Le présent document n'est pas une copie de la police. Il vous résume cependant toutes les garanties d'assurance qui en font partie, sans que, pour autant, vous participiez à toutes ces garanties. Advenant une divergence entre le libellé du document et la police, c'est la police qui fera autorité dans la mesure prévue par la loi.

POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE NUMÉRO : **330000 - 00**

Conformément aux termes et conditions de la police émise à :

ASSOCIATION GENERALE DES ETUDIANTES ET ETUDIANTS DU CEGEP DE BAIE-COMEAU

« le preneur »

HUMANIA ASSURANCE INC.

« l'assureur »

s'engage à payer les prestations ou indemnités prévues aux termes de la police, contre paiement par le preneur des primes exigées.

Date d'entrée en vigueur : Le 1er septembre 2022

Ce document renferme des renseignements importants et doit être conservé en lieu sûr.

Cette brochure, en date du 16 août 2022, remplace tout document émis précédemment au numéro 330000 – 00.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES GARANTIES 3
Assurance santé complémentaire 3
Assurance frais dentaires 5
DÉFINITIONS 6
CONDITIONS GÉNÉRALES 10
DESCRIPTION DES GARANTIES 16
Assurance santé complémentaire 16
Assurance frais dentaires 20

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

Période de couverture : du 1er septembre 2022 au 31 août 2023

Catégorie : Tous les étudiants admissibles

Tous les étudiants qui ne se seront pas désistés pendant la période prévue à cet effet seront admissibles à ce régime d'assurance. Le désistement doit être fait annuellement par l'étudiant et pour toutes les garanties du régime.

Frais hospitaliers

Coassurance : 100%

- Frais d'une chambre à deux lits (semi-privée).
- Jusqu'à concurrence de 35 $ par jour et un maximum de 300 $ ** par période de couverture.
- Maximum de 7 jours consécutifs

Vaccins

Coassurance : 60%

- Les vaccins non couverts par le régime d'assurance provincial, jusqu'à un maximum de 100 $** par période de couverture.

Ambulance

Coassurance : 60%

- Transport terrestre seulement
- Jusqu'à un maximum de 300 $** par période de couverture.

Assurance santé complémentaire

Services diagnostiques

Coassurance : 60%

- Radiographies et échographies en clinique privée (échographies de maternité incluses), jusqu'à un maximum de 100 $ par période de couverture;
- Tests sanguins (bilan de santé inclus), jusqu'à un maximum de 100 $ par période de couverture.

****Maximum combiné de 550 $ pour les frais hospitaliers, vaccins, ambulance et services diagnostiques.**

Examen de la vue

Coassurance : 100%

- Les honoraires pour examen de la vue par un optométriste licencié sont remboursés jusqu'à concurrence de 30 $ par période de douze (12) mois consécutifs.

Soins paramédicaux

Coassurance : 100%

- Chiropraticien et physiothérapeute, jusqu'à 35 $ par visite et un maximum combiné de 175 $ ** par personne assurée par période de couverture.
- Massothérapeute (avec une recommandation médicale), podiatre*** et acupuncteur, jusqu'à 25 $ par visite et un maximum combiné de 150 $ ** par personne assurée par période de couverture.

****Frais pour examen de la vue et services paramédicaux, jusqu'à un maximum global de 300 $ ** par personne assurée par période de couverture.**

*** Les frais incluent les soins podologiques promulgués par un infirmier membre de l'AIISPQ.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance frais dentaires

Période de couverture : du 1er septembre 2022 au 31 août 2023

Catégorie : Tous les étudiants admissibles

Tous les étudiants qui ne se seront pas désistés pendant la période prévue à cet effet seront admissibles à ce régime d'assurance. Le désistement doit être fiat annuellement par l'étudiant et pour toutes les garanties du régime.

Franchise : Aucune

Coassurance

Soins préventifs et diagnostics : 60%

Soins dentaires de base (maximum de 275 $ par période de couverture)

Traitement des gencives : 60%

Traitement de canal : 60%

Extraction des dents : 60%

Plombage ou obturation* : 60%

* Blanc pour dents en avant ou gris pour dents en arrière

Prestations payées par période de couverture pour un maximum global de 300 $ pour l'ensemble des soins dentaires.

DÉFINITIONS

Le **preneur** est celui désigné comme tel dans la proposition d'assurance collective. Il constitue avec l'assureur l'une des deux parties à ce contrat.

L'**étudiant** est une personne membre de l'Association générale des étudiants et étudiantes du cégep de Baie-Comeau ainsi que les étudiants non-membres de l'association étudiante en stage autorisé par l'institution.

Le **Cégep** est l'institution d'enseignement tel qu'indiqué à la proposition d'assurance collective.

Le **participant** est l'étudiant admissible à l'assurance et assuré en vertu de ce contrat.

L'**assureur** est Humania Assurance inc.

Enfant à charge

Pour être admissible, l'enfant de l'adhérent ou de son conjoint doit être célibataire et sans emploi à plein temps, il doit résider au Canada et doit dépendre de l'adhérent ou de son conjoint pour son soutien. De plus, l'enfant doit :

1. être âgé de moins de vingt et un (21) ans; ou
2. être âgé de vingt et un (21) ans à vingt-cinq (25) ans inclusivement et fréquenter une maison d'enseignement reconnue où il est inscrit à titre d'étudiant à temps plein; ou
3. quel que soit son âge, avoir été frappé d'invalidité totale avant son dix-huitième (18e) anniversaire de naissance et demeurer totalement invalide depuis.

A

Accident

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

C

Coassurance

Pourcentage des frais admissibles assumés par l'assureur.

Chirurgie d'un jour

Chirurgie nécessitant l'intervention d'un anesthésiste.

Dentiste

Tout dentiste ou chirurgien-dentiste membre en règle de son ordre professionnel provincial ou d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative ayant juridiction où le dentiste exerce, et pratique activement sa profession au Canada.

Denturologiste

Tout denturologiste membre en règle de son ordre professionnel provincial ou d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative ayant juridiction où le denturologiste exerce, et pratique activement sa profession au Canada.

F

Frais raisonnables, ordinaires et habituels

Sont les honoraires ou frais qui ne dépassent pas le tarif généralement exigé par d'autres professionnels, établissements de santé similaires ou pharmacies de la même juridiction lorsqu'ils dispensent des soins, des services ou des fournitures identiques ou comparables.

Frais admissibles

Désigne les frais encourus par la personne assurée pour des fournitures ou des services médicaux et qui sont considérés comme des frais remboursables puisqu'ils :

- Sont des frais raisonnables, ordinaires et habituels;
- Sont recommandés, approuvés ou prescrits par un professionnel de la santé
- Sont approuvés par l'assureur;
- Excèdent les montants remboursés ou remboursables par tout autre assureur ou régime gouvernemental;

G

Guide des tarifs

Désigne le « Guide des tarifs » suggéré pour les actes bucco-dentaires et indiqué au sommaire dans la province de résidence de l’adhérent. S’il n’y a aucun guide applicable dans cette province ou ce territoire, le guide des tarifs utilisé est celui de la province du Québec.

H

Hôpital

Institution reconnue comme centre hospitalier de soins de courte durée en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec et régie par cette loi, ou à l'extérieur du Québec, par une loi équivalente, à l'exception toutefois de l'unité de soins prolongés ou de l'unité de soins réservée aux convalescents.

Hospitalisation

Séjour à l'hôpital d'une durée minimale de dix-huit (18) heures à titre de patient alité ou à la suite d'une chirurgie d'un jour.

M

Médecin

Professionnel de la santé légalement autorisé à pratiquer la médecine au Canada, en vertu de son doctorat en médecine (M.D.), qui est membre en règle de sa corporation professionnelle et qui pratique activement sa profession au Canada.

Maladie

Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin et qui n'a pas été causé par un accident.

Montant maximal de couverture

Désigne le montant de couverture disponible pour une période déterminée pour chaque personne assurée, et ce, tel qu’indiqué au sommaire, sans tenir compte de la coassurance.

P

Période de modifications et de désistement

Est la période prédéterminée par l'association étudiante et Plan Major pendant laquelle un participant peut apporter des modifications à son régime ou s'en désister. Cette période est prédéterminée par Plan major et le preneur du contrat et est communiqué sur le site web du Plan Major.

Professionnel de la santé

Désigne une personne qui est légalement autorisée à pratiquer une profession pour laquelle des services médicaux sont administrés. Les professionnels de la santé incluent les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les infirmières praticiennes ou tout autre professionnel approuvé par l'assureur.

R

Régime gouvernemental

Désigne tout régime d'assurance qui est établi par tout gouvernement ou agence gouvernementale ou qui est sous son contrôle administratif.

S

Services diagnostiques

Désignent les examens et les tests médicaux nécessaires afin d'identifier la nature ou l'étendue d'une maladie ou d'une blessure et qui sont administrés à la personne assurée dans les bureaux d'un médecin ou d'un dentiste, dans un hôpital ou encore dans un établissement privé de soins de santé préalablement approuvé par l'assureur, lorsque ces examens et tests ont été prescrits par un médecin, un dentiste ou une infirmière praticienne.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Admissibilité

a) Étudiant

Un étudiant assuré par la RAMQ, ou l'équivalent de tout autre programme d'assurance maladie d'une autre province,

Nonobstant ce qui précède, les membres de l'Association des étudiants et étudiantes du Cégep de Baie-Comeau qui ne sont ni citoyen, ni résidents canadiens, pourront bénéficier du régime de protection seulement s'ils bénéficient d'une protection privée équivalente ou du régime d'assurance maladie du Québec.

b) Personne à charge

Les personnes à charge d'un étudiant deviennent admissibles à l'assurance à la plus éloignée des dates suivantes :

- la date à laquelle l'étudiant dont elles sont à charge devient admissible à l'assurance;
- la date à laquelle elles répondent à la définition d'une personne à charge en vertu de ce contrat; ou

Adhésion

a) Étudiant

L'adhésion est automatique pour tous les étudiants admissibles avec possibilité de retrait pendant la période de modifications et de désistement.

b) Personne à charge

Si un étudiant désire assurer ses personnes à charge en vertu de ce contrat, il doit remplir et transmettre au Groupe Major une demande d'assurance à cet effet pendant la période de modifications et de désistement.

Entrée en vigueur de l'assurance

L’assurance d’un étudiant prend effet à la date d’entrée en vigueur du contrat de l’année scolaire ou autant que vous rencontrez les conditions suivantes :

a) vous êtes activement aux études;

b) vous êtes couverts par le régime d’assurance-maladie de votre province, ou une assurance privée équivalente;

c) vous ne vous êtes pas désisté lors de la période de modifications et de désistement;

d) vos frais de scolarité ont été acquittés en entier. Toutes demandes de réclamations effectuées après le début de la session en cours mais avant le paiement de vos frais de scolarité sera éligible à un remboursement suite au paiement de vos frais de scolarité, à condition que vous répondez aux autres conditions de prise d’effet de l’assurance.

Toutefois, il est entendu que toute garantie ou partie de garantie d'assurance qui nécessite des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur ne peuvent prendre effet qu'à compter de l'acceptation par l'assureur de ces preuves. La date d'acceptation sera alors la date de réception chez l'assureur du dernier élément des preuves d'assurabilité requises par l'assureur.

Modification au contrat

Ce contrat peut être modifié à la demande écrite du preneur, mais l'assureur doit y consentir par écrit. Cet écrit doit être approuvé par un signataire autorisé de l'assureur.

L’assureur peut modifier les conditions du contrat en tout temps en faisant parvenir un avis écrit au preneur au moins trente (30) jours avant l’entrée en vigueur de la modification. Le paiement d’une prime postérieure à la date de modification sera considéré comme un consentement à la modification.

Obligations du preneur de la police

Aux fins d'administration de ce contrat, le preneur est le mandataire des étudiants, sauf quant aux droits et aux obligations qui leur sont attribués personnellement.

Le preneur doit informer les étudiants de leurs droits et de leurs obligations en vertu de ce contrat, de même que de toute modification qui peut par la suite y être apportée. L'adhérent et le bénéficiaire ont le droit de consulter le contrat d’assurance chez le preneur et d'en prendre copie.

Le preneur doit fournir avec diligence à l'assureur tout renseignement nécessaire à l'administration de ce contrat. Le preneur autorise l'assureur à examiner ses registres et ses dossiers en tout temps raisonnable, alors que ce contrat est en vigueur et pendant les deux années qui suivent sa cessation.

Résidents d'Ontario seulement :

- Toute action ou instance engagée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables aux termes du contrat se prescrit par le délai indiqué dans la Loi de 2002 sur la prescription des actions.

- Si vous aviez fait une désignation de bénéficiaire aux garanties offertes par votre assureur d'assurance collective précédent, cette désignation s'applique automatiquement en vertu du présent contrat, à moins de faire la demande de modifier celle-ci en soumettant un formulaire de changement de bénéficiaire.

Fausses déclarations et omissions

Sous réserve des dispositions de la Loi, toutes fausses déclarations ou toutes omissions de nature à influencer l'appréciation du risque annulent l'assurance de l'adhérent ou de la personne à charge en cause.

Prime

L'assureur peut modifier les taux de prime aux dates suivantes :

1) à la date de renouvellement, si l'assureur en avise par écrit le preneur au plus tard 31 jours avant cette date; ou

2) à toute autre date, si :

   - les prestations ou les catégories d'étudiants admissibles à l'assurance en vertu de ce contrat sont modifiées;

   - il y a une modification dans la nature, le contenu ou le coût des régimes gouvernementaux.

Paiement de la prime

L'établissement d'enseignement sera responsable de la collection des primes des étudiants.

Changements de politiques gouvernementales

La prime est établie en tenant compte des prestations payables en vertu des lois sociales actuellement en vigueur. Advenant modification à ces lois affectant les obligations de l'assureur, celui-ci peut ajuster la prime en conséquence, et ce, à compter de la date d'entrée en vigueur de la modification.

Fin de l'assurance

1. l'assurance de l'adhérent cesse à la première des dates suivantes :
   a. à la date de cessation, résiliation ou terminaison de la police d'assurance;
   b. à la date où il ne remplit plus les conditions d'admissibilité;
   c. à la date d'échéance de la prime impayée, à défaut du paiement de la prime avant l'expiration du délai de grâce;
   d. quant à une garantie particulière, autre que l'Assurance santé complémentaire, à la date où il atteint l'âge de terminaison de la garantie;
   e. à la date du décès de l'adhérent.
2. l'assurance des personnes à charge cesse à la première des dates suivantes :
   a. à la date où l'adhérent cesse lui-même d'être assuré;
   b. à la date à laquelle la personne à charge perd ce statut;
   c. à la date d'échéance de la prime impayée, à défaut du paiement de la prime avant l'expiration du délai de grâce;
   d. à la date où la personne à charge atteint l'âge de terminaison de la garantie;
   e. à la date de cessation de l'assurance des personnes à charge en vertu du contrat;
   f. à la date du décès de la personne à charge.

Fin de la police d'assurance

Lorsque la police est en vigueur, celle-ci prend fin :

1. à la date de réception, par l'assureur, d'un avis écrit du preneur ou à la date indiquée dans cet avis si ultérieure à la date de réception;
2. sous réserve des dispositions de la loi, à la date indiquée sur l'avis de terminaison donné par l'assureur au preneur;
3. à la date d'échéance de la prime impayée, à défaut du paiement de la prime avant l'expiration du délai de grâce.

Renouvellement

La police se renouvelle automatiquement d'année en année à la date de renouvellement par période de douze (12) mois, sauf si un avis écrit de non-renouvellement ou de modification est transmis par l’assureur au preneur ou à son mandataire connu, au moins cent vingt (120) jours avant la date de renouvellement.

L'assureur se réserve le droit de modifier les taux de primes en tout temps en présence de changements ayant des conséquences sur les coûts de souscription ou de service de la police collective tels que :

1. Modification dans la nature du risque couvert;
2. Changement demandé par le titulaire;
3. Une modification importante dans la taille ou dans la démographie de plus de 15%.

Contrat

La police, la proposition d'assurance et les demandes d'assurance des adhérents constituent le contrat.

Lorsqu'il est fait mention d'une date pour la prise d'effet, la cessation ou la modification de toute garantie, la prise d'effet a lieu à cette date à 00:01 heure, au lieu de l'emploi de l'adhérent.

Cession

Ni la police, ni l'assurance d'un adhérent ne peuvent être cédées ou hypothéquées.

Recouvrement

Aucune disposition de ce contrat ne peut être interprétée comme pouvant empêcher l'assureur de recouvrer toute somme payée en trop.

Renonciation

La renonciation ou l'omission de la part de l'assureur d'exiger l'exécution ou l'observation d'une disposition quelconque de ce contrat ne doit pas être interprétée comme étant une renonciation de la part de l'assureur à son droit de prendre les mesures nécessaires contre tout défaut subséquent d'exécuter ou d'observer la même disposition. De plus, le fait que l'assureur ait approuvé une action quelconque du preneur ou d'un adhérent lorsque cette approbation était requise n'a pas pour effet de dispenser le preneur ou l'adhérent de l'obligation d'obtenir l'approbation de l'assureur pour toute action semblable subséquente.

Subrogation et remboursement - responsabilité d'un tiers

a) Garantie assurance maladie et dentaire

Lorsque toute somme est versée à la personne assurée en vertu du présent contrat sous les garanties d'assurance maladie ou dentaire suite à une maladie ou à un accident dont la responsabilité légale est imputable à un tiers, l'assureur est subrogé dans les droits de la personne assurée et peut recouvrer du tiers responsable les sommes qu'il a versées lorsque cela est permis par la loi.

La responsabilité conjointe ou solidaire de l'adhérent ou sa négligence contributive n'altèrent en rien ses obligations ainsi que les droits de l'assureur sous cette section.

ASSURANCE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

(au Canada)

Catégorie : Tous les étudiants admissibles

Lorsque l'adhérent ou la personne à charge est couverte par la présente garantie, les montants admissibles suivants sont remboursés pour chacune des personnes assurées, sujets à la coassurance indiquée au sommaire des garanties.

Frais admissibles

1. FRAIS D'HOSPITALISATION AU CANADA

   L'assureur paie, sans franchise, les frais d'hospitalisation, au Canada, en excédent des frais payés par tout régime gouvernemental d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à un ou à deux lits tel qu'indiqué au sommaire.

   Le terme hospitalisation exclut une maison de retraite, une maison de santé, une maternité, un établissement pour personnes aveugles, sourdes, alcooliques, toxicomanes ou déficients mentaux.

2. AMBULANCE

   Les frais de transport par ambulance à l'hôpital le plus près où l'assuré peut recevoir les soins appropriés.

3. VACCINS

   Voir sommaire des garanties.

4. PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

   Les frais pour services paramédicaux rendus par un chiropraticien, un physiothérapeute*, un acupuncteur, un podiatre ou un podologue, pourvu que ces services relèvent de leur spécialité et que ces spécialistes soient membres de leur corporation professionnelle, et ce, à concurrence du maximum par spécialiste et par personne assurée, tel qu'il est indiqué au sommaire. Les frais pour les radiographies paramédicales, si applicables, sont inclus dans le montant maximum des frais pour services paramédicaux.

   Le praticien ne doit pas résider dans la maison de l'adhérent, faire partie de sa famille immédiate, d'être son partenaire d'affaires ou être son employeur. Ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence du montant indiqué au sommaire des garanties.

   * Sur ordonnance médicale seulement.

Exclusions

Aucun remboursement n'est accordé pour :

1. les médicaments et :
   a. les produits « grand public »;
   b. les multivitamines exigeant ou non une ordonnance médicale;
   c. les diaphragmes, les gelées et les appareils contraceptifs;
   d. les produits de remplacement ou de substitution exigeant ou non une ordonnance;
   e. les produits pour soins de la peau, les savons, les cosmétiques, les shampooings et autres produits pour le cuir chevelu, les détergents, les huiles émollientes ou lubrifiantes, les lotions, les crèmes, les agents protecteurs, les kératolytiques qui peuvent être obtenus sans ordonnance, et les autres produits pour cuir chevelu;
   f. les hormones de croissance;
   g. les médicaments pour dysfonction sexuelle;
   h. les antihistaminiques;
   i. les myorelaxants;
2. les frais de services, traitements, appareils, accessoires, drogues ou médicaments utilisés sur une base expérimentale ou dont l'application n'est pas communément reconnue ou qui dépassent les normes ordinaires et raisonnables;
3. les frais pour investigation, manipulation, médication, traitement concernant l'infertilité, la calvitie, l'esthétique ou la génétique;
4. les frais de chirurgie dont le coût doit être entièrement assumé par l'assuré, sauf si cette chirurgie a été approuvée au préalable par l'assureur;
5. les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;
6. les frais couverts par un régime gouvernemental, même si l'assuré n'est pas admissible à un tel régime, ou à tout autre régime d'assurance incluant les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation;
7. les services rendus par un parent ou un ami de l'assuré, sauf dans les cas expressément stipulés aux présentes;
8. les frais encourus à la suite de blessure ou de maladie que l'assuré s'est volontairement infligée, qu'il soit conscient ou non de ses actes, de même que toute tentative de suicide;
9. les frais encourus à la suite de blessure subie par l'assuré et qui résulte :
   a. de la participation ou tentative de participation à un délit criminel;
   b. d'une opération militaire ou alors qu'il est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;

c. de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, réelle ou appréhendée ou en raison d'une guerre déclarée ou non ou de tout autre acte belliqueux;

d. de la conduite, par l'assuré, de tout véhicule motorisé terrestre ou aquatique, alors qu'il est sous l'influence de stupéfiants ou avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ou encore sous médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant;

Coordination des prestations

Si l'assuré est couvert en vertu d'un autre régime d'assurance collective ou individuelle ou par l'entremise d'un régime d'état, la somme de toutes les prestations payables ne peut excéder 100 % des frais engagés.

L'ordre de paiement des prestations est établi comme suit :

1. le régime qui ne comprend pas une telle disposition de coordination des prestations devient le premier payeur; ou
2. le régime qui couvre un assuré en tant qu'employé a priorité sur celui qui le couvre en tant que personne à charge; ou
3. lorsqu'un assuré est couvert par plus d'un régime, l'ordre de paiement est le suivant :
   a. premier payeur : le régime collectif auquel il participe en tant que salarié actif à plein temps;
   b. deuxième payeur; le régime collectif auquel il participe en tant que salarié actif à temps partiel;
   c. troisième payeur : le régime collectif auquel il participe en tant que retraité; ou
4. lorsqu'une personne est couverte en tant que conjoint, l'ordre de préséance est le suivant :
   a. premier payeur : le régime collectif auquel elle participe en tant que salarié;
   b. deuxième payeur : le régime collectif le protégeant en tant que personne à charge.

Si une personne est couverte en tant que conjoint ou conjoint survivant par plus d'un régime collectif, l'ordre de préséance est le suivant :

   a. premier payeur : le régime collectif couvrant cette personne depuis le moins longtemps;
   b. deuxième payeur : l'autre régime.

5. Lorsque des enfants à charge sont couverts par plus d'un régime collectif, l'ordre de préséance est le suivant :
   a. premier payeur : le régime collectif d'un parent dont l'anniversaire arrive en premier (mois/jour) dans l'année civile;
   b. deuxième payeur : le régime collectif du parent dont l'anniversaire arrive en dernier (mois/jour) dans l'année civile;

c. troisième payeur : si les parents ont la même date d'anniversaire, le régime de celui dont la lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.

Lorsqu'un enfant à charge a droit à des prestations de survivant, l'ordre de préséance des régimes collectifs qui étaient en vigueur avant le décès du parent est maintenu, à moins qu'un nouveau parent n'entre en jeu. Dans ce cas, le régime prévoyant des prestations de survivant devient le dernier payeur.

Dans le cas de garde exclusive d'un enfant à charge, l'ordre de préséance est le suivant :

a. premier payeur : le régime collectif du parent ayant la garde de l'enfant à charge;
b. deuxième payeur : le régime collectif du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant à charge;
c. troisième payeur : le régime collectif du parent n'ayant pas la garde de l'enfant à charge;
d. quatrième payeur : le régime collectif du conjoint du parent « troisième payeur ».

Prolongation d'assurance des personnes à charge assurées

Au décès de l'adhérent bénéficiant de la présente garantie, l'Assurance santé complémentaire des personnes à sa charge est prolongée, sans paiement de primes jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes :

1. la date de fin de l'année académique en cours et payée par l'adhérent;
2. la date à laquelle l'Assurance santé complémentaire des personnes à charge aurait pris fin;
3. la date de résiliation de la présente garantie ou de la police d'assurance;
4. la date du soixante-cinquième (65e) anniversaire de naissance de la personne à charge.

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales s'appliquent à cette garantie.

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

Catégorie : Tous les étudiants admissibles

Lorsque l'assuré est couvert par la présente garantie, les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés, recommandés par un dentiste et justifiés par la pratique courante de l'art dentaire pour les soins décrits ci-dessous et dont les coûts n'excèdent pas les coûts du guide des tarifs et nomenclature des actes bucco-dentaires de l'année en cours de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec, sujets à la franchise, à la coassurance et aux maximums indiqués au Sommaire des garanties.

Lorsqu'un tarif n'est pas publié pour une année donnée, le terme tarif peut également signifier un tarif rajusté établi par l'assureur.

1. Soins préventifs et diagnostics

a. diagnostic :

i. l'examen complet, une (1) fois par intervalle de trente-six (36) mois consécutifs;

ii. l'examen de rappel, une (1) fois par intervalle de six (6) mois consécutifs;

iii. la série complète de radiographies périapicales et panoramiques, limitée respectivement à une (1) série tous les trente-six (36) mois consécutifs;

iv. les autres radiographies et leur interprétation, une (1) fois à intervalle de six (6) mois consécutifs;

v. les consultations en cas d'urgence.

b. prévention :

i. le nettoyage des dents, une (1) fois par intervalle de six (6) mois consécutifs;

ii. le détartrage, deux (2) unités par période de douze (12) mois consécutifs.

2. Soin dentaire de base

a. parodontie (traitement des gencives);

b. restaurations :

i. composite sur les dents devants;

ii. amalgame sur les dents arrières.

c. chirurgie buccale :

i. extraction des dents de sagesse.

d. traitement de canal.

Exclusions

Aucun remboursement n'est accordé pour :

1. les frais de traitements commencés ou planifiés avant l'entrée en vigueur de la garantie;
2. les frais d'anesthésie générale, sauf si celle-ci est nécessaire ou est en rapport direct avec une chirurgie buccale ou parodontale;
3. les traitements à des fins esthétiques;
4. les traitements qui ne sont pas donnés par un médecin ou un dentiste ou sous la direction et la surveillance de l'un de ces spécialistes;
5. les frais que l'assuré n'aurait pas eu à assumer s'il n'avait pas été assuré, qu'il n'est pas tenu de payer ou qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de n'importe quel régime public d'assurance, de mesures de sécurité sociale ou d'un programme gouvernemental auquel il pouvait être admissible;
6. les actes qui n'apparaissent pas au guide des tarifs et nomenclature des actes bucco-dentaires de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec, ainsi que les frais excédant les tarifs de ce guide;
7. les frais encourus à la suite de blessure ou de maladie que l'assuré s'est volontairement infligée, qu'il soit conscient ou non de ses actes, de même que toute tentative de suicide;
8. les frais encourus à la suite de blessure subie par l'assuré et qui résulte :
   a. de la participation ou tentative de participation à un délit criminel;
   b. d'une opération militaire ou alors qu'il est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
   c. de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, réelle ou appréhendée ou en raison d'une guerre déclarée ou non ou de tout autre acte belliqueux;
   d. de la conduite, par l'assuré, de tout véhicule motorisé terrestre ou aquatique, alors qu'il est sous l'influence de stupéfiants ou avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ou encore sous médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
9. les frais de remplacement d'une prothèse dentaire ou d'un appareil perdu, égaré ou volé ainsi que tout duplicata d'une prothèse ou d'autre appareil;
10. les traitements dentaires reliés aux implants, les implants et toute prothèse supportée par ceux-ci, le coût de tout isolant et tous les frais pour traitement parodontal par la technique du jumelage;
11. les frais de toute consultation relative à l'hygiène orale ou alimentaire ainsi que tout programme de contrôle des plaques;
12. les frais de rendez-vous non respectés par l'assuré facturés par un dentiste ou les frais de rédaction pour remplir des formulaires de demande de prestations requis par l'assureur, ou pour des informations additionnelles requises par l'assureur; ainsi que les honoraires

facturés par le dentiste pour son temps de déplacement, le coût de son transport et les conseils donnés par tous moyens de télécommunications;

13. les honoraires facturés par un dentiste pour tout temps supplémentaire d'explication dû à la complexité du plan de traitement, ou lorsque l'assuré exige ce temps supplémentaire en explication, lorsque le matériel diagnostique provient d'une autre source, pour consultation avec l'assuré ou pour consultation avec un autre dentiste;
14. les services rendus par un parent ou un ami de l'assuré.

Cessation, limitations et exclusions

a) Cessation

Cette garantie à l'égard d'un adhérent et, le cas échéant, de ses personnes à charge assurées cesse, de plein droit, lorsque l'adhérent atteint l'âge indiqué à cet effet au sommaire.

b) Limitations

Aucune prestation en vertu de cette garantie n'est payable à l'égard des frais suivants :

1. la partie des frais en excédent des tarifs indiqués à l'édition courant du guide des tarifs de la province de résidence de la personne assurée;
2. l'excédent, par personne assurée, du montant maximal de prestations mentionné au sommaire; et
3. les soins orthodontiques reçus au cours des 24 premiers mois de couverture sous la présente garantie dans les cas où la personne assurée est devenue assurée sous la présente garantie plus de 31 jours après la date à laquelle elle est devenue admissible à cette couverture.

Coordination des prestations

Si l'assuré est couvert en vertu d'un autre régime d'assurance collective ou individuelle ou par l'entremise d'un régime d'état, la somme de toutes les prestations payables ne peut excéder 100 % des frais assurés, effectivement engagés.

L'ordre de paiement des prestations est établi comme suit :

1. le régime qui ne comprend pas une telle disposition de coordination des prestations devient le premier payeur; ou
2. le régime qui couvre un assuré en tant qu'employé a priorité sur celui qui le couvre en tant que personne à charge; ou
3. lorsqu'un assuré est couvert par plus d'un régime, l'ordre de paiement est le suivant :

a. premier payeur : le régime collectif auquel il participe en tant que salarié actif à plein temps;

b. deuxième payeur; le régime collectif auquel il participe en tant que salarié actif à temps partiel;

c. troisième payeur : le régime collectif auquel il participe en tant que retraité; ou

4. lorsqu'une personne est couverte en tant que conjoint, l'ordre de préséance est le suivant :

a. premier payeur : le régime collectif auquel elle participe en tant que salarié;

b. deuxième payeur : le régime collectif le protégeant en tant que personne à charge.

Si une personne est couverte en tant que conjoint ou conjoint survivant par plus d'un régime collectif, l'ordre de préséance est le suivant :

a. premier payeur : le régime collectif couvrant cette personne depuis le moins longtemps;

b. deuxième payeur : l'autre régime.

5. Lorsque des enfants à charge sont couverts par plus d'un régime collectif, l'ordre de préséance est le suivant :

a. premier payeur : le régime collectif d'un parent dont l'anniversaire arrive en premier (mois/jour) dans l'année civile;

b. deuxième payeur : le régime collectif du parent dont l'anniversaire arrive en dernier (mois/jour) dans l'année civile;

c. troisième payeur : si les parents ont la même date d'anniversaire, le régime de celui dont la lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.

Lorsqu'un enfant à charge a droit à des prestations de survivant, l'ordre de préséance des régimes collectifs qui étaient en vigueur avant le décès du parent est maintenu, à moins qu'un nouveau parent n'entre en jeu. Dans ce cas, le régime prévoyant des prestations de survivant devient le dernier payeur.

Dans le cas de garde exclusive d'un enfant à charge, l'ordre de préséance est le suivant :

a. premier payeur : le régime collectif du parent ayant la garde de l'enfant à charge

b. deuxième payeur : le régime collectif du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant à charge

c. troisième payeur : le régime collectif du parent n'ayant pas la garde de l'enfant à charge

d. quatrième payeur : le régime collectif du conjoint du parent « troisième payeur »

Prolongation d'assurance des personnes à charge assurées

Au décès de l'adhérent bénéficiant de la présente garantie, l'assurance frais dentaires des personnes à sa charge est prolongée, sans paiement de primes, jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes :

1. la date de fin de l'année académique en cours et payée de l'adhérent;
2. la date à laquelle l'assurance dentaire des personnes à charge aurait pris fin;
3. la date de résiliation de la présente garantie ou de la police d'assurance;
4. la date du soixante-cinquième (65e) anniversaire de naissance de la personne à charge.

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales s'appliquent à cette garantie.