# Votre régime d'assurance collective

**ASSOCIATION ÉTUDIANTE DE L'ÉCOLE DES SCIENCES DE LA GESTION (AéESG)**

**Contrat nº Q1615**

**Tous les étudiants**

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

# Votre régime d'assurance collective

## ASSOCIATION ÉTUDIANTE DE L'ÉCOLE DES SCIENCES DE LA GESTION (AéESG)

## Contrat nº Q1615

## Tous les étudiants

**Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie**
**1 866 647-5013**

**Pour obtenir votre numéro de certificat,**
**veuillez consulter le site www.aseq.ca**

**Le présent document constitue un résumé de votre contrat d'assurance collective.**

**Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1er septembre 2022. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaitre entre les deux documents.**

## TABLE DES MATIÈRES


CATÉGORIES 1

DISPOSITIONS GÉNÉRALES 2

APERÇU DES GARANTIES 7

DÉFINITIONS 16

DEMANDES DE PRESTATIONS 19

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ÉTUDIANT 21

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DES PERSONNES À CHARGE 26

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE (RÉGIMES DE BASE ET BONIFIÉ) 31

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES (RÉGIME BONIFIÉ) 46

BON À SAVOIR 53

## CATÉGORIES

| Catégorie | Description de la catégorie |
|---|---|
| 001 | Étudiants réguliers |
| 002 | Étudiants internationaux |

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

**Conditions d'admissibilité :**

L'étudiant doit être membre de l'Association étudiante de l'École des sciences de la gestion (AéESG).

L'étudiant admissible qui participe à un programme d'échange ou à un stage à l'extérieur de sa province de résidence demeure assuré en vertu du régime d'assurance collective à condition qu'il soit couvert en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation pour les frais engagés hors de sa province de résidence.

**Prise d'effet de l'assurance de l'étudiant :**

L'adhésion à l'assurance est automatique lors de l'inscription à l'établissement d'enseignement.

Les primes du régime d'assurance collective font partie des cotisations automatiques non-obligatoires (CANO).

L'étudiant est assuré d'office avec une protection individuelle et sera couvert en vertu des garanties suivantes durant toute la période de couverture.

- Assurance mort et mutilation accidentelles de l'étudiant **(catégorie 001)**
- Assurance accident-maladie (régime bonifié) **(catégorie 001)**
- Assurance frais dentaires (régime bonifié) **(catégories 001 et 002)**

Pour des informations additionnelles concernant les garanties, veuillez vous référer à l'Aperçu des garanties.

**Prise d'effet de l'assurance des personnes à charge :**

Si l'étudiant choisit une protection familiale, couple ou monoparentale, ses personnes à charge sont admissibles à l'assurance à partir du début de la période de couverture.

**Cessation de l'assurance de l'étudiant :**

L'assurance de l'étudiant prend fin au premier des événements à survenir parmi les suivants :

1) la fin de la période de couverture;
2) la fin de la garantie indiquée à l'Aperçu des garanties;
3) la date à laquelle le preneur met fin au contrat.

**Cessation de l'assurance des personnes à charge :**

L'assurance des personnes à charge prend fin à la première des dates suivantes :

1) la date de cessation de la couverture de l'étudiant;
2) la date à laquelle la personne n'est plus une personne à charge; ou
3) la fin de la période pendant laquelle les primes requises pour la couverture des personnes à charge ont été versées au nom de l'étudiant.

**Période de couverture :**

Session d'automne : 1er septembre au 31 août de l'année suivante.

Session d'hiver : 1er janvier au 31 août.

**Garanties offertes :**

L'étudiant peut choisir parmi les garanties ci-dessous. Toutefois, l'assurance mort mutilation accidentelles et l'assurance accident-maladie (régimes de base ou bonifié) ne sont pas offertes séparément; elles sont indissociables.

- Assurance mort et mutilation accidentelles de l'étudiant **(catégorie 001)**
- Assurance mort et mutilation accidentelles des personnes à charge* **(catégorie 001)**
- Assurance accident-maladie (régimes de base ou bonifié) **(catégorie 001)**
- Assurance frais dentaires (régime bonifié) **(catégories 001 et 002)**

* L'étudiant doit avoir choisi un type de protection couvrant une ou plusieurs personnes à charge pour être admissible à cette garantie.

Pour obtenir des informations additionnelles concernant les garanties, veuillez vous référer à l'Aperçu des garanties.

**Types de protection offertes :**

L'étudiant peut choisir parmi les types de protection ci-dessous. À défaut de faire un choix, il se verra attribuer une protection individuelle qui demeurera en vigueur jusqu'à la fin de la période de couverture.

- Individuelle : étudiant seulement
- Familiale : étudiant, conjoint et enfants
- Couple : étudiant et conjoint
- Monoparentale : étudiant et enfants

Le type de protection demeurera en vigueur jusqu'à la fin de la période de couverture.

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

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

Un événement de vie est défini comme suit :

- mariage, nouveau conjoint de fait;
- naissance, adoption d'un enfant; ou
- retour aux études d'un enfant à charge.

**Droit de retrait :**

L'étudiant a la possibilité d'exercer son droit de retrait du régime d'assurance collective annuellement ou de façon permanente, pendant la période de retrait et de changement de couverture. Après cette période, l'étudiant ne pourra plus exercer son droit de retrait.

Un étudiant qui demande un retrait annuel du régime d'assurance collective ne sera pas couvert pour toute la durée de la période de couverture.

L'étudiant sera inscrit automatiquement pour la période de couverture suivante.

Un étudiant qui demande un retrait permanent ne sera pas couvert en vertu du régime d'assurance collective pour toute la durée de son inscription auprès du preneur. L'étudiant peut se réinscrire ultérieurement pour une prochaine période de couverture en consultant le site **www.aseq.ca**.

**Période de retrait et de changement de couverture :**

La période de retrait et de changement de couverture est déterminée par le preneur. Celle-ci est prévue au début de la période de couverture.

L'étudiant ne pourra plus exercer son droit de retrait ou effectuer des modifications après cette période.

L'étudiant doit consulter le site www.aseq.ca pour connaître les dates de la période de retrait et de changement de couverture.

**Procédure pour effectuer des modifications :**

L'étudiant doit consulter le site www.aseq.ca pour modifier :

- ses garanties;
- son type de protection; et
- se prévaloir de son droit de retrait.

L'étudiant peut effectuer des modifications uniquement durant la période de retrait et de changement de couverture.

**Assurance similaire et validation de couverture :**

L'assurance accident-maladie (régimes de base et bonifié) est un régime complémentaire et ne remplace pas la couverture du régime provincial d'assurance-médicaments du Québec (RAMQ) ou de tout autre régime privé d'assurance.

L'étudiant doit valider s'il est couvert par un autre régime d'assurance offrant des prestations similaires au présent régime. Ce régime pourrait être offert par son employeur, ses parents ou son conjoint. Dans ce cas, il pourrait bénéficier d'une coordination des prestations.

## APERÇU DES GARANTIES

### ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ÉTUDIANT

**CATÉGORIE 001**

**Note :** L'étudiant qui est assuré en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie du régime d'assurance collective est automatiquement assuré en vertu de la garantie d'assurance mort et mutilation accidentelles.

| | |
|---|---|
| **Montant de l'assurance :** | 5 000 $ |
| **Fin de la garantie :** | Le 31 août de chaque année ou à la date à laquelle l'étudiant cesse d'être assuré, selon la première éventualité. |

### ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DES PERSONNES À CHARGE

**CATÉGORIE 001**

**Note :** L'étudiant qui est assuré en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie du régime d'assurance collective est automatiquement assuré en vertu de la garantie d'assurance mort et mutilation accidentelles des personnes à charge.

| | |
|---|---|
| **Montant de l'assurance :** | Conjoint : 5 000 $ |
| | Chaque enfant : 5 000 $ |
| **Début de l'assurance du nouveau-né :** | Dès la naissance. |
| **Fin de la garantie :** | Le 31 août de chaque année, la date à laquelle l'étudiant cesse d'être assuré ou la date à laquelle la personne à charge cesse d'être une personne à charge assurée, selon la première éventualité. |

**ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE (RÉGIMES DE BASE ET BONIFIÉ)**

**CATÉGORIE 001**

**Montant de la franchise**

| | |
|---|---|
| **Ensemble des frais admissibles incluant les vaccins préventifs :** | **Régimes de base et bonifié :** Aucune |

**Pourcentage de remboursement**

| | |
|---|---|
| **Médicaments inscrits sur la liste RAMQ :** | **Régime de base :** Non couverts<br><br>**Régime bonifié :** Non couverts (sauf contraceptifs oraux, antidépresseurs, stérilets avec hormones, injections contraceptives, anneaux contraceptifs, timbres contraceptifs et médicaments pour l'hormonothérapie) |
| **Contraceptifs oraux,** antidépresseurs, stérilets **avec hormones, injections contraceptives, anneaux contraceptifs, timbres contraceptifs et médicaments pour l'hormonothérapie inscrits sur la liste RAMQ :** | **Régime de base :** Non couverts<br><br>**Régime bonifié :** 100 % |

| | |
|---|---|
| **Contraceptifs oraux, antidépresseurs, stérilets avec hormones, injections contraceptives, anneaux contraceptifs, timbres contraceptifs et médicaments pour l'hormonothérapie non-inscrits sur la liste RAMQ :** | **Régime de base :** Non couverts<br><br>**Régime bonifié :**<br><br>1) Médicaments génériques : 100 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché<br><br>2) Médicaments de marque :<br><br>• 100 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché<br><br>• 100 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché |
| **Ensemble des frais admissibles incluant les vaccins préventifs :** | **Régimes de base et bonifié :** 100 % |
| **Frais d'hospitalisation admissibles dans la province de résidence :** | **Régimes de base et bonifié :** 100 % |
| **Pour tous les autres frais admissibles :** | **Régimes de base et bonifié :** 100 % |

**Limite des frais admissibles**

**Maximum global pour l'ensemble des frais admissibles :**

**Régimes de base et bonifié :**

10 000 $ par période de couverture par personne assurée.

Ne s'applique pas aux vaccins préventifs, aux services d'ophtalmologistes ou d'optométristes, à l'hospitalisation et aux frais d'enseignement – programme de tuteur privé.

**Contraceptifs oraux, antidépresseurs, stérilets avec hormones, injections contraceptives, anneaux contraceptifs, timbres contraceptifs et médicaments pour l'hormonothérapie :**

**Régime de base :** Non couverts

**Régime bonifié :** Frais usuels et raisonnables

**Vaccins préventifs :**

**Régimes de base et bonifié :**

Montant payable de 150 $ par période de couverture par personne assurée.

**Soins hospitaliers de courte durée dans la province de résidence :**

**Régimes de base et bonifié :**

Le coût d'une chambre à deux lits (semi-privée) pour chaque jour d'hospitalisation, sans limite quant au nombre de jours.

Indemnité supplémentaire : en plus des frais décrits ci-dessus, une allocation de 50 $ par jour d'hospitalisation, maximum de 30 jours par période d'hospitalisation.

**Soins hospitaliers de longue durée dans la province de résidence :**

- **Maison de convalescence :**

**Régimes de base et bonifié :**

Montant payable de 20 $ par jour et un maximum combiné de 180 jours par cause d'hospitalisation.

**Soins infirmiers :**

**Régimes de base et bonifié :**

Montant payable de 10 000 $ par période de couverture par personne assurée.

**Services paramédicaux :**

**Régime de base :**

Montant payable de 20 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 400 $ par période de couverture par personne assurée, par catégorie de spécialistes indiquée ci-après :

- acupuncteur
- diététiste
- massothérapeute (nécessite une recommandation médicale)
- ostéopathe
- podiatre ou podologue*

* Le maximum indiqué s'applique à l'ensemble des frais engagés auprès de l'un ou l'autre des spécialistes de la catégorie.

Montant payable de 40 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 600 $ par période de couverture par personne assurée, pour les services d'un chiropraticien. Incluant une radiographie par période de couverture par personne assurée.

Montant payable de 50 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 750 $ par période de couverture par personne assurée, pour les services de physiothérapie.

Montant payable de 50 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 500 $ par période de couverture par personne assurée, pour l'ensemble des services d'un psychologue ou d'un psychothérapeute.

**Régime bonifié :**

Montant payable de 20 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 400 $ par période de couverture par personne assurée, par catégorie de spécialistes indiquée ci-après :

- acupuncteur
- diététiste
- massothérapeute (nécessite une recommandation médicale)
- ostéopathe
- podiatre ou podologue*

* Le maximum indiqué s'applique à l'ensemble des frais engagés auprès de l'un ou l'autre des spécialistes de la catégorie.

Montant payable de 40 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 600 $ par période de couverture par personne assurée, pour les services d'un chiropraticien. Incluant une radiographie par période de couverture par personne assurée.

Montant payable de 50 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 750 $ par période de couverture par personne assurée, pour les services de physiothérapie.

Montant payable de 50 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 500 $ par période de couverture par personne assurée, par catégorie de spécialistes indiquée ci-après :

- orthophoniste
- psychologue ou psychothérapeute

| | |
|---|---|
| **Techniques d'imagerie utilisées par un chiropraticien, un ostéopathe, un podiatre ou un podologue :** | **Régimes de base et bonifié :**<br><br>Maximum d'un examen par période de couverture par personne assurée et inclus dans le maximum prévu pour chaque catégorie de spécialistes. |
| **Soins de la vue** | |
| • **Examens de la vue :** | **Régimes de base et bonifié :**<br><br>Montant payable de 60 $ par période de couverture par personne assurée. |
| **Lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie** | |
| • **Lunettes et lentilles :** | **Régime de base :**<br><br>Montant payable de 150 $ par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs.<br><br>**Régime bonifié :**<br><br>Montant payable de 200 $ par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs. |
| • **Remplacement ou réparations de lunettes en cas de bris accidentel :** | **Régime de base:**<br><br>Montant payable de 150 $ par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs.<br><br>**Régime bonifié :**<br><br>Montant payable de 200 $ par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs. |

| | |
|---|---|
| • **Chirurgie au laser :** | **Régimes de base et bonifié :**<br><br>Montant payable de 150 $ par période de couverture par personne assurée. |
| **Frais d'enseignement – programme de tuteur privé :** | **Régimes de base et bonifié :**<br><br>Montant payable de 10 $ de l'heure, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 300 $ par accident ou maladie, pour l'étudiant seulement. |
| **<u>Fin de la garantie</u> :** | Le 31 août de chaque année ou à la date à laquelle l'étudiant cesse d'être assuré, selon la première éventualité. |

**ASSURANCE FRAIS DENTAIRES (RÉGIME BONIFIÉ)**

**CATÉGORIES 001 ET 002**

| | |
|---|---|
| **Année du guide des tarifs dentaires :** | Année courante |
| **Montant de la franchise :** | Aucune |
| **Pourcentage de remboursement** | |
| **Soins de prévention :** | 70 % |
| **Soins de base, d'endodontie et de parodontie :** | 50 % |
| **Montant maximum payable** | |
| **Soins de prévention, de base, d'endodontie et de parodontie :** | 1 250 $ par période de couverture par personne assurée pour l'ensemble des soins. |
| **Limitations :** | Les restaurations en composite qui sont effectuées sur des dents postérieures sont limitées aux frais remboursables pour les restaurations en amalgame. |
| **Fin de la garantie :** | Le 31 août de chaque année ou à la date à laquelle l'étudiant cesse d'être assuré, selon la première éventualité. |

## DÉFINITIONS

Dans le cadre du contrat :

Accident désigne toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure. Cette définition exclut toute forme de maladie ou de processus dégénératif, ou une hernie inguinale, fémorale, ombilicale ou abdominale, toute infection autre qu'une infection provenant d'une coupure ou d'une blessure apparente et externe, subie par accident.

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

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

1) est légalement mariée ou unie civilement à un étudiant;

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

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

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

1) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'étudiant à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu du contrat;

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

En tout temps, une seule personne peut être couverte en tant que conjoint d'un étudiant.

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

1) a moins de 22 ans;

2) a moins de 26 ans, fréquente à temps plein, à titre d'étudiant à charge dûment inscrit, un établissement d'enseignement; ou

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

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

Étudiant désigne la personne qui réside au Canada et qui est membre de l'Association étudiante de l'École des sciences de la gestion (AéESG).

Famille immédiate désigne une personne qui est le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère ou la belle-sœur de l'étudiant couvert en vertu du contrat.

Hôpital désigne tout établissement légalement désigné comme tel, reconnu par l'assureur et qui procure 24 heures sur 24 :

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

2) des soins infirmiers.

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

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

Médecin désigne un praticien qualifié et légalement autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il fournit les services médicaux.

Période de couverture désigne la période qui s'étend du 1er septembre au 31 août de l'année suivante ou du du 1er janvier au 31 août.

Période de retrait et de changement de couverture désigne la période déterminée par le preneur durant laquelle l'étudiant peut exercer son droit de retrait ou modifier sa couverture. Cette période est prévue au début de la période de couverture. L'étudiant ne pourra plus exercer son droit de retrait ou effectuer des modifications après cette période. L'étudiant doit consulter le site **www.aseq.ca** pour exercer son droit de retrait et de changement de couverture.

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

Personne assurée désigne l'étudiant dont l'assurance a pris effet ou l'une de ses personnes à charge assurées, le cas échéant.

Preneur désigne la société ou le groupe dont le nom est inscrit sur la proposition et figure sur la page frontispice du contrat.

Province de résidence désigne

1) pour un étudiant canadien :

   a) la province de résidence habituelle dans laquelle l'étudiant est couvert en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;

   b) la province de résidence temporaire dans laquelle l'étudiant demeure pendant la période scolaire alors qu'il est couvert en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une autre province;

2) pour un étudiant non-canadien : la province de résidence dans laquelle l'étudiant demeure pendant la période scolaire et dans laquelle il est couvert en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation, ou un régime équivalent approuvé par l'assureur. Cependant, pour les soins dentaires, l'étudiant n'a pas à être couvert en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation.

## DEMANDES DE PRESTATIONS

### DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'assureur doit recevoir une déclaration et des preuves de sinistre dans le délai prévu, s'il en est, pour chaque garantie. Advenant la résiliation du contrat, l'assureur n'effectuera aucun versement de prestations à moins que la déclaration et les preuves des pertes subies ne lui soient soumises dans les 120 jours suivant la date de résiliation du contrat.

Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de toute prestation pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, aucune prestation ne sera versée si la demande de prestations, les preuves et les renseignements fournis sont transmis plus d'un an après la date de l'événement donnant lieu à la prestation.

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

### BÉNÉFICIAIRE

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

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

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

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

## RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Toute demande de prestations au titre du contrat doit être présentée au moyen du formulaire prévu à cette fin par l'assureur.

Toute prestation payable du vivant de l'étudiant est versée à l'étudiant à moins d'indication contraire dans le contrat.

Le bénéficiaire ou l'étudiant doit fournir à l'assureur, au cours de la période de 90 jours qui suit la date du décès, des preuves de décès y compris un rapport médical et des preuves de l'âge de l'étudiant ou de la personne à charge assurée ainsi que tout autre renseignement jugé utile.

## EXAMENS MÉDICAUX

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

## COORDINATION DES PRESTATIONS

Il est possible que certains frais médicaux ou dentaires soient couverts par plus d’un régime d’assurance similaire. Si tel est le cas, l’étudiant peut obtenir un remboursement atteignant 100 % des frais engagés en soumettant successivement les réclamations à chacun des régimes. Dans l’industrie de l’assurance, c’est ce qu’on appelle la coordination des prestations.

## ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ÉTUDIANT

### DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

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

Hémiplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieur et inférieur d'un même côté du corps.

Paraplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des deux membres inférieurs.

Perte de l'ouïe, de la vue ou de la parole désigne la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, de la vue ou de la parole attestée par un médecin diplômé, reconnu et agréé auprès du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou de la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

Perte de l'usage désigne la perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre relativement à une incapacité continue de ce membre pendant 12 mois ou plus.

Perte du pouce désigne le sectionnement complet d'une phalange du pouce.

Perte d'un bras désigne le sectionnement complet à l'articulation du coude ou au-dessus de celle-ci.

Perte d'un doigt désigne le sectionnement complet à l'articulation de la deuxième phalange d'un même doigt.

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

Perte d'un pied désigne le sectionnement complet à l'articulation de la cheville ou entre la cheville et le genou.

Perte d'une jambe désigne le sectionnement complet à l'articulation du genou ou au-dessus de celle-ci.

Perte d'une main désigne le sectionnement complet à l'articulation du poignet ou entre le poignet et le coude.

Quadriplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieurs et inférieurs.

**OBJET DE LA GARANTIE**

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant :

1) qu'un étudiant a subi l'une des pertes indiquées ci-dessous dans les 365 jours suivant un accident causant des dommages corporels;

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

3) que cet accident est survenu alors que l'étudiant était couvert en vertu de la présente garantie;

l'assureur paie le montant applicable à toute perte conformément au tableau suivant et aux autres dispositions applicables du contrat.

**TABLEAU DES PERTES**

Le montant payable pour chaque type de perte correspond au pourcentage indiqué ci-dessous multiplié par le montant d'assurance figurant à l'APERÇU DES GARANTIES.

| Perte | Montant versé |
|---|---|
| de la vie | 100 % |
| de la vue des deux yeux | 100 % |
| des deux mains ou des deux pieds | 100 % |
| des deux bras ou des deux jambes | 100 % |
| d'une main et de la vue d'un œil | 100 % |
| d'un pied et de la vue d'un œil | 100 % |
| de la parole et de l'ouïe des deux oreilles | 100 % |
| d'une main et d'un pied | 100 % |
| d'un bras ou d'une jambe | 75 % |
| d'une main ou d'un pied | 67 % |
| de la vue d'un œil | 67 % |
| de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles | 67 % |

| Perte | Montant versé |
|---|---|
| du pouce et de l'index d'une même main | 33 % |
| d'au moins quatre doigts de la même main | 33 % |
| de tous les orteils d'un même pied | 25 % |
| de l'ouïe d'une oreille | 25 % |

| Perte de l'usage | Montant versé |
|---|---|
| des deux bras ou des deux mains | 100 % |
| des deux jambes ou des deux pieds | 100 % |
| d'une main et d'un pied | 100 % |
| d'un bras ou d'une jambe | 75 % |
| d'une main ou d'un pied | 67 % |
| du pouce et de l'index d'une même main | 33 % |
| hémiplégie, paraplégie, quadriplégie | 200 % |

**DISPARITION**

Si l'étudiant, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, disparaît par suite d'un accident ayant entraîné la submersion ou la disparition du moyen de transport à bord duquel il voyageait et si son corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant la date de cet accident, il sera réputé, à moins de preuve contraire, qu'il a perdu la vie par suite d'un dommage corporel causé par l'accident.

**EXPOSITION AUX ÉLÉMENTS**

Si l'étudiant, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, se trouve exposé aux éléments de façon inéluctable et si, après une telle exposition, il subit une perte, cette perte est réputée être le résultat d'un accident.

**RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS**

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

   a) un suicide ou des dommages corporels que l'étudiant s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;

   b) une maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;

   c) un traitement médical ou dentaire, une intervention chirurgicale ou une anesthésie;

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

   e) un voyage ou vol dans un aéronef sauf si l'étudiant voyage à titre de passager seulement (et non à titre de pilote ou de membre de l'équipage) dans tout aéronef :

      i) qui a un permis de vol reconnu ou accordé en vertu de la Loi sur l'aéronautique (Canada) ou en vertu des lois du pays où il a été enregistré, pourvu que toutes les conditions applicables à ce permis aient été respectées; et

      ii) qui est utilisé uniquement aux fins de transport et non pour la formation ou l'entraînement, à titre d'essai ou expérimental;

   f) une infraction ou une tentative d'infraction au Code criminel du Canada.

2) Pour les pertes relatives à un même membre, subies dans un même accident, le montant payable correspond à celui prévu pour la perte la plus importante. Pour l'ensemble des pertes subies dans le même accident, les montants payables ne peuvent dépasser la totalité du montant d'assurance indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES, exclusion faite des cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie pour lesquels le montant payable ne peut dépasser 200 % du montant d'assurance indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES.

**FIN DE LA GARANTIE**

Cette garantie prend fin à la première des dates indiquées dans la partie CESSATION DE L'ASSURANCE DES ÉTUDIANTS.

## DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Avant de régler une demande consécutive à un décès, l'assureur exige des preuves écrites satisfaisantes attestant que le décès a bien eu lieu et que le défunt était admissible à l'assurance au moment du décès, et précisant les causes et les circonstances liées au décès, la date de naissance du défunt et à quel titre le demandeur présente la demande de prestations.

Sous réserve de toute loi applicable, l'assureur peut demander une autopsie pour évaluer sa responsabilité en rapport avec une demande de paiement présentée en raison d'un décès.

Toute demande de paiement doit être présentée à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de l'accident et une preuve écrite doit être remise dans les 90 jours suivant cet accident.

Dans le cas de la disparition de l'étudiant ainsi qu'il est indiqué dans la partie DISPARITION de la présente garantie l'assureur prendra le sinistre en charge sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

## ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DES PERSONNES À CHARGE

### DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

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

Hémiplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieur et inférieur d'un même côté du corps.

Paraplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des deux membres inférieurs.

Perte de l'ouïe, de la vue ou de la parole désigne la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, de la vue ou de la parole attestée par un médecin diplômé, reconnu et agréé auprès du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

Perte de l'usage désigne la perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre relativement à une incapacité continue de ce membre pendant 12 mois ou plus.

Perte du pouce désigne le sectionnement complet d'une phalange du pouce.

Perte d'un bras désigne le sectionnement complet à l'articulation du coude ou au-dessus de celle-ci.

Perte d'un doigt désigne le sectionnement complet à l'articulation de la deuxième phalange d'un même doigt.

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

Perte d'un pied désigne le sectionnement complet à l'articulation de la cheville ou entre la cheville et le genou.

Perte d'une jambe désigne le sectionnement complet à l'articulation du genou ou au-dessus de celle-ci.

Perte d'une main désigne le sectionnement complet à l'articulation du poignet ou entre le poignet et le coude.

Quadriplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieurs et inférieurs.

## OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant :

1) qu'une personne à charge a subi l'une des pertes indiquées ci-dessous dans les 365 jours suivant un accident causant des dommages corporels;

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

3) que cet accident est survenu alors que la personne à charge était couverte en vertu de la présente garantie;

l'assureur paie le montant applicable à toute perte conformément au tableau suivant et aux autres dispositions applicables du contrat.

## DÉBUT DE L'ASSURANCE DU NOUVEAU-NÉ

Le nouveau-né d'un étudiant dont les personnes à charge sont déjà assurées devient automatiquement assuré selon ce qui est indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES et aux dispositions du contrat, y compris celles qui ont trait au DÉBUT DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE.

## TABLEAU DES PERTES

Le montant payable pour chaque type de perte correspond au pourcentage indiqué ci-dessous multiplié par le montant d'assurance figurant à l'APERÇU DES GARANTIES.

| Perte | Montant versé |
|---|---|
| de la vie | 100 % |
| de la vue des deux yeux | 100 % |
| des deux mains ou des deux pieds | 100 % |
| des deux bras ou des deux jambes | 100 % |
| d'une main et de la vue d'un œil | 100 % |
| d'un pied et de la vue d'un œil | 100 % |
| de la parole et de l'ouïe des deux oreilles | 100 % |
| d'une main et d'un pied | 100 % |
| d'un bras ou d'une jambe | 75 % |
| d'une main ou d'un pied | 67 % |
| de la vue d'un œil | 67 % |
| de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles | 67 % |

| Perte | Montant versé |
|---|---|
| du pouce et de l'index d'une même main | 33 % |
| d'au moins quatre doigts de la même main | 33 % |
| de tous les orteils d'un même pied | 25 % |
| de l'ouïe d'une oreille | 25 % |

| Perte de l'usage | Montant versé |
|---|---|
| des deux bras ou des deux mains | 100 % |
| des deux jambes ou des deux pieds | 100 % |
| d'une main et d'un pied | 100 % |
| d'un bras ou d'une jambe | 75 % |
| d'une main ou d'un pied | 67 % |
| du pouce et de l'index d'une même main | 33 % |
| hémiplégie, paraplégie, quadriplégie | 200 % |

**DISPARITION**

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

**EXPOSITION AUX ÉLÉMENTS**

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

**RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS**

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

   a) un suicide ou des dommages corporels que la personne à charge s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;

   b) une maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;

   c) un traitement médical ou dentaire, une intervention chirurgicale ou une anesthésie;

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

   e) un voyage ou vol dans un aéronef sauf si la personne à charge voyage à titre de passager seulement (et non à titre de pilote ou de membre de l'équipage) dans tout aéronef :

      i) qui a un permis de vol reconnu ou accordé en vertu de la Loi sur l'aéronautique (Canada) ou en vertu des lois du pays où il a été enregistré, pourvu que toutes les conditions applicables à ce permis aient été respectées; et

      ii) qui est utilisé uniquement aux fins de transport et non pour la formation ou l'entraînement, à titre d'essai ou expérimental;

   f) une infraction ou une tentative d'infraction au Code criminel du Canada.

2) Pour les pertes relatives à un même membre, subies dans un même accident, le montant payable correspond à celui prévu pour la perte la plus importante. Pour l'ensemble des pertes subies dans le même accident, les montants payables ne peuvent dépasser la totalité du montant d'assurance indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES, exclusion faite des cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie pour lesquels le montant payable ne peut dépasser 200 % du montant d'assurance indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES.

**FIN DE LA GARANTIE**

Cette garantie prend fin à la première des dates indiquées dans la partie CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE.

## DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Avant de régler une demande consécutive à un décès, l'assureur exige des preuves écrites satisfaisantes attestant que le décès a bien eu lieu et que le défunt était admissible à l'assurance au moment du décès, et précisant les causes et les circonstances liées au décès, la date de naissance du défunt et à quel titre le demandeur présente la demande de prestations.

Sous réserve de toute loi applicable, l'assureur peut demander une autopsie pour évaluer sa responsabilité en rapport avec une demande de paiement présentée en raison d'un décès.

Toute autre demande de paiement doit être présentée à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de l'accident et une preuve écrite doit être remise dans les 90 jours suivant cet accident.

Dans le cas d’une disparition ainsi qu’il est indiqué dans la partie DISPARITION de la présente garantie l'assureur prendra le sinistre en charge sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

## ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE (RÉGIMES DE BASE ET BONIFIÉ)

### DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Chirurgie d'un jour désigne toute chirurgie pratiquée par un médecin et nécessitant une anesthésie locale, régionale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du médecin.

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

Dent saine désigne une dent naturelle qui ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa matière ou dans les structures qui lui sont adjacentes. Aussi, une dent traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale doit être considérée comme saine.

Frais usuels et raisonnables désigne les frais habituellement exigés pour des soins ou produits similaires et limités au tarif qui prédomine dans la région où les soins ou produits sont fournis. « Soins ou produits similaires » signifie des soins ou des produits qui sont comparables quant à leur nature et à leur durée, qui exigent une même compétence et qui sont fournis par une personne ayant une formation et une expérience similaires.

Hospitalisation désigne

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

2) tout séjour dans un hôpital dans le but de subir une chirurgie d’un jour.

Maison de convalescence désigne tout établissement au Canada légalement désigné comme tel, reconnu par l’assureur et dont la fonction consiste à :

1) donner des soins et des traitements aux patients sous la direction d'un médecin ou d'un infirmier autorisé;

2) assurer la présence d'un infirmier autorisé en service, 24 heures sur 24; et

3) tenir des registres quotidiens sur chaque patient confié aux soins d'un médecin.

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

Malade hospitalisé désigne la personne admise à l'hôpital, à qui on a accordé un lit sur l'ordre d'un médecin, dans le secteur de l'hôpital réservé aux malades hospitalisés.

Médicament équivalent désigne un médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.

Médicament obtenu sur ordonnance désigne un médicament prescrit par un médecin ou un chirurgien dentiste. De plus, certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé doivent être considérés comme médicament sur ordonnance si une loi provinciale permet à ces professionnels de le faire.

Orthèse désigne tout appareil orthopédique fabriqué d'un matériel rigide, tel le métal ou le plastique, et servant à maintenir une région du corps en bonne position. Les bandes-maintien élastiques n'entrent pas dans la catégorie des orthèses.

Période d'hospitalisation désigne toute période continue d'hospitalisation dans un hôpital du Canada ou des périodes successives d'hospitalisation résultant d'une même maladie ou d'un même accident et séparées par une période de moins de 60 jours consécutifs pendant lesquels la personne assurée n'a pas été hospitalisée. Si, pendant une période donnée, l'hospitalisation résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'hospitalisation précédente, elle est considérée comme une nouvelle période d'hospitalisation.

Prothèse désigne un appareil destiné à remplacer, en tout ou en partie, un membre ou un organe.

Recommandation médicale désigne l'ordre de fournir un médicament ou de prodiguer des soins, donné par un médecin, un chirurgien dentiste ou un podiatre dûment autorisé à le faire dans le cadre normal de l'exercice de sa profession.

Urgence médicale désigne toute maladie, affection ou blessure grave et imprévue nécessitant un traitement médical immédiat.

**OBJET DE LA GARANTIE**

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant qu'une personne assurée a engagé des frais admissibles pendant qu'elle était couverte en vertu de la présente garantie, l'assureur rembourse la partie de ces frais qui excède la franchise, s'il y en a une, sous réserve du pourcentage de remboursement applicable et des restrictions indiquées à l'APERÇU DES GARANTIES, et conformément aux autres dispositions applicables de la présente garantie et du contrat.

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

1) qui sont nécessaires du point de vue médical pour le traitement de la personne assurée;

2) qui sont normalement fournis pour une maladie ou blessure de cette nature ou de cette gravité;

3) qui, sous réserve d'une disposition contraire, ont été préalablement recommandés par le médecin traitant.

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

**DÉBUT DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE**

Si l'entrée en vigueur de l'assurance d'une personne à charge est retardée parce que la personne est hospitalisée le jour où l'assurance doit normalement entrer en vigueur, cette personne ne devient assurée que 24 heures après son retour au domicile de l'étudiant. Toutefois, un nouveau-né d'un étudiant dont les personnes à charge sont déjà assurées devient assuré dès sa naissance.

**FRANCHISE**

La franchise est la partie des frais admissibles que l'étudiant doit payer à chaque période de couverture, avant que la présente garantie ne donne droit à un remboursement. Le montant de la franchise est indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES.

**POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT**

Tout pourcentage de remboursement indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES est le pourcentage des frais admissibles après application de la franchise ou du ticket modérateur qui sera remboursé par l'assureur selon les dispositions de la présente garantie.

**FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA – ACCIDENT-MALADIE**

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

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

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

Les frais, autres que l'hospitalisation, sont payables selon la province où les services sont rendus.

FRAIS D'HOSPITALISATION

Hôpital : les frais d'hospitalisation pour des soins de courte durée pour chaque jour d'hospitalisation et sans limite quant au nombre de jours, jusqu'à concurrence de la limite indiquée à l'APERÇU DES GARANTIES.

Maison de convalescence : les frais de séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée), repas compris, dans une maison de convalescence autorisée, pourvu que la personne assurée y ait été admise dans les 14 jours suivant son séjour dans un hôpital à titre de malade hospitalisé et que le séjour ait principalement pour objet la réadaptation et non la surveillance du malade, jusqu'à concurrence de la limite indiquée à l'APERÇU DES GARANTIES.

MÉDICAMENTS (RÉGIME BONIFIÉ SEULEMENT)

Seuls les contraceptifs oraux, antidépresseurs, stérilets avec hormones, injections contraceptives, anneaux contraceptifs, timbres contraceptifs et médicaments pour l'hormonothérapie sont couverts en vertu du régime d'assurance collective.

Contraceptifs oraux, antidépresseurs, stérilets avec hormones, injections contraceptives, anneaux contraceptifs, timbres contraceptifs et médicaments pour l'hormonothérapie inscrits sur la liste RAMQ : La différence entre le montant admissible et le montant remboursé par le régime provincial d'assurance-médicaments du Québec (RAMQ) jusqu'à concurrence de la limite indiquée à l'APERÇU DES GARANTIES.

Contraceptifs oraux, antidépresseurs, stérilets avec hormones, injections contraceptives, anneaux contraceptifs, timbres contraceptifs et médicaments pour l'hormonothérapie non-inscrits sur la liste RAMQ : Le coût du médicament jusqu'à concurrence de la limite indiquée à l'APERÇU DES GARANTIES.

VACCINS

Tout vaccin non couvert par le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments jusqu'à concurrence du maximum de frais payables indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES. Les frais d'administration de vaccin ne sont pas couverts.

MÉDICAMENTS EXIGEANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE (S'APPLIQUE SEULEMENT AUX CONTRACEPTIFS ORAUX, ANTIDÉPRESSEURS, STÉRILETS AVEC HORMONES, INJECTIONS CONTRACEPTIVES, ANNEAUX CONTRACEPTIFS, TIMBRES CONTRACEPTIFS, MÉDICAMENTS POUR L'HORMONOTHÉRAPIE ET VACCINS PRÉVENTIFS)

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

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

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

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

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

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Soins infirmiers : les services d'une infirmière autorisée, d'une infirmière auxiliaire autorisée ou d'une préposée aux bénéficiaires (aide-infirmière) qui n'a aucun lien de parenté, ni par le sang ni par alliance, avec l'étudiant ou avec l'une des personnes à sa charge et qui ne réside pas habituellement chez celui-ci ni chez l'une des personnes à sa charge. Pour que les services soient couverts, il faut que le patient ne soit pas hospitalisé et que les soins donnés soient nécessaires du point de vue médical, qu'ils ne soient pas spécialement dispensés à titre de soins de protection, d'accompagnement, de psychothérapie ou de surveillance et qu'ils relèvent de la compétence de l'infirmière ou de la préposée aux bénéficiaires, jusqu'à concurrence du maximum de frais payables indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES pour chaque personne assurée.

Soins paramédicaux : selon les dispositions prévues à l'APERÇU DES GARANTIES, les services fournis par chaque type de professionnel, à condition que ce professionnel exerce dans les limites de sa compétence. Il doit également être membre en règle de son association ou de sa corporation professionnelle qui doivent être reconnues par l'assureur. Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour. À moins d'indication contraire, ces services ne nécessitent pas de recommandation médicale.

AMBULANCE

Les frais d'une ambulance autorisée servant à transporter la personne assurée par voie terrestre, en cas d'urgence médicale ou dans le cadre d'un traitement reçu à titre de malade hospitalisé :

1) à partir de l'endroit où la personne assurée est victime de l'accident ou tombe malade, jusqu'à l'hôpital le plus proche où elle peut obtenir les soins appropriés;

2) d‘un hôpital à un autre; et

3) d'un hôpital au domicile de cette personne lorsque l'état du patient l'exige.

Les frais d'une ambulance autorisée servant à transporter la personne assurée par voie aérienne, en cas d'urgence médicale, à l'hôpital le plus proche où la personne peut obtenir les soins appropriés ou à un autre hôpital lorsque le médecin traitant déclare que le transfert est nécessaire.

AIDE À LA MOBILITÉ

Fauteuil roulant : achat et réparation, ou location, à la discrétion de l’assureur, jusqu’à concurrence du coût d’un fauteuil roulant non motorisé, à moins que l’état de santé de la personne assurée requiert l’usage exclusif d’un fauteuil motorisé.

Aides à la marche ou béquilles : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

FOURNITURES ORTHOPÉDIQUES

Corset médical : achat, les frais de réparation ne sont pas compris.

Support pour un membre, bandage herniaire et plâtre : achat, les frais de réparation ou de remplacement ne sont pas compris.

Lit d'hôpital : achat et réparation, ou location, à la discrétion de l’assureur, jusqu'à concurrence du coût d’un lit d’hôpital non électrique, à moins que l’état de santé de la personne couverte requiert l’usage exclusif d’un lit électrique.

Chaussures orthopédiques : achat, jusqu'à concurrence d’un montant payable de 500 $ par période de couverture, par personne assurée. Pour être considérées comme orthopédiques, les chaussures doivent être conçues et fabriquées sur mesure pour une personne précise à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied ou être des chaussures ouvertes, évasées ou droites, ou être nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. De plus, elles doivent être fabriquées et facturées par des laboratoires détenant un permis en vertu de la loi sur la protection de la santé publique. Le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est également admissible, mais les chaussures profondes ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques. Les chaussures normales faisant partie de l'inventaire courant sont exclues.

ORTHÈSES ET PROTHÈSES

Les frais qui sont engagés pour des prothèses ou des orthèses ne sont admissibles que dans les cas où ces articles sont fabriqués (et sont facturés, dans le cas des orthèses orthopédiques et supports plantaires) par des laboratoires détenant un permis en vertu d'une loi sur la protection de la santé publique.

Orthèse podiatrique ou support plantaire : achat, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 350 $ par période de couverture, par personne assurée.

Membre artificiel et prothèse myoélectrique : achat, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 10 000 $ par prothèse par personne assurée. Réparation, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 10 000 $ par réparation par personne assurée. Remplacement rendu nécessaire par un changement physiologique, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 10 000 $ par prothèse par personne assurée.

Couvre-moignons : achat, jusqu'à concurrence de cinq paires par période de couverture par personne assurée.

Oeil artificiel : achat, y compris le remboursement des frais relatifs à un polissage de l'oeil artificiel ou à une reconfection par période de couverture, par personne assurée.

Prothèse mammaire externe : achat, lorsqu'elle est requise à la suite d'une mastectomie totale ou radicale réalisée pendant que la personne est assurée en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 200 $ par période de couverture par personne assurée.

Soutiens-gorge pour prothèses mammaires : achat, jusqu'à concurrence de 2 soutiens-gorge par période de couverture par personne assurée.

Prothèse auditive : achat, sur ordonnance écrite d'un oto-rhino-laryngologiste diplômé, ainsi que les réparations, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 500 $ par personne assurée pour toute période de 5 années de régime consécutives.

Prothèse capillaire : achat, lorsqu'une telle prothèse est nécessaire à la suite d'un traitement de chimiothérapie, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 300 $ par période de couverture par personne assurée.

ÉQUIPEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Glucomètre ou réflectomètre : achat ou location, sur recommandation médicale, jusqu'à concurrence d'un seul appareil par personne assurée pour la durée du contrat.

Oxygène et matériel nécessaire à son administration : achat ou location du matériel, à la discrétion de l'assureur.

Moniteur d'apnée : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

Pompe à drainage et accessoires de percussion thoracique : achat.

Neurostimulateur T.E.N.S. : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

Autres équipements thérapeutiques : achat ou location, à la discrétion de l'assureur, qui sont médicalement nécessaires et destinés à guérir ou à traiter une affection. Cette catégorie d'appareils comprend par exemple les stimulateurs de consolidation de fracture, les pompes à insuline, les appareils d'aérosolthérapie et les respirateurs à pression positive intermittente.

FOURNITURES MÉDICALES

Fournitures ayant trait à la colostomie, l'iléostomie et l'urétérostomie : achat.

Bas de contention : achat, y compris les bas à compression régressive, fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical, jusqu'à concurrence de 2 paires par période de couverture, par personne assurée.

Stérilets non hormonaux : achat.

Fournitures pour les paraplégiques : achat, à condition qu'elles soient reconnues nécessaires pour le traitement et l'entretien des paraplégiques.

Cathéter : achat.

Fournitures médicales servant au gavage : achat.

Fournitures médicales nécessaires suite à une trachéotomie : achat.

Lunette opaque nécessaire lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis : achat.

Vêtements compressifs pour brûlés : achat.

Pansements médicamentés : achat.

SERVICES DIAGNOSTIQUES

Techniques d'imagerie (incluant les examens aux rayons X et aux ultrasons), analyse de laboratoire et traitements au radium ou aux rayons X, à l'exclusion des services reçus à l'hôpital et des imageries par résonance magnétique (IRM).

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Les services d'un dentiste requis pour la réparation et le remplacement de dents saines par suite d'un coup accidentel reçu sur la bouche pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie, et non en raison de l'introduction volontaire ou involontaire d'une substance alimentaire ou d'un objet dans sa bouche. Ces soins dentaires doivent être rendus dans les 12 mois suivant la date de l'accident; sinon, l'assureur exige qu'un plan de traitement détaillé qu'il juge satisfaisant lui soit présenté dans le même délai. L'assureur n'accorde aucun remboursement pour des soins reçus plus de deux ans après la date de l'accident. Le coût des frais admissibles est limité aux honoraires prévus dans le guide des tarifs de l'année en cours des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province de résidence de l'adhérent.

CURES ET TRAITEMENTS

Radiothérapie ou traitements de troubles de la coagulation du sang, à l'exclusion des services reçus à l'hôpital.

SOINS DE LA VUE

Examen de la vue : y compris la vérification de la réfraction oculaire, étant entendu que ces services doivent être rendus par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé, jusqu'à concurrence du maximum de frais payables indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES.

LUNETTES, LENTILLES ET CHIRURGIE

Lunettes et lentilles cornéennes y compris les frais de remplacement, à condition qu'ils soient prescrits par écrit par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé et fournis par un ophtalmologiste autorisé, un optométriste diplômé ou un opticien autorisé ou les frais relatifs à une chirurgie pour corriger la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme, jusqu'à concurrence du montant payable indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES.

Lunettes suite à une chirurgie de la cataracte : achat, à condition que celles-ci soient rendues nécessaires par une opération de la cataracte et qu'elles permettent l'obtention d'un niveau minimum d'acuité visuelle de 20/40, à raison d'une seule paire et jusqu'à concurrence d'un montant payable de 200 $ par chirurgie, par personne assurée.

LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

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

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

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

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

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

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

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

**FRAIS ADMISSIBLES – HORS CANADA**

Lorsqu'une personne assurée doit engager des frais non urgents en raison d'un accident ou d'une maladie survenant lors d'un séjour à l'extérieur du Canada, les frais admissibles sont remboursables, sauf les frais pour les soins hospitaliers, conformément aux conditions indiquées à l'APERÇU DES GARANTIES, comme s'ils avaient été encourus au Québec, dans la mesure où ces frais sont couverts par la présente garantie et dans la province de résidence de la personne assurée et pourvu qu'ils ne soient pas payables par un organisme gouvernemental ni par un autre régime privé d'assurance.

**RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS**

1) Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

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

   b) les services, les soins ou les produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, étant entendu que pour une personne qui n'est pas couverte par les lois en question, l'assureur ne rembourse pas les frais qui auraient normalement été couverts par les lois sur l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée;

c) les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;

d) les frais engagés pour tout ce qui est implanté chirurgicalement, à l’exception des cristallins artificiels s’ils sont couverts par le contrat;

e) les services, les soins ou les produits fournis à l'étudiant par l'employeur;

f) les fauteuils roulants conçus ou adaptés pour permettre la participation à des activités sportives;

g) les appareils robotisés d'aide à la marche;

h) les appareils de contrôle tels les stéthoscopes, les sphygmomanomètres ou les autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels les purificateurs, les humidificateurs, les climatiseurs, les baignoires à remous ou autres appareils de même nature;

i) les stérilets ou autres dispositifs à but contraceptif sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;

j) les équipements de type «Obus Forme»;

k) les cours, programmes d’exercices, programmes de conditionnement physique sur appareil ou au sol, bains flottants, bains de boue, bains thérapeutiques, exercices de relaxation, exercices en gymnase, séances d’étirement et renforcement, évaluations posturales et bougies auriculaires;

l) les couches pour incontinence;

m) les soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;

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

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

p) les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;

q) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :

   i) de soins esthétiques;

   ii) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;

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

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

v) du fait pour l'étudiant d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada; les frais admissibles engagés pour une cure de désintoxication et les frais engagés pour l'achat de médicaments que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait ne sont pas visés par la présente;

r) les frais engagés pour une cure de désintoxication;

s) les frais engagés pour le traitement de l’infertilité;

t) les lunettes de soleil ou les lunettes protectrices.

2) Exclusions applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

a) tous les médicaments, sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;

b) les médicaments, les hormones, les produits et les injections servant au traitement de l'obésité;

c) les produits anticonceptionnels (gelées et mousses contraceptives et prophylactiques), sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;

d) les produits suivants, qu'ils soient considérés ou non comme des médicaments :

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

ii) les produits pour soins esthétiques;

iii) les cosmétiques;

iv) les produits dits naturels et les préparations homéopathiques;

v) les écrans solaires;

vi) les savons;

vii) les laxatifs d'usage courant;

viii) les antiacides stomacaux d'usage courant;

ix) les émollients épidermiques;

x) les désinfectants et les pansements usuels;

xi) les eaux minérales;

xii) les préparations de lait de toute nature pour bébés;

xiii) les protéines ou suppléments diététiques (c'est-à-dire les produits servant de supplément ou de complément à l'alimentation);

e) les substances utilisées pour injections sclérosantes dans les cas de varicosités, de pinceaux veineux et de dilatation mineure non réellement pathologiques mais considérés comme inesthétiques;

f) les produits et les médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions sexuelles;

g) les médicaments ou produits antitabac;

h) les frais qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour les personnes qui sont assurées par ce régime, sauf lorsque prévu à la présente garantie.

i) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui sont utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été approuvés par Santé Canada;

j) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui font l’objet d’une consommation plus élevée que celle prévue par les critères de bonnes pratiques cliniques établis par l’assureur.

3) Exclusions applicables aux médicaments exigeant une autorisation préalable

L’assureur se réserve le droit d’appliquer certaines restrictions, exclusions et limitations, notamment pour les soins, produits ou médicaments qui ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur à la date à laquelle les frais sont engagés.

4) Limitations additionnelles applicables aux médicaments

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

5) Exclusions additionnelles applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

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

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

**COORDINATION DES PRESTATIONS**

La présente garantie est assujettie à la disposition relative à la COORDINATION DES PRESTATIONS de la section DEMANDES DE PRESTATIONS du contrat et aux dispositions ci-dessous.

Le montant total des prestations versées en vertu de la présente garantie et, s'il y a lieu, des garanties ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ÉTUDIANT et ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DES PERSONNES À CHARGE du contrat ne peut jamais excéder le montant des frais assurés effectivement engagés.

Si les frais engagés par la personne assurée sont admissibles à un remboursement en vertu de la présente garantie et, s'il y a lieu, des garanties ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ÉTUDIANT et ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DES PERSONNES À CHARGE du contrat, le remboursement prévu par les garanties d'ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES doit être effectué en premier lieu, la présente garantie limitant alors la responsabilité de l'assureur au solde des frais admissibles.

**FIN DE LA GARANTIE**

Cette garantie prend fin à la première des dates indiquées dans la partie CESSATION DE L'ASSURANCE DES ÉTUDIANTS.

## DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives et être adressées à l'assureur au plus tard dans les 90 jours après la fin de la période de couverture durant laquelle les frais ont été engagés. Toutefois, si la couverture prend fin avant la fin de la période de couverture, les demandes de prestations doivent être présentées au plus tard dans les 90 jours suivant la date de fin de la couverture.

## ASSURANCE FRAIS DENTAIRES (RÉGIME BONIFIÉ)

### DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Dentiste ou chirurgien dentiste désigne une personne autorisée à pratiquer la médecine dentaire, agréée par l'organisme qui a juridiction à l'endroit où elle fournit les services dentaires.

Guide des tarifs désigne le guide des tarifs des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province où le traitement est donné à la personne assurée, pour l'année indiquée à l'APERÇU DES GARANTIES.

Hygiéniste dentaire désigne une personne autorisée à dispenser des traitements dentaires prophylactiques par une faculté dentaire accréditée.

### OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant qu'une personne assurée, alors couverte en vertu de la présente garantie, a engagé des frais admissibles qui étaient nécessaires et qui avaient trait à des services recommandés par un dentiste, l'assureur rembourse la partie de ces frais qui excède la franchise, s'il y en a une, sous réserve du pourcentage de remboursement indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES, selon les tarifs du guide approprié et des maximums indiqués à l'APERÇU DES GARANTIES, sans excéder les frais engagés et conformément aux autres dispositions applicables du contrat.

Pour être admissibles, les soins doivent être :

1) dispensés par un dentiste; ou

2) dispensés par un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste; ou

3) dispensés par un denturologiste diplômé lorsque ces services sont dans les limites de sa compétence.

Les frais admissibles sont réputés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou à la date à laquelle les fournitures ont été obtenues. Toutefois, en ce qui concerne les traitements de canaux, l'assureur considère la date du dernier traitement comme étant la date à laquelle les frais ont été engagés.

### DÉBUT DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

Si l'entrée en vigueur de l'assurance d'une personne à charge est retardée parce qu'elle est hospitalisée le jour où l'assurance doit normalement entrer en vigueur, cette personne ne devient assurée que 24 heures après son retour au domicile de l'étudiant. Toutefois, un nouveau-né d'un étudiant dont les personnes à charge sont déjà assurées devient assuré dès sa naissance.

**FRANCHISE**

La franchise est la partie des frais admissibles que l'étudiant doit payer à chaque période de couverture avant que la présente garantie ne donne droit à un remboursement. Le montant de la franchise est indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES.

**POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT**

Tout pourcentage de remboursement indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES est le pourcentage des frais admissibles après application de la franchise qui sera remboursé par l'assureur, en vertu des dispositions de la présente garantie.

**FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA**

**SOINS DE PRÉVENTION**

EXAMENS

- Examen buccal complet, une fois tous les 36 mois
- Examen buccal de rappel, une fois tous les 12 mois
- Examen buccal d'aspect particulier, une fois tous les 6 mois
- Examen buccal d'urgence

RADIOGRAPHIES

- Série complète de radiographies périapicales ou panoramiques, limitée à une série tous les 36 mois
- Radiographies intra-orales et radiographies servant à diagnostiquer un symptôme ou à examiner les progrès dans une série de traitements particuliers
- Interprétation de radiographies provenant d'une autre source
- Photographie
- Radiographie de la main et du poignet, comme aide diagnostique au traitement dentaire

TESTS ET EXAMENS DE LABORATOIRE

- Cultures/frottis bactériologiques pour la détermination d'agents pathologiques
- Biopsies
- Test de vitalité
- Modèles de diagnostic, non montés

PRÉSENTATION ET EXPLICATION DE CAS

- Consultation avec un patient (un jour autre que celui de l'examen)

SERVICES DE PRÉVENTION

- Instruction d'hygiène buccale, une fois tous les 12 mois
- Polissage, une fois tous les 12 mois
- Détartrage léger à des fins préventives plutôt que thérapeutiques : 2 unités de 15 minutes par période de couverture par personne assurée
- Application topique de fluorure, une fois tous les 12 mois
- Finition des obturations
- Scellants de puits et fissures, pour les enfants âgés de moins de seize ans
- Meulage interproximal
- Appareils de maintien en l'absence de dents primaires, pour les enfants âgés de moins de seize ans
- Odontotomie prophylactique/améloplastie

CHIRURGIE BUCCALE PRÉVENTIVE

- Extractions de dents incluses (incluant l'anesthésie)

SERVICES ADDITIONNELS

Seules l'anesthésie générale et la sédation consciente sont couvertes. Ces frais sont admissibles s'ils sont administrés en relation avec une extraction.

**SOINS DE BASE, ENDODONTIE ET PARODONTIE**

RESTAURATION

- Amalgame (argent)
- Restaurations en composite selon ce qui est indiqué à la partie LIMITATIONS afférentes aux frais dentaires de l'APERÇU DES GARANTIES
- Tenons de rétention pour restauration en amalgame ou en composite
- Couronnes préfabriquées en acier inoxydable et en polycarbonate, pour les enfants de moins de seize ans
- Carie / trauma / contrôle de la douleur, acte distinct d'une restauration

ENDODONTIE

- Traitement d'une maladie de la chambre pulpaire et des canaux dentaires (traitement de canal)

PARODONTIE

Traitements de tissus mous (gencives) et de l'os sur lesquels sont implantées les dents. Toutefois les frais admissibles suivants sont limités :

a) visites post-opératoires, quatre visites par période de couverture

b) curetage dispensé par un dentiste, une fois par période de 60 mois

c) ajustement pour appareil parodontal pour contrôler uniquement le bruxisme, limité à un ajustement par période de couverture

d) surfaçage radiculaire, limité à 8 unités de 15 minutes par période de couverture

e) rectification de l'occlusion, limitée à 8 unités de 15 minutes par période de couverture

ENTRETIEN DE PROTHÈSES AMOVIBLES

- Réparation
- Addition (à une prothèse amovible existante)
- Regarnissage
- Rebasage
- Ajustement de prothèses, trois mois après l'insertion
- Ajustements de prothèses avec ajustements mineurs, une fois par période de six mois.

CHIRURGIE BUCCALE

- Extractions - sans complications et complexes
- Ablation de racines résiduelles
- Exposition chirurgicale des dents
- Alvéoplastie, gingivoplastie, stomatoplastie et ostéoplastie
- Reconstruction du procès alvéolaire
- Extension des replis muqueux
- Excisions
- Incisions

- Frénectomie
- Actes chirurgicaux divers

**FRAIS ADMISSIBLES HORS DU CANADA**

L'assureur ne rembourse les frais engagés pour des soins dentaires reçus à l'extérieur du Canada que dans la mesure où ce remboursement est effectué en vertu de la présente garantie dans le lieu de résidence habituel de la personne assurée lorsqu'elle n'étudie pas au Canada (étudiants internationaux) et à condition qu'il ne s'agisse pas de soins d'urgence. Cependant, les frais seront limités aux frais suggérés du guide des tarifs du Québec.

**RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS**

Aucun remboursement n'est effectué relativement à toute partie des frais engagés excédant les frais suggérés dans le guide des tarifs approprié ainsi qu'il est indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES. Lorsque deux ou plusieurs traitements sont disponibles pour corriger adéquatement une condition dentaire, ce régime remboursera le traitement le moins coûteux qui donne un résultat approprié du point de vue professionnel.

Le remboursement des frais de laboratoire est limité aux frais de laboratoire raisonnables et habituels de la localité où les services sont rendus. Toutefois, le remboursement total des frais de laboratoire ne doit en aucun cas dépasser 50 % des frais suggérés dans le guide des tarifs approprié ainsi qu'il est indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES pour le traitement dentaire précis nécessitant des services de laboratoire.

Le remboursement des frais pour des restaurations en composite qui sont effectuées sur des dents postérieures peut être limité aux frais remboursables pour les restaurations en amalgame selon ce qui est indiqué à la partie LIMITATIONS afférentes aux frais dentaires de l'APERÇU DES GARANTIES.

L'assureur n'effectue aucun remboursement en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

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

2) les frais engagés relativement à l'analyse de la diète et aux recommandations, à l'hygiène buccale et au programme de contrôle de la plaque dentaire;

3) les frais engagés pour des soins, des fournitures dentaires, y compris les radiographies, visant la reconstruction de la bouche entière, la correction de l'espace vertical, la restauration de l'occlusion ou la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire, ou pour un jumelage permanent des dents;

4) les frais imposés par un dentiste pour les rendez-vous auxquels la personne assurée néglige de se présenter et les frais engagés pour faire remplir des demandes de remboursement ou pour les consultations par téléphone;

5) les frais engagés pour des cultures/frottis bactériologiques suivis d'un traitement par Chlorzoïn;

6) les frais engagés pour des implants;

7) les frais engagés pour des duplicatas de modèles de diagnostic (non montés);

8) les frais engagés pour des anesthésies par acupuncture;

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

10) les services, soins ou produits dentaires que la personne a reçus gratuitement ou qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer;

11) les services, les soins ou les produits fournis à l'étudiant par l'employeur;

12) tout traitement reçu en dehors du Canada, sauf les soins prévus dans la disposition relative aux FRAIS ADMISSIBLES HORS DU CANADA;

13) les services et fournitures dentaires non inclus dans la liste des frais admissibles;

14) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :

    a) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;

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

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

**COORDINATION DES PRESTATIONS**

La présente garantie est assujettie à la disposition relative à la COORDINATION DES PRESTATIONS de la section DEMANDES DE PRESTATIONS du contrat.

## ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS

Lorsque le coût global estimatif d'une série proposée de soins dentaires pour une personne assurée dépasse 500 $, il est conseillé à l'étudiant de présenter un plan de traitement détaillé à l'assureur avant le commencement de ce traitement. L'assureur informe alors l'étudiant du remboursement auquel il a droit conformément aux dispositions du contrat. Le plan de traitement doit indiquer le type de soins à fournir, les dates prévues de la série de soins et les sommes exigées pour chaque soin.

Le plan de traitement présenté doit être mis à exécution par le dentiste qui l'a d'abord élaboré, sinon l'étudiant devra présenter un nouveau plan de traitement à l'assureur en vue d'une nouvelle évaluation.

## FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la première des dates indiquées dans la partie CESSATION DE L'ASSURANCE DES ÉTUDIANTS.

Les frais engagés après la date de cessation de l'assurance de l'étudiant ne sont pas remboursables, même si la personne assurée a présenté un plan de traitement détaillé en vertu de la disposition relative à l'ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS et que l'assureur a fixé les versements avant ladite date de cessation.

## DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'étudiant n'a pas à soumettre de demande de prestations à l’assureur si le dentiste utilise l'échange électronique de données (EDI).

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives et être adressées à l'assureur au plus tard dans les 90 jours après la fin de la période de couverture durant laquelle les frais ont été engagés. Toutefois, si la couverture prend fin avant la fin de la période de couverture, les demandes de prestations doivent être présentées au plus tard dans les 90 jours suivant la date de fin de la couverture.

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

## BON À SAVOIR

### DEMANDES POUR SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRES

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

**Par courriel à :** Servicecollectif@dsf.ca

**Par téléphone au :** 1 800 463-7843

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

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour obtenir votre numéro de certificat, veuillez consulter le site **www.aseq.ca.**

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

### BÉNÉFICIAIRE

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

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

### ACCÈS À LA POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE

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

### COMMENT DÉPOSER UNE PLAINTE

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

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

**Par écrit, à l'adresse suivante :**

Officier du règlement des différends
Desjardins Sécurité financière,
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

**Par courriel à : officierplaintes@dsf.ca**

**Par téléphone au :** 1 877 938-8184

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

# Notre engagement envers vous

Nous sommes toujours là pour répondre à vos questions. Vous pouvez compter sur notre équipe chevronnée pour vous fournir un service hors pair et traiter vos demandes avec efficacité. Nous veillons à votre bien-être et vous procurons un soutien financier au moment où vous en avez le plus besoin.

**desjardinsassurancevie.com/adherent**

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

DESJARDINS ASSURANCES désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
DESJARDINS, DESJARDINS ASSURANCES et les marques de commerce associées sont des marques de commerce de la Fédération des caisses Desjardins du Québec utilisées sous licence par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2 / 1 866 647-5013
desjardinsassurancevie.com

03074F12 (2022-03)