Terminaison de l'assurance.....	19
3. Le régime complémentaire optionnel d'assurance vie.....	19
- Montant des prestations	19
- Traitement servant au calcul de la prestation si le décès survient pendant une invalidité	19
- Exclusions et réduction du régime.....	20
- Bénéficiaire.....	20
- Prolongation en cas de transformation	20
- Droit de transformation	21
- Paiement de l'assurance	21
- Exonération des primes en cas d'invalidité.....	21
- Terminaison.....	21

C – DEMANDE DE PRESTATIONS	23
Comment faire une demande de prestations.....	23
 ANNEXE – RÉGIMES OBLIGATOIRES AUTOASSURÉS PAR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC	 24

IMPORTANT

Ce document ne mentionne pas toutes les clauses concernant les définitions, l'admissibilité, l'adhésion et autres stipulations diverses. Toutefois, vous pouvez en connaître le contenu en consultant le contrat disponible auprès de votre syndicat professionnel.

Prière de vous référer à l'Annexe de la présente brochure pour une description sommaire des régimes autoassurés par le gouvernement.

A – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX : RÉGIMES ASSURÉS PAR LA CAPITALE

1. Admissibilité

Les régimes obligatoires prennent effet à compter du jour où l'adhérent rencontre les conditions d'admissibilité mentionnées ci-dessous pourvu qu'il soit alors en exercice.

Un membre est admissible à compter de la première des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du présent contrat dans le cas d'un membre assuré en vertu du contrat antérieur, conformément à l'article « Dispositions transitoires » qui stipule :
 - Pour un adhérent assuré seul ou avec ses personnes à charge en vertu d'un contrat antérieur, l'Assureur garantit le lien entre le présent contrat et le contrat antérieur conformément à la Loi sur les assurances et le Règlement d'application de la Loi sur les assurances, l'adhérent ne devant subir aucun préjudice dû au changement de contrat, qu'il soit en activités professionnelles ou non.
 - En cas de litige avec l'ancien assureur pour le paiement d'une prestation, l'Assureur est disposé à honorer cette dernière dans les délais normaux, sans égard au litige, et, après discussion avec le Preneur, à prendre les recours nécessaires contre l'ancien assureur, s'il y a lieu.
- la date où il complète le délai d'admissibilité, soit :
 - après un mois de service pour un membre à plein temps dont la période régulière hebdomadaire d'activités professionnelles est égale ou supérieure à 27 heures;
 - après trois mois de service pour un membre à plein temps dont la période hebdomadaire d'activités professionnelles est de moins de 27 heures ainsi que pour un membre à demi-temps dont la période régulière hebdomadaire d'activités professionnelles comporte 17½ heures.

Dans le calcul du délai d'admissibilité, la première date d'entrée en service à titre de demi-temps s'applique au membre qui cumule cette qualité dans plus d'un établissement.

Un membre qui pratique occasionnellement un nombre d'heures moindre que celui prévu à la période d'activités professionnelles prévue à sa nomination est également admissible à l'assurance.

Le fait pour un membre de cesser d'exercer sa profession dans un établissement pour l'exercer de nouveau dans un autre établissement n'interrompt pas la durée de son service aux fins de déterminer son admissibilité à l'assurance s'il s'est écoulé 12 mois ou moins entre la cessation et la reprise. Le membre doit cependant avoir avisé la RAMQ, dans les trois mois de la cessation de ses activités professionnelles dans un établissement, qu'il est de son intention de reprendre ultérieurement ses activités professionnelles dans le même ou un autre établissement selon le même mode de rémunération. La même règle s'applique dans un cas de renouvellement de la nomination d'un membre dans un même établissement.

Toute personne à charge d'un adhérent est admissible à l'assurance soit à la même date que l'adhérent si elle est déjà une personne à charge, soit à la date où elle le devient.

2. Adhésion

Pour les régimes complémentaires obligatoires

La participation aux régimes complémentaires obligatoires est obligatoire pour tout membre qui remplit les conditions d'admissibilité à l'assurance. Aucune preuve d'assurabilité n'est requise par l'Assureur. La RAMQ voit à transmettre à l'Assureur les informations pertinentes relatives au professionnel concerné.

Pour le régime complémentaire optionnel d'assurance vie

La participation au régime complémentaire optionnel d'assurance vie est facultative pour tout membre et ses personnes à charge qui remplissent les conditions d'admissibilité à l'assurance.

Toutefois, la participation aux régimes complémentaires obligatoires est prérequis à la participation au régime complémentaire optionnel d'assurance vie. Tout membre qui désire y participer doit remplir le formulaire d'adhésion prévu à cet effet et fournir, pour lui-même et ses personnes à charge s'il y a lieu, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur.

Aucune preuve d'assurabilité n'est requise par l'Assureur pour les montants d'assurance vie de base pour le conjoint et pour chaque enfant à charge lorsque le médecin, le dentiste ou l'optométriste demande d'être assuré en vertu de l'assurance vie de base pour le conjoint et pour chaque enfant à charge offerte en vertu du présent régime et présente sa demande d'adhésion dans les 30 jours suivant son mariage, la reconnaissance du conjoint ou la naissance de l'enfant à charge. Dans le cas de ce dernier événement (la naissance de l'enfant à charge), seule l'assurance vie sur la vie de cet enfant à charge et des autres enfants qui naissent subséquentement est accordée sans preuve d'assurabilité.

De plus, l'Assureur peut accorder une protection familiale tout en excluant une personne de la famille à la suite de l'examen des preuves d'assurabilité.

La participation à l'assurance vie de base pour le conjoint et les enfants à charge nécessite la participation à l'assurance vie optionnelle de l'adhérent.

La participation à l'assurance vie additionnelle du conjoint nécessite la participation au régime complémentaire optionnel d'assurance vie de base pour le conjoint et les enfants à charge et au régime complémentaire optionnel d'assurance vie de l'adhérent.

L'adhérent invalide ne peut se prévaloir des protections optionnelles d'assurance vie pour ses personnes à charge. Cependant, les nouveaux enfants d'un adhérent invalide qui participe déjà à l'assurance vie de base pour le conjoint et les enfants à charge sont automatiquement assurés à compter de l'âge de 24 heures.

3. Date d'entrée en vigueur de l'assurance

La date d'entrée en vigueur de l'assurance est déterminée comme suit :

Pour les régimes complémentaires d'assurance vie

- Régime complémentaire obligatoire d'assurance vie

Tout membre devient assuré en vertu de ce régime à la date d'entrée en vigueur du contrat s'il est alors admissible; sinon le jour où il devient admissible pourvu qu'il soit alors en activités professionnelles ou l'ait été le dernier jour où il devait normalement l'être si cette date ne coïncide pas avec un jour ouvrable, sinon la date de son retour en activités professionnelles.

- Régime complémentaire optionnel d'assurance vie

Membre

Tout membre devient assuré en vertu de ce régime à la date d'entrée en vigueur du contrat s'il était assuré pour ce régime en vertu du contrat antérieur immédiatement avant cette date.

Tout membre qui choisit d'adhérer à ce régime après la date d'entrée en vigueur du contrat devient assuré à la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, pourvu qu'il soit alors en activités professionnelles ou l'ait été le dernier jour où il devait normalement l'être si cette date ne coïncide pas avec un jour ouvrable, sinon la date de son retour en activités professionnelles.

Pour le membre qui choisit en cours d'assurance d'augmenter le montant de sa protection, la date de mise en vigueur du montant additionnel correspond à la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, pourvu qu'il soit alors en activités professionnelles ou l'ait été le dernier jour où il devait normalement l'être si cette date ne coïncide pas avec un jour ouvrable, sinon la date de son retour en activités professionnelles.

Conjoint et enfants à charge

L'assurance des personnes à charge débute à la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du contrat relativement à une personne à charge qui était déjà assurée par le régime complémentaire optionnel d'assurance vie en vertu du contrat antérieur immédiatement avant cette date;
- la date à laquelle le membre présente sa demande d'adhésion dans les cas où des preuves d'assurabilité ne sont pas requises;
- la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, le cas échéant.

En aucun temps, l'assurance des personnes à charge ne peut entrer en vigueur avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance du membre.

Dans tous les cas après la date d'entrée en vigueur du contrat, la date d'entrée en vigueur des régimes complémentaires optionnels d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge est aussi sujette à la condition suivante : si une personne à charge est hospitalisée le jour où son assurance doit normalement entrer en vigueur, l'assurance n'entrera en vigueur que 24 heures après le retour au domicile; cette condition ne s'applique pas aux enfants nouveau-nés d'un adhérent, lesquels deviennent assurés 24 heures après leur naissance.

Toutefois, pour un membre invalide à la date d'entrée en vigueur du contrat qui est exonéré du paiement des primes en vertu du contrat antérieur, l'assurance débute à la date de son retour en activités professionnelles. Dans le cas d'un membre invalide qui n'a pas encore satisfait le délai de carence pour être exonéré du paiement des primes sous le contrat antérieur, l'assurance débute à la date d'entrée en vigueur du contrat. À l'expiration du délai de carence, l'assurance est suspendue jusqu'à son retour en activités professionnelles à la condition que le membre invalide se voit accorder la protection en vertu de l'exonération des primes du contrat antérieur.

Pour le régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité longue durée

Tout membre devient assuré en vertu de ce régime à la date d'entrée en vigueur du contrat s'il est alors admissible; sinon le jour où il devient admissible pourvu qu'il soit alors en activités professionnelles ou l'ait été le dernier jour où il devait normalement l'être si cette date ne coïncide pas avec un jour ouvrable, sinon la date de son retour en activités professionnelles.

Toutefois, pour un membre invalide à la date d'entrée en vigueur du contrat, l'assurance débute à la date de son retour en activités professionnelles. Dans le cas d'un membre invalide à la date d'entrée en vigueur du contrat qui est atteint d'une nouvelle invalidité telle que reconnue par la RAMQ, c'est-à-dire que la période de prestations maximale de 104 semaines du régime de l'employeur recommence, l'assurance débute à la date de cette nouvelle invalidité.

4. Définitions

« **Accident** » : Toute lésion corporelle constatée par un médecin et provenant directement de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure, et indépendamment de toute autre cause.

« **Adhérent** » : Un médecin omnipraticien rémunéré à honoraires fixes à plein temps ou à demi-temps et assujetti à l'entente FMOQ-MSSS, un dentiste rémunéré à honoraires fixes à plein temps ou à demi-temps et assujetti à l'entente ACDQ-MSSS et un optométriste rémunéré à honoraires fixes à plein temps ou à demi-temps et assujetti à l'entente AOQ-MSSS qui est admissible à l'assurance et qui est assuré en vertu du présent contrat.

« **Assuré** » : L'adhérent ou l'une de ses personnes à charge et assuré en vertu de ce contrat.

« **Date de la retraite** » : La date du premier versement de la rente de retraite du médecin, du dentiste ou de l'optométriste en vertu du régime de retraite R.R.E.G.O.P., lequel prévoit que la retraite débute le jour où il prend sa retraite.

« **Délai de carence** » : Une période qui commence au début d'une période d'invalidité totale et pendant laquelle aucune prestation d'invalidité n'est payable par l'Assureur.

« **Invalidité** » : État d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, ou d'une complication grave d'une grossesse, nécessitant des soins médicaux et qui rend l'adhérent totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de ses fonctions ou de fonctions analogues et comportant une rémunération similaire, peu importe sa provenance.

« **Maladie** » : Altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution, et comme une entité devant être définie par un médecin, y compris toute complication résultant de la grossesse et toute complication résultant d'un don d'organe.

« **Non-fumeur** » : Un non-fumeur est une personne qui n'a pas fait usage du tabac ou de marijuana au cours des 12 derniers mois.

« **Période d'invalidité** » : Toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives d'invalidité séparées par moins de quinze (15) jours d'activités professionnelles, à moins que l'adhérent n'établisse à la satisfaction de l'établissement, de son mandataire ou de la R.A.M.Q. qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause d'invalidité précédente.

RESTRICTIONS

Une période d'invalidité n'est pas reconnue comme une période d'invalidité, aux fins des présentes, si elle résulte:

- de la participation à un voyage aérien par l'exercice de toute fonction s'y rattachant, notamment en tant que membre de l'équipage de l'appareil, sauf lors d'un dépannage pour les médecins omnipraticiens autorisés par le comité paritaire sur le dépannage ou lorsqu'un médecin agit à titre d'accompagnateur pour un patient;
- d'une guerre déclarée ou non ou de service dans les forces armées;
- de blessures que l'adhérent s'est lui-même fait subir intentionnellement, sauf si elles surviennent dans le cours de l'évolution d'une maladie mentale;

- d'alcoolisme ou autre toxicomanie;
- de participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels.

Toutefois, la période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réadaptation dans un centre hospitalier ou établissement pour alcooliques ou toxicomanes est reconnue comme une période d'invalidité; de même, est reconnue comme une période d'invalidité une cure ouverte résultant d'une ordonnance médicale et d'une durée maximale totale de 3 semaines au cours d'une période de 12 mois consécutifs.

« Personnes à charge »

Conjoint :

L'homme ou la femme qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations :

- i) est marié ou uni civilement à l'adhérent; ou
- ii) vit maritalement avec lui depuis 1 an, ou depuis moins d'un an s'il est le père ou la mère d'un enfant de l'adhérent; ou
- iii) vit maritalement avec l'adhérent et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cet adhérent tout au long d'une période d'au moins un an.

Il est toutefois précisé que l'un des événements suivants, selon le cas, fait perdre ce statut de conjoint :

- Un jugement de divorce prononcé entre l'adhérent et le conjoint dans le cas d'un mariage.
- La séparation de fait depuis au moins 90 jours dans le cas d'une union de fait.
- La dissolution de l'union civile par entente notariée ou par jugement du tribunal dans le cas d'une union civile.

Si l'adhérent a un conjoint répondant à la définition en i) et un autre conjoint répondant à la définition en ii) ou iii), La Capitale reconnaîtra comme conjoint celui que l'adhérent lui aura désigné par avis écrit. Le conjoint doit être le même pour toutes les garanties du contrat.

Enfant à charge :

Un enfant de l'adhérent, de son conjoint ou des deux, non marié et résidant ou domicilié au Canada, qui dépend de l'adhérent pour son soutien et qui satisfait à l'une des conditions suivantes :

- est âgé de moins de 18 ans;
- est âgé de 25 ans ou moins et fréquente à temps complet à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu;
- quel que soit son âge, s'il a été frappé d'incapacité totale alors qu'il satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et est demeuré continuellement invalide depuis cette date.

« **Traitement hebdomadaire** » : Traitement à 100 % de l'échelon applicable majoré selon la région de pratique. Ce traitement est fixé selon la moyenne d'heures d'activités régulières et le cas échéant, d'activités supplémentaires et d'activités de garde au cours des 20 semaines admissibles précédant le début de l'invalidité jusqu'à concurrence du nombre d'heures hebdomadaires prévu à l'avis de service du membre additionné, dans certains cas, de douze ou six heures par semaine de garde sur place selon que le membre est à plein temps ou à demi-temps.

5. Continuation de l'assurance en cas d'interruption d'activités professionnelles

Lorsque l'adhérent interrompt ses activités professionnelles par suite d'un congé sans rémunération de plus d'un mois, la participation aux assurances peut être maintenue pour la durée du congé et le participant doit alors payer lui-même la prime totale prévue. L'adhérent informe par écrit la RAMQ de son intention de continuer à bénéficier des régimes d'assurance avant le début de son congé.

L'Assureur peut refuser toute demande de maintien d'assurance qu'il reçoit plus de 60 jours après le début du congé. Cependant, pour des absences d'un mois ou moins, l'assurance est maintenue en vigueur sans paiement de primes.

Lors du maintien, la RAMQ demeure responsable du versement de la prime à l'Assureur. La RAMQ transmet cependant une facture à l'adhérent qui doit en effectuer le paiement dans les 30 jours de la date de réception de cette facture.

Si l'assurance d'un adhérent qui bénéficie d'un congé sans rémunération demeure en vigueur, le montant d'assurance vie, le montant de la rente en cas d'invalidité et le coût des assurances sont établis selon le traitement annuel de l'adhérent au moment de son départ. Ce traitement annuel est calculé à partir du traitement hebdomadaire tel que défini à la page 8 sans toutefois être majoré si une majoration de l'échelle de rémunération survient pendant la durée de ce congé sans rémunération; le traitement hebdomadaire ainsi calculé est ensuite multiplié par 52.

Toutefois, l'adhérent qui désire maintenir en vigueur son régime complémentaire optionnel d'assurance vie doit également maintenir en vigueur ses régimes complémentaires obligatoires.

Finalement, dans le cas d'une invalidité débutant durant un congé sans rémunération alors que l'adhérent a maintenu en vigueur son régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité longue durée, le délai de carence ne commence à courir qu'à compter de la date prévue de terminaison du congé sans rémunération.

Dans le cas où les régimes complémentaires d'assurance ne sont pas maintenus en vigueur, ceux-ci sont remis en vigueur automatiquement à la date de retour effectif en activités professionnelles de l'adhérent.

NOTE :

Pour les adhérents désirant maintenir leurs protections lors d'un congé sans rémunération de plus d'un (1) mois, vous devez communiquer avec la R.A.M.Q. à l'un des numéros de téléphone suivants :

La Régie de l'assurance maladie du Québec (R.A.M.Q.)

Service d'information aux professionnels

Téléphone :	Québec	418 643-8210
	Montréal	514 873-3480

Pour tout appel en dehors de Québec et de Montréal : 1 800 463-4776

6. Conditions préexistantes

Dans le cas d'un médecin, d'un dentiste ou d'un optométriste qui adhère après le 30 juin 2000 au mode de rémunération à honoraires fixes et qui, par la suite, devient invalide ou décède, les bénéfices prévus aux régimes complémentaires obligatoires d'assurance vie et d'assurance invalidité ne s'appliquent pas si le décès ou l'invalidité survient à la suite d'une maladie dont les symptômes ont fait l'objet d'une consultation médicale ou d'un diagnostic confirmant la maladie et cela, avant la prise d'effet des bénéfices. Aucune prestation d'assurance vie ou d'invalidité en vertu de ces régimes ne sera alors versée.

Toutefois, ces exclusions ne s'appliquent pas si un tel décès ou une telle invalidité survient après une période de 24 mois d'assurance.

Lorsque le médecin, le dentiste ou l'optométriste quitte un établissement, il n'est pas assujéti à l'application des paragraphes précédents s'il avise la R.A.M.Q., dans les trois (3) mois de son départ, qu'il est de son intention de reprendre ses activités professionnelles rémunérées à honoraires fixes dans un établissement. Cette reprise des activités professionnelles doit s'effectuer dans les douze (12) mois suivant la date de son départ.

7. Preuves d'invalidité

L'adhérent doit faire parvenir au siège social de l'Assureur, pas plus de 90 jours après l'expiration du délai de carence, un avis de son invalidité. Le défaut de l'adhérent de fournir des preuves écrites de l'accident ou de la maladie dont il a été victime ou de la complication grave de sa grossesse, selon le cas, et de la continuation de son invalidité dans les 60 jours de la demande de l'Assureur à la suite de l'avis de l'adhérent ou à défaut d'un tel avis, dans les 120 jours suivant l'expiration du délai de carence, prive cet adhérent du droit de retirer des prestations, relativement à l'invalidité en cause, pour la période antérieure à la date de réception effective par l'Assureur de telles preuves d'invalidité à moins qu'il soit démontré, à la satisfaction de l'Assureur, que le retard est dû à des circonstances exceptionnelles et que les preuves ont été fournies le plus tôt possible.

De plus, en cas de terminaison du présent régime, l'adhérent doit faire parvenir au siège social de l'Assureur, pas plus de 120 jours après l'expiration du délai de carence, des preuves écrites de l'accident ou de la maladie dont il a été victime ou de la complication grave de sa grossesse, selon le cas, et de la continuation de son invalidité. Le défaut de l'adhérent de fournir ces preuves dans les délais prévus prive cet adhérent du droit de retirer des prestations relativement à l'invalidité en cause.

Par la suite, des preuves de l'invalidité doivent être soumises chaque fois que l'Assureur le demande. Le fait pour l'adhérent de ne pas fournir à l'Assureur toute preuve supplémentaire ou de ne pas se soumettre à un examen médical dont la date est déterminée par l'Assureur au moment de la demande écrite de l'Assureur suspend le droit de l'adhérent de retirer des prestations, relativement à l'invalidité en cause, pour la période s'étendant de la fin d'un délai de 31 jours à compter de la demande écrite jusqu'à la date de la réception effective par l'Assureur de telles preuves supplémentaires ou du rapport de l'examen médical demandé à moins qu'il soit démontré, à la satisfaction de l'Assureur, que le retard est dû à des circonstances exceptionnelles et que les preuves ont été fournies le plus tôt possible.

Toutefois, si l'adhérent ne se soumet pas à telle demande de l'Assureur dans un délai de 6 mois, il perd automatiquement le droit de retirer des prestations, relativement à telle invalidité, rétroactivement à la date de la demande initiale à cet effet qui lui avait été faite par l'Assureur.

B – LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES ASSURÉS PAR LA CAPITALE

1. Régime complémentaire obligatoire d'assurance vie

a) Montant de la prestation

Au décès d'un adhérent, La Capitale paie au bénéficiaire une prestation égale à une (1) fois son traitement annuel. Cette prestation est cependant réduite des montants payables en vertu du « régime uniforme d'assurance vie de base » et du montant de la « rente aux survivants » payable pour la première année.

b) Traitement servant au calcul de la prestation si le décès survient pendant une invalidité

Si l'adhérent est invalide lors du décès, le traitement servant au calcul de la prestation prévue au paragraphe a) ci-dessus est déterminé de la façon suivante :

- i) si le décès survient pendant la période où l'adhérent reçoit des prestations d'assurance invalidité (pendant les 104 premières semaines d'invalidité) : c'est le traitement hebdomadaire défini à la page 8;
- ii) si le décès survient à compter de la 105^e semaine d'invalidité ou par la suite : le traitement assurable est celui déterminé à la fin de la 104^e semaine d'invalidité, indexé, le 1^{er} janvier de chaque année, selon l'indice de rente du Régime de rentes du Québec, sujet à un maximum de 4 %.

c) Bénéficiaire

Tout adhérent peut désigner un seul bénéficiaire ou changer un bénéficiaire déjà désigné sur déclaration écrite et déposée au siège social de La Capitale. La Capitale n'est pas responsable de la validité juridique de tout changement de bénéficiaire. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. Si, au moment du décès de l'adhérent, ce dernier n'a pas désigné de bénéficiaire par écrit, le montant d'assurance fait partie du patrimoine de l'adhérent.

d) Paiement de l'assurance

Les prestations sont basées sur le montant d'assurance en vigueur au moment du décès de l'adhérent ou de la personne à charge assurée. Advenant le décès du conjoint d'un adhérent ou de l'un de ses enfants à charge, les prestations sont payables à l'adhérent.

Le réclamant doit fournir les preuves requises par l'Assureur, pour établir, outre les droits du réclamant, le décès de l'assuré et sa cause, ainsi que l'exactitude de la date de naissance déclarée par l'adhérent. Le paiement n'est effectué que si l'assurance est en vigueur à la date du décès.

e) Exonération des primes en cas d'invalidité

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité, La Capitale renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration d'un délai de trois (3) semaines, et ce, tant que dure la période d'invalidité. L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes : la fin de l'invalidité, la date du 65^e anniversaire de l'adhérent ou la date de prise de la retraite de l'adhérent.

f) Exclusions et réduction du régime

L'exonération ne s'applique pas en vertu du présent régime :

- i) si l'invalidité survient dans les cas suivants :
- en raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation active à une insurrection réelle;
 - en raison d'une blessure ou d'une mutilation que l'adhérent s'est lui-même fait subir intentionnellement sauf si elles surviennent dans le cours de l'évolution d'une maladie mentale;
 - lors de sa participation à un acte criminel;
 - pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
 - en raison d'alcoolisme ou de toxicomanie, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa désintoxication ou de sa réadaptation auprès d'un établissement, d'un organisme ou d'une institution spécialisés à cet effet; de même, est reconnue comme une période d'invalidité, une cure ouverte résultant d'une ordonnance médicale et d'une durée maximale totale de trois semaines au cours d'une période de 12 mois consécutifs;
 - alors qu'il exerce toute fonction de l'équipage d'un aéronef ou qu'il exerce une fonction quelconque se rapportant au vol, sauf lors d'un dépannage pour les médecins omnipraticiens autorisés par le comité paritaire sur le dépannage.
- ii) pour toute période d'invalidité au cours de laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins d'un médecin.
- iii) aucune prestation n'est payable et aucune exonération des primes ne s'applique si la clause « Conditions préexistantes » s'applique.

g) Prolongation en cas de transformation

Ce régime à l'égard d'un adhérent est maintenu pendant toute la période au cours de laquelle il a le droit de faire la demande d'une police d'assurance vie individuelle en vertu du « Droit de transformation ».

Contrat modifié au 1^{er} août 2007 afin de permettre la transformation lors de la mise à la retraite.

h) Droit de transformation

Lorsqu'un adhérent cesse d'être admissible au présent régime du fait qu'il cesse d'être rémunéré à honoraires fixes pour toute autre cause que l'invalidité, il a le droit, s'il en fait la demande par écrit au siège social de l'Assureur dans les 31 jours de la cessation de son admissibilité, de transformer, sans preuve d'assurabilité, un montant d'assurance vie en un contrat d'assurance vie individuelle permanente ou temporaire sans garantie en cas d'invalidité, d'un genre émis alors par l'Assureur. Le montant d'assurance vie transformé ne peut excéder deux fois son traitement annuel.

i) Paiement anticipé

Un adhérent invalide âgé de moins de 63 ans, dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois et qui bénéficie de la clause « Exonération des primes » peut obtenir le paiement d'une prestation anticipée en présentant une demande écrite à La Capitale, accompagnée des preuves médicales appropriées et de l'acceptation écrite du bénéficiaire si celui-ci est désigné irrévocable.

La somme des montants versés est limitée à 50 % du montant d'assurance vie de l'adhérent, sans excéder 25 000 \$.

Le montant d'assurance vie servant à calculer la prestation exclut tout montant ou toute fraction de montant prenant fin selon les dispositions du contrat au cours des 24 mois suivant la date de la demande et ne pouvant être remplacé par une autre garantie.

Lors du décès de l'adhérent, le montant payable par La Capitale est réduit du montant payé à titre de prestation anticipée, augmenté d'intérêts au taux annuel de 6 %.

La Capitale n'assume aucune responsabilité quant au traitement fiscal de la prestation. De plus, les avantages prévus cessent à la terminaison du contrat, même pour les adhérents exonérés du paiement des primes.

j) Terminaison

Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vie de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison du contrat d'assurance sous réserve de ce qui est prévu à la clause d'exonération des primes;
- 31 jours suivant la date où l'adhérent cesse d'être rémunéré à honoraires fixes sous réserve de ce qui est prévu aux clauses d'exonération des primes et de prolongation en cas de transformation;
- 31 jours suivant la date de la retraite ou au plus tard au 71^e anniversaire de naissance;
- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve de ce qui est prévu aux clauses d'exonération des primes et de prolongation en cas de transformation;

2. Régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée

Sur réception et approbation par l'Assureur de preuves établissant qu'un adhérent, en vertu du présent contrat, est devenu invalide tel que défini aux présentes et après expiration du délai de

carence défini à la page 7, l'Assureur verse à cet adhérent une prestation mensuelle dont le montant est déterminé ci-après.

a) Délai de carence

Signifie une période d'invalidité de 104 semaines.

b) Période de prestations

Le premier versement de la prestation est payable à compter du 31^e jour suivant l'expiration du délai de carence et les versements suivants sont effectués mensuellement par la suite.

De plus, le droit aux prestations cesse à la première des éventualités suivantes :

- le jour où l'adhérent atteint l'âge de 65 ans;
- la date de prise de la retraite de l'adhérent;
- la fin de l'invalidité;
- le défaut de produire les preuves de persistance de l'invalidité satisfaisantes à La Capitale;
- le refus de se soumettre à un examen médical tel que demandé par La Capitale;
- le décès de l'adhérent.

La protection du présent régime continue jusqu'à la fin de la même période d'invalidité que la police demeure en vigueur ou non.

c) Montant de la prestation

- Le montant de la prestation est égal à 70 % du traitement mensuel que l'adhérent aurait reçu s'il n'avait pas été invalide à la fin des 104 premières semaines d'invalidité. Le traitement mensuel est égal au traitement tel que défini à la page 8 multiplié par 52 et divisé ensuite par 12. Le montant maximum mensuel de prestation payable est limité à 18 000 \$.
- À compter de la 4^e année d'invalidité, en plus de la prestation payable décrite précédemment, La Capitale verse la cotisation que l'adhérent aurait dû verser au régime de retraite (RREGOP).

La somme des prestations d'assurance invalidité décrites ci-dessus est réduite des montants suivants :

- i) Les prestations de rente d'invalidité ou de retraite en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada auxquelles l'adhérent a droit ou auxquelles l'adhérent aurait droit si une demande avait été faite et approuvée.
- ii) Les prestations reliées à l'invalidité en vertu de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, ou de la Loi sur l'assurance automobile du Québec qui sont effectivement payées ou qui seraient payées à l'adhérent si une demande avait été faite et approuvée.

- iii) Les prestations de rente d'invalidité ou de retraite en vertu du régime de retraite et de tout autre régime auquel a contribué la R.A.M.Q. de même que toute rémunération reçue de la R.A.M.Q. en excédent de 25 % de la rente d'invalidité payable en vertu du présent régime.

Dans tous les cas de réduction du montant de la prestation mentionnés aux articles i) et ii), l'adhérent a l'obligation de présenter une telle demande de prestation d'invalidité auprès de l'autorité concernée si La Capitale l'exige et tout défaut de s'exécuter de l'adhérent entraînera la réduction du montant de la prestation telle que décrite dans ces articles.

Aucune augmentation de tout montant mentionné aux articles i), ii) et iii) et provenant de l'indexation au coût de la vie ne réduit le montant de la prestation payable en vertu de ce régime.

Le montant de la prestation en cas d'invalidité se fractionne, le cas échéant, à raison de 1/30 de la rente mensuelle pour un jour civil au cours de ce mois.

De plus, la somme des prestations d'assurance invalidité décrites ci-dessus et des revenus initiaux provenant d'autres sources ne peut excéder 100 % du traitement moyen provenant du travail de l'adhérent auprès de tout employeur incluant tout revenu à titre d'honoraires professionnels reçu durant les trois (3) années les mieux rémunérées comprises dans les cinq (5) années précédant le début de l'invalidité.

À cette fin, les revenus suivants sont considérés comme revenus provenant d'autres sources :

- Revenus d'invalidité provenant :
 - . De la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de toute autre législation similaire ou au même effet.
 - . De la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre législation similaire ou au même effet.
 - . De la Loi de l'indemnisation des victimes d'actes criminels, du Régime des rentes du Québec et du Régime de pensions du Canada (montant initial de rente seulement).
 - . De toute autre loi à caractère social et de tout autre police d'assurance, y compris les polices individuelles.
 - . De tout régime de retraite.
- Toute rémunération reçue d'un employeur, tout revenu à titre d'honoraires professionnels (exception faite des sommes reçues dans le cadre d'un programme de réadaptation).

d) Indexation

À compter du 1^{er} janvier de chaque année qui suit le début du paiement de la prestation par La Capitale, la prestation mensuelle décrite au premier alinéa de la description du montant de la prestation est indexée après avoir appliqué les réductions selon l'indice des rentes du Régime des rentes du Québec, sujet à un maximum de 4 %.

e) Exclusions et réduction

Aucune prestation n'est payable :

a) Si l'invalidité de l'adhérent survient dans les cas suivants :

- En raison d'une guerre déclarée ou non, de sa participation active à une insurrection réelle.

- En raison d'une blessure ou d'une mutilation que l'adhérent s'est lui-même fait subir intentionnellement sauf si elles surviennent dans le cours de l'évolution d'une maladie mentale.
 - Lors de sa participation à un acte criminel.
 - Pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
 - En raison d'alcoolisme ou de toxicomanie, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa désintoxication ou de sa réadaptation auprès d'un établissement, d'un organisme ou d'une institution spécialisés à cet effet; de même, est reconnue comme une période d'invalidité, une cure ouverte résultant d'une ordonnance médicale et d'une durée maximale totale de 3 semaines au cours d'une période de 12 mois consécutifs.
 - Alors qu'il exerce toute fonction de l'équipage d'un aéronef ou qu'il exerce une fonction quelconque se rapportant au vol, sauf lors d'un dépannage pour les médecins omnipraticiens autorisés par le comité paritaire sur le dépannage.
- b) Pour toute période d'invalidité au cours de laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins d'un médecin.
- c) Aucune prestation n'est payable si la clause « Conditions préexistantes » s'applique.

f) Exonération des primes en cas d'invalidité

Si, avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité, La Capitale renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration d'un délai de trois (3) semaines d'invalidité, et ce, tant que dure la période d'invalidité. L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes : la fin de l'invalidité, la date du 65^e anniversaire de l'adhérent, ou la date de prise de la retraite de l'adhérent.

g) Réadaptation

La participation à un programme de réadaptation est entièrement volontaire de la part de l'adhérent invalide.

- L'adhérent qui participe à un programme de réadaptation de l'Assureur a droit à la rente mensuelle de réadaptation décrite ci-dessous. Le paiement de cette rente prend fin dès :
 - a) l'interruption du programme de réadaptation; ou
 - b) le retrait par l'Assureur de l'approbation du programme de réadaptation.
- La rente mensuelle de réadaptation est égale au montant de l'indemnité mensuelle de l'adhérent avant son inscription au programme de réadaptation, diminué d'une somme égale à 50 % de la rémunération aux activités professionnelles accomplies au cours du programme de réadaptation.

h) Terminaison de l'assurance

Le régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée d'un adhérent se termine à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison du contrat ou du régime;
- la date à laquelle l'adhérent cesse d'être rémunéré à honoraires fixes sous réserve de la clause d'exonération des primes en cas d'invalidité;
- la date de la retraite ou au plus tard à 63 ans;
- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée sous réserve de la clause d'exonération des primes en cas d'invalidité.

3. Le régime complémentaire optionnel d'assurance vie

Le régime complémentaire optionnel d'assurance vie vient compléter le régime complémentaire obligatoire d'assurance vie.

a) Montants des prestations

i) Assurance vie optionnelle de l'adhérent

Le montant payable au décès de l'adhérent qui s'est prévalu de cette option est égal à une (1) ou deux (2) fois son traitement annuel, selon son choix.

ii) Assurance vie de base pour le conjoint et les enfants à charge

Les montants offerts sont :

- Conjoint : 10 000 \$
- Chaque enfant à charge : 5 000 \$
(âgé de plus de 24 heures)

iii) Assurance vie additionnelle du conjoint

Le montant d'assurance payable au décès du conjoint qui s'est prévalu de cette option est déterminé de la façon suivante :

- le conjoint peut souscrire de 1 à 5 tranches de 10 000 \$ d'assurance vie.

b) Traitement servant au calcul des prestations si le décès survient pendant une invalidité

Les dispositions prévues à la section b) du régime complémentaire obligatoire d'assurance vie s'appliquent.

c) Exclusion et réduction du régime

L'exonération ne s'applique pas en vertu du présent régime :

a) si l'invalidité survient dans les cas suivants :

- en raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation active à une insurrection réelle;
- en raison d'une blessure ou d'une mutilation que l'adhérent s'est lui-même fait subir intentionnellement sauf si elles surviennent dans le cours de l'évolution d'une maladie mentale;
- lors de sa participation à un acte criminel;
- pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
- en raison d'alcoolisme ou de toxicomanie, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa désintoxication ou de sa réadaptation auprès d'un établissement, d'un organisme ou d'une institution spécialisée à cet effet; de même, est reconnue comme une période d'invalidité, une cure ouverte résultant d'une ordonnance médicale et d'une durée maximale totale de trois semaines au cours d'une période de 12 mois consécutifs.
- alors qu'il exerce toute fonction de l'équipage d'un aéronef ou qu'il exerce une fonction quelconque se rapportant au vol, sauf lors d'un dépannage pour les médecins omnipraticiens autorisés par le comité paritaire sur le dépannage.

b) pour toute période d'invalidité au cours de laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins d'un médecin.

d) Bénéficiaire

i) Assurance vie optionnelle de l'adhérent

La désignation de bénéficiaire faite au régime complémentaire obligatoire d'assurance vie s'applique aussi au présent régime.

ii) Assurance vie du conjoint et des enfants à charge (base et additionnelle)

L'assurance vie du conjoint et des enfants à charge est payable à l'adhérent.

e) Prolongation en cas de transformation

Ce régime est maintenu pendant toute la période au cours de laquelle l'adhérent a le droit de faire la demande d'une police d'assurance vie individuelle en vertu du « Droit de transformation ».

f) Droit de transformation

Tout adhérent de moins de 65 ans dont la vie cesse d'être assurée aux termes du régime complémentaire obligatoire d'assurance vie peut, en faisant une demande écrite à La Capitale avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la terminaison de ses fonctions, obtenir pour lui-même, son conjoint ou ses enfants à charge, une police d'assurance vie individuelle permanente ou temporaire, sans garantie en cas d'invalidité, d'un genre alors émis par La Capitale. Le montant d'assurance transformée ne peut pas excéder la somme assurée en vertu du régime complémentaire optionnel d'assurance vie.

g) Paiement de l'assurance

Les prestations sont basées sur le montant d'assurance en vigueur au moment du décès de l'adhérent ou de la personne à charge assurée.

Le réclamant doit fournir les preuves requises par l'Assureur, pour établir, outre les droits du réclamant, le décès de l'assuré et sa cause, ainsi que l'exactitude de la date de naissance déclarée par l'adhérent. Le paiement n'est effectué que si l'assurance est en vigueur à la date du décès.

h) Exonération des primes en cas d'invalidité

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité, La Capitale renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration d'un délai de trois (3) semaines d'invalidité, et ce, tant que dure la période d'invalidité. L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes : la fin de l'invalidité, la date du 65^e anniversaire de l'adhérent, ou la date de prise de la retraite de l'adhérent.

i) Terminaison

Le régime complémentaire optionnel d'assurance vie de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison du contrat d'assurance sous réserve de ce qui est prévu à la clause d'exonération des primes;
- 31 jours suivant la date où l'adhérent cesse d'être rémunéré à honoraires fixes sous réserve de ce qui est prévu aux clauses d'exonération des primes et de prolongation en cas de transformation;
- 31 jours suivant la date de la retraite ou au plus tard au 71^e anniversaire de naissance;
- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve de ce qui est prévu aux clauses d'exonération des primes et de prolongation en cas de transformation;
- la date de réception par l'Assureur de l'avis écrit d'un adhérent qui désire mettre fin à son assurance en vertu du régime complémentaire optionnel d'assurance vie ou à la date de terminaison inscrite dans tel avis si postérieure.

L'assurance des personnes à charge se termine à la première des dates suivantes :

- la date de la fin de l'assurance de l'adhérent sous réserve de ce qui est prévu à la clause de prolongation en cas de transformation;
- la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge;
- la date de l'échéance de toute prime qui n'est pas payée relativement aux personnes à charge sous réserve de ce qui est prévu aux clauses d'exonération des primes et de prolongation en cas de transformation;
- la date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit d'un adhérent qui désire mettre fin à l'assurance de son conjoint ou de ses enfants à charge en vertu du régime complémentaire optionnel d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge ou à la date de terminaison inscrite dans tel avis si postérieure.

C – DEMANDE DE PRESTATIONS

Comment faire une demande de prestations

a) Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vie

Lors du décès d'un adhérent, il faut aviser la R.A.M.Q., service du paiement, au numéro suivant : 418 682-5136.

Lorsqu'un adhérent devient invalide, celui-ci doit aviser la R.A.M.Q., service du règlement, au numéro suivant : 418 682-5126.

La R.A.M.Q. communiquera alors avec La Capitale, laquelle se chargera de faire parvenir au responsable du dossier successoral les formulaires appropriés.

b) Le régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée

Pour toute demande de prestations en vertu du régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée, la R.A.M.Q. doit aviser La Capitale 30 jours avant la date prévue de début des prestations. Sur réception d'un tel avis, La Capitale lui fera parvenir les formulaires appropriés. Par la suite, La Capitale communiquera directement avec lui pour tout autre rapport dont elle aura besoin.

c) Le régime complémentaire optionnel d'assurance vie

i) Assurance vie optionnelle de l'adhérent

Les démarches entreprises en vertu du régime complémentaire obligatoire d'assurance vie serviront aussi à régler le régime complémentaire optionnel d'assurance vie. Il n'est donc pas nécessaire de présenter une demande additionnelle pour ce régime.

ii) Assurance vie pour le conjoint et les enfants à charge

Lors du décès d'un conjoint ou d'un enfant à charge, l'adhérent peut communiquer directement avec le Service de l'assurance vie à La Capitale.

Il recevra alors les formulaires nécessaires au règlement de ce régime.

ANNEXE – LES RÉGIMES OBLIGATOIRES AUTOASSURÉS PAR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

- Le régime uniforme d'assurance vie de base
- Les rentes de survivants
- Le régime d'assurance invalidité de base

Ces régimes obligatoires sont autoassurés par le gouvernement du Québec et sont gérés par la R.A.M.Q. Ils sont accordés aux adhérents rémunérés à honoraires fixes.

Ce document a été rédigé pour fins d'information seulement et n'a aucune valeur légale. Seuls les textes des ententes servent à déterminer notamment les modalités d'application et les garanties de ces régimes et à trancher, le cas échéant, tout litige relatif à ces régimes.

Pour toute information supplémentaire, vous devez communiquer avec la R.A.M.Q.

1. Le régime uniforme d'assurance vie

L'adhérent à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire est égale ou supérieure à vingt-sept (27) heures bénéficie d'un montant de six mille quatre cents dollars (6 400 \$) d'assurance vie après un (1) mois de service.

L'adhérent à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire est inférieure à vingt-sept (27) heures et l'adhérent à demi-temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire comporte dix-sept heures et demie (17 ½) bénéficient d'un montant de trois mille deux cents dollars (3 200 \$) d'assurance vie après trois (3) mois de service.

Un adhérent ne peut toutefois en aucun cas bénéficier d'une assurance vie de plus de six mille quatre cents dollars (6 400 \$).

L'adhérent participe au régime uniforme d'assurance vie jusqu'à :

- i) la date de terminaison de ses fonctions;
- ii) la date de sa retraite.

2. Les rentes de survivants

- a) Le présent régime accorde une rente annuelle viagère de conjoint, laquelle est égale initialement à trente-cinq pour cent (35 %) du traitement annuel de l'adhérent lors de son décès. Le montant initial de cette rente est réduit du montant initial de la rente de veuf ou de veuve payable en vertu du Régime de rentes du Québec;
- b) Le présent régime complémentaire accorde également une rente annuelle d'enfant à charge, laquelle est égale initialement à quinze pour cent (15 %) du traitement annuel de l'adhérent lors de son décès pour le premier enfant à charge et de dix pour cent (10 %) pour chacun des autres enfants à charge. Cette rente est payable aux enfants à charge ou au tuteur et distribuée au prorata;
- c) Le montant initial maximum de la somme de la rente de veuf ou de veuve payable en vertu du Régime de rentes du Québec et des rentes prévues à a) et b) ci-dessus ne peut excéder cinquante pour cent (50 %) du traitement annuel de l'adhérent au moment de son décès;

- d) Le montant initial de la rente de conjoint et d'enfant à charge est réduit, le cas échéant, de telle sorte que le montant initial de cette rente et de toute rente de même nature payée en vertu d'un régime de retraite et d'un régime d'assurance auxquels la Régie contribue ne soit pas supérieur à quatre-vingt-dix pour cent (90 %) du traitement annuel de l'adhérent lors de son décès;
- e) Les bénéfices consentis à l'adhérent sous le présent régime complémentaire se terminent à la première des dates suivantes :
 - i) trente-et-un (31) jours suivant la terminaison de ses fonctions;
 - ii) la date de la retraite.
- f) Les rentes de conjoint et d'enfant à charge sont indexées annuellement selon les mêmes modalités que les rentes payables présentement en vertu du Régime de rentes du Québec. L'indexation annuelle ne peut cependant excéder trois pour cent (3 %).

3. Le régime d'assurance invalidité de base

Sous réserve des présentes dispositions, un adhérent a droit pour toute période d'invalidité durant laquelle il s'absente de ses fonctions, à une prestation égale à cent pour cent (100 %) de son traitement hebdomadaire pendant les trois (3) premières semaines d'invalidité; par la suite, l'adhérent reçoit quatre-vingt pour cent (80 %) de son traitement hebdomadaire durant les cent une (101) semaines suivantes; le paiement de cette prestation cesse à la date de la retraite. Toutefois, aucune prestation n'est payable pour les deux (2) premiers jours de toute période d'invalidité au-delà de la deuxième (2^e) au cours d'une même année;

À compter de la date de la retraite d'un adhérent invalide, le montant de la prestation d'invalidité prévue au régime d'assurance invalidité de base ou, le cas échéant, le montant de la rente d'invalidité prévue au régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée, devient égal au montant obtenu en multipliant le nombre d'années de service que l'adhérent a complétées par deux pour cent (2 %) du traitement annuel de l'adhérent.

Le nombre d'années de service compté est limité à trente-cinq (35) et comprend les années d'invalidité antérieures à la date de la retraite. La prestation ou la rente ainsi calculée ne peut toutefois être supérieure à celle que l'adhérent recevait immédiatement avant la date de la retraite;

À compter de la treizième (13^e) semaine d'invalidité, un adhérent qui reçoit des prestations d'assurance invalidité peut, à sa demande et sur recommandation de son médecin traitant après entente avec l'établissement, bénéficier d'une période de réadaptation tout en continuant d'être assujéti au régime d'assurance invalidité pourvu que cette réadaptation puisse lui permettre d'accomplir ses activités professionnelles habituelles.

Durant cette période, l'adhérent a droit d'une part, à son traitement hebdomadaire pour la proportion du temps consacré à ses activités professionnelles et d'autre part, à la prestation qui lui est applicable pour la proportion du temps non consacré à ses activités professionnelles. La proportion s'établit par rapport au nombre moyen d'heures consacrées à ses activités professionnelles par semaine, tant en période régulière d'activités professionnelles qu'en période de garde sur place, le cas échéant, que l'on a observé durant la période de vingt (20) semaines qui a servi à établir le traitement hebdomadaire de l'adhérent aux fins de déterminer sa prestation d'assurance invalidité.

La période de réadaptation ne peut excéder trois (3) mois consécutifs. Elle n'a pas pour effet d'interrompre la période d'invalidité ni de prolonger la période de paiement des prestations, complètes ou réduites, d'assurance invalidité au-delà de cent quatre (104) semaines de prestations pour cette invalidité. L'adhérent peut mettre fin à sa période de réadaptation avant la fin de la période convenue, sur présentation d'un certificat médical de son médecin traitant.

À la fin de la période de réadaptation, l'adhérent peut reprendre ses activités professionnelles s'il n'est pas invalide. Si son invalidité persiste, l'adhérent continue de recevoir sa prestation tant qu'il est admissible. En outre, malgré les dispositions qui précèdent, l'adhérent peut, après une période minimale de quatre (4) mois d'invalidité continue, participer au programme de réadaptation convenu entre l'assureur et le comité paritaire selon le plan de réadaptation qui lui est alors proposé. Il continue d'être assujéti au régime d'assurance invalidité. Durant cette période de réadaptation, il a droit, d'une part, à son traitement hebdomadaire pour la proportion du temps consacré aux activités professionnelles de réadaptation prévues à son plan et, d'autre part, à la prestation qui lui est applicable pour la proportion du temps non consacré à ces activités professionnelles conformément au 2^e paragraphe du présent sous-alinéa.

Par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une complication grave d'une grossesse, nécessitant des soins médicaux et qui rend l'adhérent totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de ses fonctions ou de fonctions analogues et comportant une rémunération de niveau similaire, peu importe sa provenance.

Une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de quinze (15) jours d'activités professionnelles à moins que l'adhérent n'établisse à la satisfaction de l'établissement ou de son mandataire ou de la Régie qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

Toute nouvelle période d'invalidité est considérée comme une seule période si elle est séparée par moins de 15 jours d'activités professionnelles (3 semaines de calendrier), à moins que l'adhérent avise la Régie que cette nouvelle période d'invalidité est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

Une période d'invalidité n'est pas reconnue comme une période d'invalidité aux fins des présentes, si elle résulte :

- a) de la participation à un voyage aérien par l'exercice de toute fonction s'y rattachant notamment en tant que membre de l'équipage de l'appareil;
- b) d'une guerre déclarée ou non ou de service dans les forces armées;
- c) de mutilation, maladie, blessure, volontairement causée;
- d) de participation active à une émeute, une insurrection ou à des actes criminels;
- e) d'alcoolisme ou autre toxicomanie.

Toutefois, la période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle l'adhérent est sous traitement dans un centre hospitalier ou établissement pour alcooliques ou toxicomanes est reconnue comme une période d'invalidité; de même est reconnue comme une période d'invalidité, une cure ouverte résultant d'une ordonnance médicale et d'une durée maximale totale de trois (3) semaines au cours d'une période de douze (12) mois consécutifs.

4. Demande de prestations

a) Le régime uniforme d'assurance vie

Pour obtenir le paiement du montant de la protection, les héritiers doivent remplir le formulaire « Demande de prestations de survivants », qu'ils peuvent obtenir de la R.A.M.Q. ou de la CARRA. Le formulaire doit être envoyé à :

Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances
Direction des prestations et assurances
475, rue Saint-Amable, Québec (QC) G1R 5X3
Téléphone : 418 643-4881 pour la région de Québec
1 800 463-5533 de l'extérieur (sans frais)

b) Les rentes de survivants

Toute demande de paiement de rente de survivants doit être transmise par écrit à la R.A.M.Q.

c) Le régime d'assurance invalidité de base

La prestation en vertu de ce régime est versée par la R.A.M.Q. et la demande doit être effectuée en utilisant le formulaire « Demande de paiement/Honoraires fixes et salariat ».

POUR JOINDRE LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE

Québec

Montréal

Édifice Le Delta III
2875, boul. Laurier, bureau 400
Québec (Québec) G1V 2M2
418 644-4200

Bureau 820
425, boul. de Maisonneuve O.
Montréal (Québec) H3A 3G5
514 873-6506

Numéro sans frais : 1 800 463-4856

Le preneur peut en tout temps, après entente avec La Capitale, apporter des modifications au contrat concernant les catégories de personnes admissibles, l'étendue des protections et le partage des coûts entre les catégories de personnes assurées. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à toutes les personnes assurées, qu'elles soient actives, invalides ou retraitées.

Ce document est distribué à titre informatif seulement et ne change en rien les conditions et dispositions du contrat.

Décembre 2009