360° MC | ASSURANCE COLLECTIVE

Votre régime d'assurance collective

LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PARTICIPANT AU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE, REPRÉSENTÉS PAR LE CENTRE COLLÉGIAL DES SERVICES REGROUPÉS (CCSR)

Police n° N004

Fière partenaire de

FONDATION MC DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC

Desjardins Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

Votre régime d'assurance collective

LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PARTICIPANT AU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE, REPRÉSENTÉS PAR LE CENTRE COLLÉGIAL DES SERVICES REGROUPÉS (CCSR)

Police n° N004

Assureur : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1er janvier 2015. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

TABLE DES MATIÈRES

GÉNÉRALITÉS **1**

DESCRIPTION DES GARANTIES **2**

MÉDICAMENTS **2**

GARANTIE DE BASE **4**

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE **11**

EXCLUSIONS **13**

CONDITIONS PRÉEXISTANTES **15**

DISPOSITIONS GÉNÉRALES **16**

DÉFINITIONS **16**

ADMISSIBILITÉ **17**

PARTICIPATION **17**

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE **17**

ÉTENDUE DE LA PROTECTION **18**

FORMATION PARTICULIÈRE **18**

CESSATION DE L'ASSURANCE **18**

PROLONGATION DE L'ASSURANCE DES ÉTUDIANTS INSCRITS À UN PROGRAMME D'ÉTUDES COLLÉGIALES OU UNIVERSITAIRES **19**

PROLONGATION DE L'ASSURANCE EN CAS D'HOSPITALISATION À LA CESSATION DE L'ASSURANCE 20

COORDINATION DES PRESTATIONS 20

DEMANDE DE PRESTATIONS 20

SERVICE À LA CLIENTÈLE 21

NUMÉROS EN CAS D'URGENCE 22

ASSISTANCE INFO ACCÈS-SANTÉ 23

ACCÈS À LA BROCHURE SUR INTERNET 23

IMPORTANT

En cas d'urgence médicale ou d'hospitalisation aux États-Unis seulement, vous devez communiquer immédiatement avec le service d'assistance-voyage « Sigma Assistel » au numéro suivant :

1 800 465-6390

GÉNÉRALITÉS

Lorsqu'un adhérent engage des frais pour lui-même à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse, il a droit au remboursement des frais admissibles engagés à cet égard, sous réserve des modalités prévues aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES et des dispositions suivantes :

Le montant de remboursement par adhérent est sujet à un maximum viager de 500 000 $.

Les frais admissibles en vertu des présentes garanties sont ceux qui s'appliquent à des fournitures, soins ou services prescrits par un médecin et qui sont nécessaires au traitement de l'adhérent. Les fournitures doivent être acquises et les soins ou services dispensés alors que le présent contrat est en vigueur. Les frais relatifs aux soins, services et fournitures admissibles doivent être conformes aux normes raisonnables et habituelles de la pratique courante des professions de la santé en cause.

Concernant les professionnels de la santé, seuls sont admissibles les frais engagés pour des soins ou des traitements dispensés par un professionnel de la santé qui est membre en règle de la corporation professionnelle pertinente aux soins ou traitements en cause, ou à défaut de l'existence d'une telle corporation, de l'association professionnelle pertinente reconnue par l'assureur. Le professionnel ne doit pas habiter ordinairement dans la résidence de l'adhérent ni être parent avec lui. Sauf pour un médecin et un infirmier à l'hôpital, un seul traitement ou une seule consultation par jour, par le même professionnel, est admissible pour un adhérent donné.

DESCRIPTION DES GARANTIES

MÉDICAMENTS

Les frais admissibles pour les médicaments sont remboursés à 90 % après déduction d'un ticket modérateur de 5 $ par médicament prescrit. Le maximum remboursable est de 15 000 $ par année d'assurance, excluant les médicaments reçus lors d'une hospitalisation.

a) Médicaments

Les médicaments qui sont nécessaires à la thérapeutique, incluant les contraceptifs oraux et par injection ainsi que la pilule du lendemain, qui ne peuvent s'obtenir que sur ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien dentiste (codés «Pr», «C», ou «N» dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques) et qui sont fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien.

De plus, les frais engagés pour des médicaments qui sont obtenus sur ordonnance du médecin et requis pour le traitement de certaines conditions pathologiques sont également admissibles en vertu du présent paragraphe, dans la mesure où il ne s'agit pas de préparations homéopathiques et pourvu que l'indication thérapeutique qui en est proposée par le fabricant dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques soit directement reliée au traitement de troubles cardiaques, troubles pulmonaires, diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique ou du glaucome.

Les médicaments prescrits en cours de traitement ne doivent en aucun cas excéder la quantité nécessaire pour un mois.

Certains médicaments prescrits par un médecin ne sont pas remboursables, dont les suivants :

i) produits en vente libre;

ii) vitamines, minéraux;

iii) médicaments pour enrayer l'habitude du tabac;

iv) produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou d'hygiène corporelle;

v) substances ou médicaments utilisés ou administrés à titre préventif;

vi) médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence;

vii) produits homéopathiques ou dits naturels;

viii) suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation;

ix) écrans solaires;

x) médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro;

xi) hormones de croissance;

xii) injections sclérosantes.

b) Stérilet

Les frais pour les stérilets sont admissibles à un remboursement.

GARANTIE DE BASE

Remboursement

Les frais admissibles de la garantie de base sont remboursés à 100 %, sans franchise.

a) Frais hospitaliers

Les frais engagés lors d'un séjour à l'hôpital, jusqu'à concurrence du tarif d'une salle commune, selon le barème applicable aux citoyens étrangers, y compris tous les frais médicaux pertinents, jusqu'à concurrence de 60 jours par maladie ou blessure, par année d'assurance.

Les frais engagés pour un traitement comme patient externe à un hôpital.

b) Médecins

Les honoraires de médecins ou chirurgiens, jusqu'à concurrence du montant prévu dans la grille d'honoraires publiée par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à l'intention de ses membres pour les étrangers non résidents.

c) Psychiatrie

Les frais engagés lors d'un séjour à l'hôpital dans une unité psychiatrique, jusqu'à concurrence du tarif dans une salle commune selon le barème applicable aux citoyens étrangers, y compris les frais médicaux pertinents, jusqu'à concurrence de 40 jours par épisode.

En l'absence d'hospitalisation, les frais de consultation pour le traitement de problèmes psychiatriques, jusqu'à concurrence de 5 000 $ par adhérent, par année d'assurance.

d) Maternité

Les frais raisonnables engagés relatifs à une grossesse et toute complication s'y rattachant, ou à un accouchement, y compris une césarienne et les frais hospitaliers pour la pouponnière.

Les frais d'avortement thérapeutique effectué par un médecin.

Si l'adhérente n'était pas assurée en vertu d'une garantie semblable au Canada au cours de l'année précédant son adhésion, les frais reliés à une grossesse ne sont admissibles que si l'accouchement normal est prévu plus de 30 semaines suivant son adhésion.

Cette exclusion ne s'applique pas dans le cas d'une fausse-couche ou d'un accouchement prématuré survenu à la suite d'une conception qui a eu lieu dans les six semaines précédant ou suivant la date d'adhésion.

e) Soins infirmiers et maison de convalescence

Les frais raisonnables et habituels pour les services d'un infirmier diplômé qui ne réside pas normalement avec l'adhérent et qui n'est pas membre de la famille immédiate de l'adhérent, pourvu que les soins soient prescrits par un médecin ou par un chirurgien légalement licencié. Les frais sont limités à 200 $ par jour pour un maximum de 60 jours par blessure, maladie ou accident par adhérent, par année d'assurance.

Les frais de maison de convalescence ne doivent pas excéder le tarif quotidien et le maximum de 200 $ par jour pour un séjour en salle commune. Les soins doivent être dispensés où habite l'adhérent et doivent expressément remplacer une hospitalisation. Les frais sont limités à 30 jours par blessure, maladie ou accident par adhérent, par année d'assurance.

f) Ambulance

Les frais raisonnables et habituels de transport par ambulance licenciée du lieu de l'accident ou de la maladie à l'hôpital le plus proche si la condition de l'adhérent rend impossible l'utilisation d'un autre moyen de transport.

g) Soins dentaires en cas d'accident

Les frais pour le traitement de blessures à des dents naturelles et saines, administré par un dentiste ou un chirurgien dentiste dans les 180 jours suivant l'accident, jusqu'à concurrence de 2 000 $ par adhérent, par année d'assurance.

h) Dialyse rénale

Les frais médicaux et hospitaliers engagés pour la dialyse rénale jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 10 000 $ par adhérent.

i) Virus d'immunodéficience humaine (VIH)

Les frais liés au traitement d'une infection au VIH, avec ou sans symptôme, du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), du parasida (ARC) ou à la présence du VIH, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 10 000 $ par adhérent.

j) Produits anesthésiants

Les produits anesthésiants, jusqu’à concurrence de 50 $ par visite, ainsi que les honoraires de médecin relatifs à leur administration lors d’une intervention qui a lieu ou non à l’hôpital.

k) Hors Canada

Les frais médicaux raisonnables et habituels admissibles engagés par l'adhérent pendant un séjour à l'extérieur du Canada seront remboursés à condition qu'un médecin ait recommandé le **traitement d'urgence** d'une blessure ou d'une maladie subite et inattendue de l'adhérent survenue au cours d'un voyage d'une durée maximale de :

- 14 jours;
- 120 jours dans un pays offrant une activité de formation reconnue par l'établissement d'enseignement et à laquelle l’adhérent participe, excluant les États-Unis.

Si le séjour hors du Canada excède la durée maximale, la protection de l'adhérent est interrompue et ne reprend qu'à la date de son retour au Canada.

Les frais médicaux d'urgence admissibles pendant un séjour à l'extérieur du Canada comprennent :

- les frais pour séjour en salle commune et autres produits et services fournis par l'hôpital;
- les soins prodigués par un médecin ou par un chirurgien licencié;
- les soins dispensés à titre de patient externe;
- les médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance d'un médecin;
- le transport par ambulance requis par l'état de santé;
- tout autre produit et service nécessaire du point de vue médical et normalement admissible au titre des garanties du contrat général.

La protection pour tout problème de santé ayant fait l'objet d'un même diagnostic autre qu'accidentel ne s'applique qu'une fois par séjour hors du Canada.

Toutes exclusions, restrictions et franchises en vertu des garanties de base et complémentaire s'appliquent aux frais engagés par l'adhérent séjournant à l'extérieur du Canada.

En cas d'urgence médicale ou d'hospitalisation, avant d'engager des frais, l'adhérent doit communiquer immédiatement avec le service d'assistance-voyage « Sigma Assistel ». Manquer à cette obligation peut limiter les frais remboursables à 50 000 $ pour des frais engagés aux États-Unis, si l'adhérent ou un proche était en mesure de communiquer avec le service d'assistance-voyage « Sigma Assistel » et ne l'a pas fait.

l) Service d’assistance-voyage «Sigma Assistel»

Si un adhérent doit engager des frais pour le traitement d’une maladie ou d’une blessure au Canada, ou s’il engage des frais pour le traitement d’urgence d’une blessure ou d'une maladie subite et inattendue à l'extérieur du Canada, cet adhérent pourra communiquer en tout temps avec notre service d’assistance-voyage « Sigma Assistel » qui prendra les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants, s'il y a lieu :

i) assistance téléphonique sans frais 24 heures sur 24;

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

iii) aide pour l'admission à l'hôpital;

iv) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné, selon les critères prévus au contrat;

v) rapatriement de l'adhérent dans son pays de résidence, dès que son état de santé le permet, comme prévu au contrat;

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

vii) règlement des formalités en cas de décès, tel que prévu au contrat;

viii) envoi d'aide médicale et de médicaments si l'adhérent se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transporté;

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

x) transmission de messages aux proches de l'adhérent en cas d'urgence;

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

Notre service d'assistance-voyage « Sigma Assistel » est disponible 24 heures sur 24, à longueur d'année. Voici les numéros à composer selon la provenance de l'appel :

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

m) Rapatriement en cas de soins complexes et continus

Si le diagnostic indique que l'état de santé de l'adhérent nécessite des soins complexes et continus, qu'il y ait hospitalisation ou non, sous réserve de l'approbation du médecin traitant de l'adhérent et du médecin consultant de l'assureur, les frais raisonnables et courants pour rapatrier l'adhérent dans son pays de résidence permanente par un moyen de transport convenable.

L'état de santé d'un adhérent ayant commis une tentative de suicide est considéré comme nécessitant des soins complexes et continus.

Advenant que l'adhérent n'accepte pas la décision de l'assureur de se faire rapatrier dans son pays de résidence permanente, l'assurance cesse à la date de rapatriement proposée.

n) Rapatriement en cas de décès

Advenant le décès de l’adhérent, l'assureur rembourse les frais de préparation et de transport de la dépouille de l'adhérent à son pays de résidence permanente, y compris les frais d'ambulance et de séjour à la morgue, jusqu'à concurrence de 10 000 $. La famille peut choisir l'option de se faire rembourser les frais d'incinération et/ou d'inhumation de l'adhérent à l'endroit où est survenu le décès jusqu'à concurrence de 5 000 $. Le coût du cercueil ou de l'urne n'est pas remboursé.

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE

Remboursement

Les frais admissibles de la garantie complémentaire sont remboursés à 80 %, sans franchise. De plus, les garanties a) à h) suivantes comportent un maximum de remboursement de 1 000 $ par adhérent, par année d'assurance pour l'ensemble de ces spécialistes.

a) Physiothérapeute

Les frais raisonnables et habituels d'un physiothérapeute licencié aux fins de traitement de physiothérapie, jusqu'à concurrence de 500 $ par adhérent, par année d'assurance.

b) Chiropraticien

Les frais raisonnables et habituels d'un chiropraticien agréé et des examens radiologiques aux fins de traitement, jusqu'à concurrence de 500 $ par adhérent, par année d'assurance.

c) Ostéopathe

Les frais raisonnables et habituels d'un ostéopathe agréé, y compris les radiographies et les analyses de laboratoire aux fins diagnostiques, jusqu'à concurrence de 500 $ par adhérent, par année d'assurance.

d) Podiatre

Les frais raisonnables et habituels d'un podiatre, y compris les radiographies et les analyses de laboratoire aux fins diagnostiques, jusqu'à concurrence de 500 $ par adhérent, par année d'assurance.

e) Psychologue

Les frais raisonnables et habituels engagés pour les soins d'un psychologue licencié jusqu'à concurrence de 500 $ par adhérent, par année d'assurance.

f) Ergothérapeute

Les frais raisonnables et habituels d'un ergothérapeute agréé, y compris les radiographies et les analyses de laboratoire aux fins diagnostiques, jusqu'à concurrence de 500 $ par adhérent, par année d'assurance.

g) Acupuncteur

Les frais raisonnables et habituels engagés pour les soins d'un acupuncteur licencié jusqu'à concurrence de 500 $ par adhérent, par année d'assurance.

h) Diététiste

Les frais raisonnables et habituels d'un diététiste dans les cas de diabète, jusqu'à concurrence de 500 $ par adhérent, par année d'assurance.

i) Examen de la vue

Les frais pour un examen par un optométriste ou ophtalmologiste licencié, jusqu'à concurrence d'un examen par adhérent, par année d'assurance.

j) Radiologie et examens de laboratoire

Les frais raisonnables et habituels pour les radiographies et les examens de laboratoire à des fins diagnostiques.

Il est obligatoire d'obtenir l'autorisation de l'assureur avant d'engager des frais pour tout examen sanguin ou radiologique **spécifique** (tels que scanner, taco, résonance magnétique et mammographie). Cette autorisation préalable peut être obtenue en communiquant avec le service à la clientèle.

k) Autres services et produits

Les frais courants pour la location d'appareils médicaux légers approuvés au préalable par l'assureur, tels que béquilles, plâtres, attelles, cannes, écharpes, bandages herniaires, appareils orthopédiques, déambulateurs et fauteuils roulants conventionnels.

Ces appareils doivent être prescrits par le médecin traitant et être nécessaires du point de vue médical. Le montant de la location ne doit pas excéder le prix d'achat.

Les frais raisonnables et courants engagés en vue d'obtenir du sang entier, du plasma sanguin ou de l'oxygène, y compris la location de l'équipement servant à leur administration.

EXCLUSIONS

Aucunes prestations ne sont payables pour les frais engagés directement ou indirectement pour ce qui suit :

a) les prothèses auditives, lunettes, lentilles cornéennes, prothèses dentaires ou membres artificiels;

b) tout vol aérien autre que comme passager dans un transporteur public licencié pour le transport de passagers contre rémunération;

c) tout examen annuel médical (régulier ou non), sauf une visite ayant pour objet la contraception;

d) tout examen médical demandé par un tiers, y compris les examens médicaux aux fins d'immigration, les consultations téléphoniques auprès d'un médecin, les drogues au stade expérimental, les médicaments ou vaccins préventifs;

e) tout traitement et chirurgie facultatifs;

f) toute chirurgie plastique ou esthétique;

g) tout traitement ou toute chirurgie ou intervention bucco-dentaire, sous réserve des dispositions prévues en cas d'accident;

h) la guerre civile ou étrangère, les actes d'ennemis étrangers, les hostilités (déclarées ou non), la rébellion, la révolution, l'insurrection ou le pouvoir militaire;

i) la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte illégal ou d'un acte criminel;

j) la transplantation d'organe;

k) les soins considérés comme expérimentaux et que l'Association médicale canadienne ne reconnaît pas comme étant d'usage courant;

l) les soins dans un centre de réhabilitation ou des vacances en vue de rétablir la santé, à l'exception des dispositions qui concernent les maisons de convalescence;

m) les traitements d'orthophonie et de thérapie du langage;

n) les services diététiques, sauf dans le cas du diabète;

o) les services de naturopathie ou de massothérapie;

p) le traitement ou une intervention chirurgicale subi au cours d'un voyage, si ce voyage a été entrepris en vue d'obtenir des services médicaux ou hospitaliers, que ce voyage ait été recommandé par un médecin ou non;

q) tout traitement ou toute hospitalisation lié à une rechute de la maladie pour laquelle un adhérent aurait été rapatrié;

r) les médicaments, les hormones, les produits et les injections servant au traitement de l’obésité;

s) les produits et les médicaments servant au traitement de dysfonctions sexuelles;

t) les cures de désintoxication.

CONDITIONS PRÉEXISTANTES

Les frais engagés pour toute maladie ou blessure dont les symptômes se sont manifestés avant la date de début d'assurance sont admissibles, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 20 000 $ par adhérent.

Cette limite est non applicable si l’adhérent n'a pas reçu de traitement médical, consultation, soins, services médicaux ou médication au cours de la période de 3 mois précédant le début de l'assurance ou pendant une période de 12 mois consécutifs suivant le début de l'assurance.

De plus, l'asthme, l'épilepsie et le diabète ne sont pas considérés être des conditions préexistantes.

Pour les étudiants inscrits à une formation particulière d'une durée de moins de 12 mois, la limite de 20 000 $ pour conditions préexistantes est réduite proportionnellement au nombre de mois servant au calcul de la prime divisé par 12. De plus, si la formation particulière est d'une durée de moins de 12 mois, l'asthme, l'épilepsie et le diabète sont considérés comme des conditions préexistantes.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Accident : un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement ou indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles.

Adhérent : un étudiant étranger admis à l'assurance.

Année contractuelle : période de 12 mois du 1er août au 31 juillet de l'année suivante.

Blessure : une lésion corporelle qui nécessite un traitement médical.

Étudiant étranger : pour les fins de l'assurance maladie et hospitalisation, un étudiant inscrit dans un établissement d'enseignement participant au régime d'assurance collective. Cet étudiant ne doit être ni citoyen canadien, ni résident permanent. Toutefois, l'étudiant qui est citoyen canadien, qui vit à l'étranger et qui revient étudier au Québec sans y résider de façon permanente est considéré comme étudiant étranger aux termes du régime d'assurance collective.

Formation particulière : formation reconnue ne menant pas à l'obtention d'un diplôme.

Hôpital : tout hôpital autorisé par la loi à fournir des soins et services hospitaliers à condition qu'il soit reconnu et couvert par une loi provinciale d'assurance hospitalisation (à l'extérieur du Canada, tout hôpital possédant un statut similaire).

Maladie : toute détérioration de la santé ou trouble de l'organisme constaté par un médecin, y compris la grossesse et toute complication en résultant ou un accouchement incluant une césarienne et les frais hospitaliers pour la pouponnière ainsi que l'avortement thérapeutique effectué par un médecin.

Médecin : tout médecin légalement autorisé à pratiquer la médecine.

Preneur : les établissements d'enseignement participant au régime d'assurance collective, représentés par le Centre collégial des services regroupés (CCSR).

Urgence : le fait d'avoir besoin d'un traitement médical immédiat pour le soulagement d'une douleur ou souffrance aiguë par suite d'une maladie ou blessure imprévisible et inattendue.

ADMISSIBILITÉ

Tout étudiant étranger inscrit dans un établissement d'enseignement participant qu'il fréquente ou est réputé fréquenter est admissible à l'assurance.

PARTICIPATION

La participation est obligatoire pour tout étudiant étranger admissible.

Cependant, tout étudiant étranger admissible est exempté de participer s'il démontre à la satisfaction de l'établissement d'enseignement, la preuve d'assurance maladie ou hospitalisation accordée en tant que boursier d'organisme ou une preuve de sa protection par la Régie de l'assurance maladie du Québec en vertu d'une entente de réciprocité en matière de santé et de sécurité sociale.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

La date de prise d'effet de l'assurance de l'adhérent est indiquée sur la demande d'adhésion fournie par l'établissement d'enseignement. Cependant, pour le nouvel étudiant qui a en mains une lettre confirmant son admission dans un établissement d'enseignement participant, l'assurance à son égard prend effet à la plus tardive des dates suivantes :

a) le 1er du mois précédant le début de la session d'étude dans cet établissement;

b) la date de son arrivée au Canada.

Pour les étudiants inscrits à une formation particulière, l'assurance prend effet 15 jours avant le début du programme.

ÉTENDUE DE LA PROTECTION

La protection de l'adhérent s'applique au Canada, 24 heures par jour. La protection s'applique également lors de séjours temporaires hors du Canada.

FORMATION PARTICULIÈRE

Pour un étudiant étranger inscrit à une formation particulière offerte par un établissement d'enseignement participant au régime d'assurance collective, la protection débute 15 jours avant le début du programme et se termine 15 jours après la fin du programme.

CESSATION DE L'ASSURANCE

L'assurance d'un adhérent cesse à la première des dates suivantes :

a) la date d'expiration de la période visée par les primes versées à l'assureur au nom de l'adhérent;

b) la date à laquelle l'étudiant étranger est admis à un régime gouvernemental de soins médicaux au Canada;

c) la date à laquelle l'étudiant étranger n'est plus inscrit dans un établissement d'enseignement participant au régime d'assurance collective;

d) la date coïncidant avec la quinzième (15e) journée d'un séjour passé aux États-Unis ou dans tout pays autre que le Canada, sans égard au but du voyage;

e) la date coïncidant avec la cent vingt-et-unième (121e) journée d'un séjour à l'extérieur du Canada dans un pays offrant une activité de formation reconnue par l'établissement d'enseignement (sauf aux États-Unis où les séjours doivent être limités à 14 jours tel que mentionné au paragraphe d) ci-dessus);

f) la date à laquelle l'étudiant étranger quitte définitivement le Canada;

g) la date de rapatriement proposée par l'assureur lorsque l'adhérent n'accepte pas la décision de l'assureur de le faire rapatrier dans son pays de résidence permanente, tel que prévu à la DESCRIPTION DES GARANTIES;

h) pour les étudiants inscrits à une formation particulière, 15 jours après la fin du programme;

i) le premier jour du mois suivant le soixante-cinquième anniversaire de naissance de l'adhérent;

j) la date de terminaison du contrat d'assurance.

Cependant, dans les cas mentionnés aux points d) et e) ci-dessus, l’assurance est rétablie au retour de l’adhérent au Canada.

En cas d'abandon en cours de session, l'assurance cesse 15 jours après la date à laquelle l'adhérent cesse de fréquenter l'établissement d'enseignement et ce, même si la date d'expiration indiquée sur la carte d'assurance est ultérieure.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE DES ÉTUDIANTS INSCRITS À UN PROGRAMME D'ÉTUDES COLLÉGIALES OU UNIVERSITAIRES

Lorsqu'un étudiant est inscrit à un programme universitaire canadien ou dans un autre établissement d'enseignement collégial au Québec, son assurance prend fin à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle assurance ou au plus tard le 15 août. Pour bénéficier de cette prolongation d'assurance, l'étudiant doit en faire la demande à l'assureur et fournir une attestation d'admission dans une université canadienne ou un établissement d'enseignement collégial au Québec.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE EN CAS D'HOSPITALISATION À LA CESSATION DE L'ASSURANCE

Si l'adhérent est hospitalisé à la date à laquelle son assurance prend fin, les frais reliés à l'hospitalisation sont admissibles jusqu'à concurrence du nombre de jours prévu en vertu de la présente assurance.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si, en vertu d'une quelconque autre assurance ou de toute loi sociale en vigueur dans la province de résidence de l'adhérent, ce dernier a droit à un remboursement de frais qui sont remboursables en vertu de la présente assurance, le montant du remboursement accordé en vertu de cette autre assurance est retranché des frais remboursables en vertu de la présente assurance. Les prestations payables en vertu de toute autre assurance incluent les prestations auxquelles l'adhérent aurait eu droit si une demande de règlement avait été soumise à son égard.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Le règlement des demandes repose sur l'analyse des renseignements transmis à l'aide des formulaires de demande de prestations. La rapidité du traitement des prestations dépend de la précision des renseignements qui y sont fournis. Des formulaires sont disponibles au siège social de l'assureur et auprès de la personne responsable de l'assurance collective de l'établissement d'enseignement à laquelle l'adhérent est inscrit.

Toutes les prestations sont payables en monnaie canadienne, à l'adhérent lui-même. Toutefois, lorsque la demande de règlement porte sur un compte non acquitté de frais admissibles, les prestations sont versées au pourvoyeur des services qui font l'objet de la demande de règlement.

L'assureur n'est responsable d'aucune demande de prestations qui lui est soumise plus de 12 mois après la date de l'événement qui ouvre droit aux prestations.

Toute demande de prestations doit être dûment remplie, accompagnée des factures originales acquittées et adressée à :

DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE,
COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE
C.P. 3950
Lévis (Québec)
G6V 8C6

SERVICE À LA CLIENTÈLE

Pour tout renseignement supplémentaire concernant les protections d'assurance ou relatif aux demandes de prestations d'assurance ou d'hospitalisation, l'adhérent est invité à communiquer avec notre service à la clientèle entre 8 h 00 et 17 h 00 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

Région de Québec :	(418) 838-7580
Autres régions (sans frais) :	1 866 838-7580

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

NUMÉROS EN CAS D'URGENCE

En dehors de ces heures d'ouverture, en cas d'urgence médicale ou d'hospitalisation, vous pouvez communiquer avec notre service d'assistance-voyage « Sigma Assistel » 24 heures sur 24, à longueur d'année aux numéros suivants :

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

ASSISTANCE INFO ACCÈS-SANTÉ

Le service téléphonique Assistance Info Accès-Santé vous permet de communiquer en toute confidentialité avec des professionnels de la santé et d'obtenir des renseignements portant sur la santé, la diététique, la mise en forme, la vaccination, la puériculture, le mode de vie, les ressources de votre région, etc. Ce service vous est offert 24 heures sur 24, à longueur d'année aux numéros suivants :

Région de Montréal :	(514) 875-2632
Autres régions (sans frais) :	1 877 875-2632

ACCÈS À LA BROCHURE SUR INTERNET

Vous pouvez consulter la présente brochure sur notre site internet à l'adresse suivante : www.dsf.ca. Pour y accéder, suivez les étapes suivantes :

1. Dans la section Groupes et Entreprises, cliquez sur «Consulter mon dossier».
2. S'il s'agit de votre première visite, cliquez sur «Pour s'inscrire» et suivez les instructions.
3. Si vous êtes déjà inscrit, inscrivez votre code d'utilisateur et votre mot de passe et cliquez sur «Continuer».
4. Dans la section Je me renseigne, cliquez sur «Informations sur le régime».
5. Cliquez sur l'hyperlien «Description détaillée du régime».

Notre engagement envers nos adhérents

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

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

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

desjardinsassurancevie.com

Desjardins
Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

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

This document was printed on Cascades Rolland Enviro100 paper.

BIOGAZ ÉNERGIE

03074F (13-10)