

COUVERTURE

STAGE EN MER

L'AGEIMQ vous offre la possibilité d'adhérer à une couverture voyage lors de votre stage en mer, reconnue par l'Institut Maritime du Québec. Celle-ci vous protège en cas d'urgences médicales et en cas d'annulation de voyage. La couverture stage en mer vous permet également de bénéficier d'une protection en cas de décès ou de mutilation par accident (DMA) et l'accès à un programme d'aide étudiant.

COUVERTURE VOYAGE


Voici le résumé de la couverture.

Urgence médicale durant un voyage	5 millions \$ par 180 jours
Transport d'urgence (terrestre / aérien / famille au chevet)	20 000 \$ / 500 000 \$ / 15 000 \$
Indemnité de subsistance	150 \$ / jour max. 3 000 \$
Rapatriement (dépouille / identification)	15 000 \$ / 5 000 \$
Retour (compagnon / enfant / voiture)	10 000 \$ / 5 000 \$ / 5 000 \$
Annulation et interruption de voyage	3 500 \$ / voyage
Évacuation d'urgence	Inclus au Canada et à l'international

**Les renseignements fournis sont à titre indicatif, les clauses du contrat de couverture prévalent.*

La couverture voyage vous protège en cas d'urgences médicales et en cas d'annulation de voyage. Cette couverture est valide pour un maximum de 180 jours et peut être divisée en plusieurs voyages. Vous serez couvert pour les voyages en eaux internationales ainsi qu'en eaux canadiennes.

PROGRAMME D'AIDE ÉTUDIANT

La couverture stage en mer vous donne accès à un programme d'aide 24/7 vous permettant de recevoir du support psychologique pouvant aller jusqu'à 8 séances virtuelles, l'accès à des vidéos et de la documentation sur une foule de situations.  **1.877.976.2567**

PROCÉDURE D'ADHÉSION

Pour y adhérer, veuillez compléter le formulaire stage en mer disponible sur le site internet de Plan Major section AGEIMQ et l'acheminer à etudiant@planmajor.ca, accompagné de votre paiement.



Plan Major
On parle vrai.

planmajor.ca
1 877 976. 2567
etudiant@planmajor.ca

COUVERTURE ACCIDENT

Voici le résumé de la couverture.

Prestation cas de décès	jusqu'à 5 000 \$
Prestation cas de de mutilation par accident	jusqu'à 10 000 \$
Soins dentaires en cas d'accident	jusqu'à 1 000 \$
Chiropractien·ne et physiothérapeute	jusqu'à 300 \$
Prestations de frais d'étude	jusqu'à 300 \$
Transport par ambulance	jusqu'à 5 000 \$
Remboursement pour fournitures médicales	jusqu'à 100% des frais
Location fauteuil roulant	jusqu'à 100% des frais

**Les renseignements fournis sont à titre indicatif, les clauses du contrat de couverture prévalent.*

L'assurance accident vous couvre (au Canada) pour les frais inhérents à l'hospitalisation, les frais de service pour les soins prodigués par un chiropraticien et un physiothérapeute, ainsi que les soins dentaires d'urgence.



Téléchargez l'application mobile pour avoir accès au clavardage et bien plus !



SynerVie
par Morneau Shepell

COÛT DE LA COUVERTURE

Étudiant·e ayant conservé le régime la session précédente	180 \$ taxes incluses
Étudiant·e n'ayant conservé le régime la session précédente	290 \$ taxes incluses



DÉTAILS DE LA COUVERTURE VOYAGE

HOSPITALISATION D'URGENCE

Sous réserve des restrictions et des conditions de la présente Police globale collective, la Compagnie paiera les indemnités prévues aux présentes dans le cas où une Blessure ou une Maladie dont est atteinte la Personne assurée entraîne son hospitalisation d'urgence à un hôpital hors de sa province, de son territoire de résidence. La Compagnie indemniserait uniquement les frais raisonnables et habituels qu'exige l'Hôpital pour les services et les fournitures fournies à la Personne assurée, y compris en chambre à deux lits, dans la mesure où ils sont médicalement nécessaires et uniquement si les frais sont engagés pendant que l'assurance de ladite personne est en vigueur en vertu de la présente police globale collective.

PRESTATION POUR TRANSPORT TERRESTRE

Si en raison d'une Blessure ou d'une Maladie survenue au cours d'un voyage, le transport par ambulance terrestre d'une Personne assurée est médicalement nécessaire, la Compagnie indemniserait les frais réellement engagés à cet égard.

Le montant maximal payable au titre de cette garantie pour un accident qui entraîne une Blessure ou une Maladie est de vingt mille dollars (20 000 \$) par Personne assurée.

PRESTATION POUR TRANSPORT AÉRIEN D'URGENCE

(a) Si en raison d'une Blessure ou d'une Maladie survenue au cours d'un voyage, le transport aérien d'une Personne assurée est médicalement nécessaire, la Compagnie versera des indemnités pour les dépenses couvertes à cet égard, jusqu'à concurrence de cinq cent mille dollars (500 000 \$) par Personne assurée. Le transport aérien doit être approuvé par la Compagnie au préalable et être prescrit par un Médecin ou un chirurgien dûment qualifié certifiant que la gravité de la Blessure ou de la Maladie de la Personne assurée justifie son transport aérien, lequel est médicalement nécessaire.

(b) Si en raison de la région géographique où survient le cas d'urgence médical, le transport par ambulance aérienne est jugé nécessaire, la Compagnie paiera le coût d'une ambulance aérienne pour transporter la Personne assurée jusqu'à l'Hôpital ou jusqu'à l'établissement médical le plus proche où il est sera possible d'obtenir un traitement médical approprié.

Le transport aérien d'urgence est médicalement nécessaire si :

(c) l'état pathologique de la Personne assurée justifie son transport immédiat de l'endroit où elle est blessée ou est tombée malade jusqu'à l'Hôpital le plus proche où elle peut obtenir des soins médicaux appropriés; ou

(d) après son traitement à un Hôpital local, l'état pathologique de la Personne assurée nécessite son transport à son lieu de résidence pour obtenir un traitement médical supplémentaire ou poursuivre sa convalescence; ou

(e) l'un et l'autre des scénarios décrits en a) et b) ci-dessus.

Les « dépenses couvertes » correspondent uniquement aux frais raisonnables et habituels, jusqu'au maximum prévu, pour le transport, les services médicaux et les fournitures médicales qui sont médicalement nécessaires et qui sont engagés en rapport avec le transport aérien de la Personne assurée. Toutes les dispositions prises pour le transport de la Personne assurée doivent prévoir le trajet le plus direct et le plus économique. Les dépenses relatives aux moyens de transport spéciaux doivent être recommandées par le Médecin traitant ou le chirurgien ou exigées par la réglementation standard du moyen de transport utilisé par la Personne assurée. Les dépenses associées aux fournitures et aux services médicaux doivent être recommandées par le Médecin traitant.

Par « transport aérien », on entend tout moyen de déplacement terrestre, maritime ou aérien nécessaire au transport de la Personne assurée dans le cadre d'un transport aérien.

Par « moyens de transport spéciaux », on entend, entre autres, les ambulances aériennes, les ambulances terrestres, les compagnies aériennes commerciales et les véhicules automobiles privés.

SERVICES MÉDICAUX ET THÉRAPEUTIQUES D'URGENCE

Sous réserve de toutes les restrictions et conditions de la présente police globale collective, la Compagnie paiera les indemnités prévues par la présente police dans le cas où une Personne assurée nécessite des services médicaux ou thérapeutiques d'urgence hors de sa province, de son territoire de résidence pour traiter une Blessure ou une Maladie dans la mesure où ils sont médicalement nécessaires et uniquement lorsque ces dépenses sont engagées pendant que l'assurance de ladite personne est en vigueur en vertu de la présente police globale collective. Les indemnités sont versées pour rembourser les frais raisonnables et habituels engagés pour :

(a) les services d'un Médecin ou d'un chirurgien dûment qualifié (autre qu'un Membre de la famille immédiate de la Personne assurée);

(b) les analyses de laboratoire et les examens radiographiques (mais non les IRM) prescrits aux fins de diagnostic par un Médecin ou chirurgien dûment qualifié;

(c) les IRM, pour fins de diagnostic, lorsque qu'elles sont médicalement nécessaires, jusqu'à concurrence de sept mille cinq cent dollars (7 500 \$) par Personne assurée, par voyage;

(d) les services d'un infirmier ou d'une infirmière diplômé(e) et autorisé(e) (autre qu'un Membre de la famille immédiate de la Personne assurée), jusqu'à un maximum de cinquante (50) quarts de travail selon les frais exigés, sous réserve d'un maximum de cent dollars (100 \$) par quart;

(e) la location de béquilles, ou d'un lit d'hôpital, ou le coût d'attelles, de canes, d'écharpes, de bandages, d'appareils orthopédiques et d'autres prothèses approuvées par la Compagnie;

(f) les services d'un Médecin anesthésiste dûment qualifié comme tel;

(g) les drogues et médicaments qui sont uniquement délivrés sur ordonnance d'un Médecin ou d'un chirurgien dûment qualifié;

(h) les services d'un chiroprate, d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un physiothérapeute ou d'un podiatre (autre qu'un Membre de la famille immédiate de la Personne assurée) jusqu'à concurrence de trois cent dollars (300 \$) par catégorie de praticien;

(i) les dépenses liées aux Blessures accidentelles aux dents saines et naturelles (les dents (i) dotées d'une couronne ou d'une coiffe sont considérées comme des dents naturelles et saines ou complètes) requérant un traitement dispensé par un dentiste ou un chirurgien-dentiste dûment qualifié dans les trente (30) jours de la date de l'accident, sous réserve d'une somme globale maximale de deux mille dollars (2 000 \$) par accident; et

(j) les services en clinique externe fournis par un Hôpital.

PRESTATION POUR RAPATRIEMENT

Si pendant qu'une Personne assurée est en voyage et que son assurance en vertu de la Police globale collective est en vigueur, elle subit une Blessure ou est atteinte d'une Maladie qui entraîne la son décès, et que :

(a) la perte de la vie survient hors de sa province, de son territoire de résidence permanente; et

(b) la perte de la vie survient dans les trois cent soixante-cinq (365) jours à compter de la date de l'accident à l'origine des Blessures ou du début de la Maladie entraînant ce décès, la Compagnie paiera les frais réels engagés pour la préparation de la dépouille aux fins d'enterrement ou de crémation et pour le retour de la dépouille mortelle à la ville de résidence de la Personne assurée décédée.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie pour toutes les Blessures résultant d'un seul accident ou d'une Maladie est de quinze mille dollars (15 000 \$) par Personne assurée.

PRESTATION POUR TRANSPORT DE LA FAMILLE

Si une Personne assurée subit une Blessure ou est atteinte d'une Maladie qui entraîne son hospitalisation à un hôpital situé hors de sa province, de son territoire ou de son pays de résidence, la Compagnie paiera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés pour le transport d'un Membre de la famille immédiate qui se rend à l'hôpital en question. Une telle indemnité est payée uniquement si :

(a) L'hospitalisation se produit dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date du début de la Maladie ou de l'accident à l'origine de la Blessure; et

(b) le remboursement des frais est limité au coût d'un billet d'avion aller-retour en classe économique par l'itinéraire le plus direct ou un montant équivalent si le Membre de la famille immédiate utilise un autre moyen de transport public.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de quinze mille dollars (15 000 \$) par Maladie ou pour toutes les Blessures résultant d'un seul accident et les frais divers de déplacement

DISPARITION

Si le corps d'une Personne assurée n'a pas été retrouvé dans la période d'une (1) année suivant l'atterrissage forcé, l'échouement, le naufrage ou la destruction d'un moyen de transport à bord duquel elle se trouvait, il sera présumé aux fins du présent contrat, et en l'absence d'une preuve contraire, que la Personne assurée a perdu la vie.

DÉTAILS DE LA COUVERTURE **ACCIDENT**

GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT

La Compagnie doit payer le montant figurant dans le Tableau des pertes si, par suite d'une Blessure, la Personne assurée subit une Perte indiquée dans le tableau, à condition que :

- (a) la Perte se produise dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent la date de l'accident à l'origine de la Perte;
- (b) le montant des prestations à payer pour une telle Perte corresponde à la partie du Capital assuré indiquée dans le Tableau des pertes pour le type de Perte en question; et
- (c) en cas de plusieurs Pertes subies par suite d'un (1) accident, seule la prestation la plus élevée soit payée.

PRESTATIONS POUR FRAIS D'ÉTUDES

Si, au plus tard trente (30) jours après l'accident, l'assuré est hospitalisé ou doit garder le lit chez lui, pendant au moins (40) jours de classe consécutifs, l'assureur s'engage à payer les frais supportés, jusqu'à concurrence de douze (12) mois après l'accident, pour embaucher un professeur qualifié, qui n'a aucun lien de parenté avec l'assuré et qui ne vit pas chez lui, qui a un permis en règle, correspondant au niveau de l'assuré, délivré par le ministère de l'Éducation. Le taux maximal est de vingt dollars (20 \$) l'heure, jusqu'à concurrence de trois cents dollars (300 \$).

PRESTATION POUR LE REMBOURSEMENT DE DÉPENSES PARAMÉDICALES EN CAS D'ACCIDENT

Si par suite d'une Blessure, et dans les trente (30) jours qui suivent la date de l'accident à l'origine de la Blessure, une Personne assurée, qui est assurée aux termes d'un régime d'assurance-maladie offert par un gouvernement provincial ou territorial canadien, obtient un traitement paramédical au Canada dispensé par un Médecin légalement autorisé à exercer la médecine au Canada et que, par suite d'une telle Blessure, elle doit engager des dépenses pour l'un des services suivants sur la recommandation d'un Médecin légalement autorisé à exercer la médecine, la Compagnie doit rembourser à la Personne assurée les frais raisonnables et nécessaires pour les services paramédicaux suivants :

(a) les frais de services infirmiers privés dispensés par une infirmière diplômée autorisée, qui n'habite pas en général sous le même toit que la Personne assurée et qui n'est pas un membre de sa Famille immédiate. Ces prestations sont payables jusqu'à un maximum de cinquante dollars (50 \$) par heure, jusqu'à concurrence de cinq mille dollars (5 000 \$) par Personne assurée pour toutes les Blessures découlant d'un (1) seul accident;

(b) les frais de transport, lorsqu'un tel service est fourni par un service ambulancier professionnel, jusqu'à l'hôpital approuvé le plus proche équipé pour fournir le traitement nécessaire requis et recommandé. Ces prestations sont payables jusqu'à concurrence de cinq mille dollars (5 000 \$) par Personne assurée pour toutes les Blessures découlant d'un (1) seul accident;

(c) les frais d'hôpital correspondant à la différence entre l'allocation pour un lit en salle commune aux termes du régime d'assurance-maladie provincial ou territorial de la Personne assurée et les frais pour une chambre à deux lits dans une chambre d'hôpital à deux lits. Ces prestations sont payables jusqu'à concurrence de cinq mille dollars (5 000 \$) par Personne assurée pour toutes les Blessures découlant d'un (1) seul accident;

(d) les frais de location d'un fauteuil roulant, de poumon d'acier ou de tout autre équipement durable, à condition qu'ils ne dépassent pas le prix d'achat courant au moment où la location est nécessaire;

(e) les frais pour les services d'un physiothérapeute autorisé. Ces prestations sont payables jusqu'à un maximum de trois cents dollars (300 \$) par Personne assurée pour toutes les Blessures découlant d'un (1) seul accident;

(f) les médicaments et produits médicaux sur ordonnance (sauf dans la province du Québec);

(g) les frais pour les prothèses auditives, les béquilles, les attelles, les plâtres, les minerves et les supports orthopédiques, à l'exclusion de leur remplacement; et

(h) les frais pour les services d'un chiropraticien autorisé. Ces prestations sont payables jusqu'à un remboursement maximal de trois cents dollars (300 \$) par Personne assurée pour toutes les Blessures découlant d'un seul (1) accident.

Le remboursement ne sera fait que si :

- (a) les frais sont engagés au Canada;
- (b) les frais sont engagés dans les cinquante-deux (52) semaines qui suivent la date de l'accident à l'origine de la Blessure;
- (c) les frais sont engagés uniquement à des fins thérapeutiques et non de traitement facultatif; et
- (d) la demande est accompagnée des reçus à l'appui, soumis à la Compagnie comme preuve.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de dix mille dollars (10 000 \$) par Personne assurée pour toutes les Blessures découlant d'un seul accident.

REMBOURSEMENT DES DÉPENSES POUR LES SOINS DENTAIRES EN CAS D'ACCIDENT

Si une Personne assurée subit une Blessure à des dents saines et entières dans les trente (30) jours qui suivent la date de l'accident à l'origine de la Blessure et que, pour soigner cette Blessure, elle obtient un traitement au Canada dispensé par un dentiste ou un chirurgien-dentiste légalement autorisés à exercer leur profession, et qu'elle doit engager des dépenses liées aux soins dentaires, la Compagnie remboursera à la Personne assurée tout montant permis pour de tels services dans le barème des frais et des services de traitement des praticiens généraux de l'association des dentistes de la province ou du territoire dans lequel la Personne assurée a reçu un tel traitement.

Le remboursement ne sera fait que si :

- (a) les frais sont engagés au Canada;
- (b) les frais sont engagés dans les cinquante-deux (52) semaines qui suivent la date de l'accident à l'origine de la Blessure;
- (c) les frais sont engagés uniquement à des fins thérapeutiques et non de traitement facultatif ou esthétique; et
- (d) la demande est accompagnée du formulaire original de demande de règlement soumis à la Compagnie comme preuve.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de mille dollars (1 000 \$) par Personne assurée pour toutes les Blessures découlant d'un (1) seul accident.