**L'Association Étudiante de la Cité collégiale (AELCC), s'engage à verser les prestations prévues aux termes de cette police, sous réserve des conditions qui y sont stipulées. Cette couverture ne permet pas de se retirer d'un autre régime d'assurance maladie provincial ou d'une assurance offerte par un employeur.

Cette police est établie en considération de la proposition signée par le preneur et du paiement des primes dont il y est fait mention.

NUMÉRO DE POLICE	:	**9954**
PRENEUR	:	**Association Étudiante de la Cité collégiale (AELCC)**
GARANTIES	:	**Assurance maladie (santé complémentaire)** **Assurance dentaire**
ADMINISTRATEUR DU RÉGIME	:	**Plan Major**
DATE DE PRISE D'EFFET	:	**1er septembre 2021**
PÉRIODES DE COUVERTURE	:	Du 1er septembre au 31 décembre du 1er janvier au 31 août

Révision Août 2021

Table des matières

SOMMAIRE DES GARANTIES

1. ASSURANCE MALADIE 3
2. SOINS DE LA VUE 5
3. ASSURANCE DENTAIRE 6

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

4. Définitions 7
5. Teneur du contrat 8
6. Modification du contrat 8
7. Admissibilité 9
8. Demande d'assurance 9
9. Prise d'effet de l'assurance 9
10. Droits de l'étudiant lors de la prise d'effet d'une garantie 10
11. Cessation de l'assurance 10
12. Cessation du contrat 10
13. Primes 11
14. Délai de grace 11
15. Renouvellement 11
16. Certificat 11
17. Administration par le preneur 11
18. Renonciation 12
19. Incontestabilité 12
20. Recouvrement 12
21. Cession ou gage 12
22. Numéraire 12
23. Subrogation et remboursement — Responsabilité d'un tiers 13
24. Dispositions générales 13

ASSURANCE MALADIE

1. Objet de la garantie 14
2. Définitions 14
3. Conditions et admissibilité 16
4. Frais admissibles 16
5. Prestations aux survivants 17
6. Coordination des prestations 17
7. Cessation, limitations et exclusions 19
8. Modalités d'application de la franchise 20
9. Avis et preuve de réclamation 20

ASSURANCE DENTAIRE

1. Objet de la garantie 22
2. Définitions 22
3. Conditions et admissibilité 23
4. Frais admissibles 23
5. Coordination des prestations 25
6. Cessation, limitations et exclusions 26
7. Modalités d'application de la franchise 27
8. Évaluation préalable 27
9. Avis et preuve de réclamation 28
10. Prestations aux survivants 28

SOMMAIRE DES GARANTIES

CATÉGORIE D'ADHÉRENTS

Description Tous les membres admissibles de l'AELCC

ASSURANCE MALADIE

Max. admissible par couverture par assuré	1 500,00 $
Frais d'hospitalisation	
Chambre à deux lits	100 %
Frais ambulancier par voie terrestre	
Coassurance	100 %

Hospitalisation et transport ambulancier : Remboursés à 100 % jusqu'à un maximum combiné de 500 $ par personne assurée par année contractuelle.

Régime de médicaments	
Coassurance	80 %
Frais d'ordonnance limité	8,00 $
Carte de paiement direct	

Maximum pour les injections sur ordonnance de 100 $ par personne assurée par année contractuelle. Les frais des médicaments sur ordonnance de 8 $ ou plus, sont remboursés à 80 %. Les frais relatifs à la préparation de prescriptions à la pharmacie ne sont pas couverts ou remboursables. Maximum global de 1 500 $ par personne assurée par année contractuelle.

Lorsqu'une personne assurée réside dans une province où il existe un régime gouvernemental d'assurance médicaments, le preneur couvre les médicaments admissibles selon ce régime en respectant la limite de contribution maximale qui peut être imposée à la personne assurée et selon la coassurance prévue par la législation applicable s'il y a lieu.

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

Vaccins

Vaccins sur ordonnance	Max. 500,00 $

Frais complémentaires :

Coassurance	80 %

Les vaccins sur ordonnance sont remboursés à 80 % jusqu'à un maximum de 500 $ par personne assurée par année contractuelle.

Services paramédicaux

	Max. global 900,00 $
Physiothérapeute*, Massothérapeute*,	50,00 $/par visite
Chiropracticien, Diététiste, Podiatre, Acupuncteur,	Max. 300,00 $/spécialiste
Psychologue et Travailleur social	50,00 $/par visite
	Max. combiné 300.00 $
Coassurance	100 %

Les frais pour services paramédicaux sont couverts jusqu'à un maximum combiné de 900 $ par personne assurée, par période de couverture.

Le maximum remboursable pour une consultation auprès des spécialistes paramédicaux (Physiothérapeute, Massothérapeute, Chiropraticien, Diététiste, Podiatre et Acupuncteur) est de 50 $ par visite. Un maximum de 300 $ est remboursable par spécialiste. Le maximum remboursable pour une consultation auprès des services d'assistance psychosociale (Psychologue et Travailleur social) est de 50 $ par visite, pour un maximum combiné de 300 $.

* *Recommandation médicale requise pour consultation en physiothérapie et massothérapie.*

Frais complémentaires

Stérilets

Coassurance	80 %

Cette garantie, à l'égard d'un étudiant et, le cas échéant de ses personnes à charge assurées cesse à la première des éventualités suivantes :

a) Au 99e anniversaire de naissance de l'adhérent ;
b) À la date où l'adhérent cesse d'être étudiant
c) À la date de cessation de l'assurance.

SOINS DE LA VUE

Examen de la vue	80,00 $/24 mois
Coassurance	80 %
Paire de lunettes ou lentilles cornéennes sur prescription **	Max. 250,00 $/24 mois
(** Achat à la Clinique Visuelle de La Cité)	
Coassurance	80 %

Examen de la vue : Remboursé à 80 % jusqu'à un maximum de 80 $ par période de 24 mois.

Lunettes et/ou lentilles cornéennes sur prescription : Remboursés à 80 % jusqu'à un maximum de 250 $ par période de 24 mois, si l'achat a été effectué à la Clinique Visuelle de La Cité. Par paire de lunettes, celle-ci doit inclure monture et lentille de prescription. Sont également incluses gouttes ophtalmiques, solutions et lunettes solaires sur prescription (verres et montures).

Ces garanties à l'égard d'un adhérent et, le cas échéant, de ses personnes à charge assurées cessent à la première des éventualités suivantes :

a) au 99e anniversaire de naissance de l'adhérent ;
b) à la date que l'adhérent cesse d'être étudiant ;
c) à la date de cessation de l'assurance.

De plus, toute garantie à l'égard des personnes à charge prend fin au 99e anniversaire de naissance de la personne à charge si cette date est antérieure à celles qui sont indiquées ci-dessus.

ASSURANCE DENTAIRE

Partie I

Diagnostic

Coassurance 80 % **

Prévention

Coassurance 80 % **

Examen de rappel (1 par 12 mois)

Coassurance 80 % **

Restaurations mineures

Coassurance 80 % *

Extraction des dents (Maximum 400.00$ / 24 mois)

Coassurance 80 %

Frais totaux pour partie I, par période contractuelle : 750,00 $

Guide de tarifs dentaires applicable : Courant

* Les plombages en composite (blanc) ne sont couverts que pour les dents du devant de la bouche. Un remboursement équivalent au montant remboursé pour un plombage en amalgame sera versé pour tout plombage en composite sur les dents arrière.

** Les soins dentaires admissibles effectués à la Clinique dentaire de La Cité sont remboursés à 100 %. (Examen dentaire, Radiographie dentaire, Nettoyage et détartrage, Polissage)

Partie II

Accident dentaire

Coassurance 100 %

Frais totaux pour partie II, par période contractuelle : 500,00 $**

** Inclus dans le Maximum admissible par couverture par assuré de 1 500$ de la garantie assurance Maladie

Cette garantie à l'égard d'un étudiant et, le cas échéant, de ses personnes à charge assurées cesse à la première des éventualités suivantes :

a) Au 99e anniversaire de naissance de l'étudiant ;
b) À la date de cessation de l'assurance.

De plus, toute garantie à l'égard des personnes à charge prend fin au 99e anniversaire de naissance de la personne à charge si cette date est antérieure à celles qui sont indiquées ci-dessus.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. DÉFINITIONS

Aux fins de la présente

L'**accident** est un évènement soudain, fortuit et imprévisible occasionnant directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles résultant exclusivement d'une cause externe de nature violente et non intentionnelle de la part de la personne assurée.

Membre admissible signifie une personne membre en règle de l'Association étudiante de la Cité collégiale

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

La **grossesse** comprend la période de gestation, l'accouchement, l'avortement et la fausse-couche.

L'**hospitalisation** est une admission pour un séjour à l'hôpital pour une durée d'au moins 18 heures pour des soins médicaux urgents ou pour une chirurgie qui n'est pas principalement de nature esthétique.

L'**hôpital** est un centre hospitalier de courte durée, reconnu comme tel par la loi, qui dispense des soins et des traitements aux personnes malades ou blessées et qui offre des services de diagnostic, des services opératoires et une surveillance infirmière continue. Aux fins de cette définition, l'hôpital exclut les maisons pour personne âgée, les maisons de convalescence, les cliniques médicales et les centres spécialisés dans le traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie et/ou de toute autre forme de dépendance.

La **maladie** est la détérioration de la santé ou le désordre de l'organisme constaté par un médecin. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie, sauf en cas de complications pathologiques.

Le **médecin** est un docteur en médecine, membre de l'ordre professionnel des médecins dans la province ou l'état où il pratique.

La **personne à charge** de l'adhérent est :

a) Son conjoint, c'est-à-dire la seule personne de sexe opposé ou de même sexe considérée comme son conjoint :

    1) Soit par le fait d'un mariage non dissout par le divorce, l'annulation, ou la cessation de la cohabitation permanente avec l'adhérent depuis plus d'un an ;

    2) Soit par le fait qu'elle réside en permanence depuis plus d'un an avec celui-ci, ce dernier la présentation publiquement comme étant son conjoint ; où

b) Un enfant célibataire, légitime, naturel ou adoptif de celui-ci, de son conjoint (comme défini à l'article 1) ou des deux, qui dépend de l'adhérent pour son soutien et qui :

1) Est âgé de plus de 24 heures et de moins de 21 ans ;

2) Est âgé de 21 ans ou plus, mais de moins de 25 ans s'il étudie régulièrement de jour, à temps plein, dans une institution d'enseignement reconnue ; ou

3) Quel que soit son âge, est atteint d'une invalidité physique ou mentale résultant d'un accident ou d'une maladie et nécessitant des soins médicaux réguliers. L'invalidité doit avoir débuté alors qu'il était une personne à charge, comme définit précédemment et doit rendre cette personne totalement incapable d'exercer un emploi rémunérateur.

La **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.

La **personne assurée** ; laquelle doit avoir sa résidence au Canada tel que défini par la *Loi de l'impôt sur le revenu*, est l'adhérente et ses personnes à charge.

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

Le **sommaire** est le sommaire des garanties annexé à la présente police.

2. TENEUR DU CONTRAT

Cette police, la proposition d'assurance collective du preneur, le sommaire, les avenants et les annexes joints, de même que les preuves d'assurabilité et les demandes d'adhésion constituent le contrat intégral entre les parties.

Tout avenant joint postérieurement au contrat est réputé en faire partie intégrante selon les modalités qui y sont décrites.

*Veuillez prendre note que les régimes peuvent comprendre des garanties qui sont pleinement assurées notamment, mais non limitativement, les garanties voyage et décès et mutilation accidentelle. Pour ces garanties, veuillez-vous référer aux polices fournies par le(s) assureur(s).

3. MODIFICATION AU CONTRAT

Ce contrat peut être modifié à la demande écrite du preneur envoyé à l'administrateur du régime. L'administrateur se réserve le droit de demander une résolution d'une instance appropriée pour confirmer la modification. L'acceptation de la modification par l'administrateur du régime est sujette à sa capacité opérationnelle d'administrer celle-ci.

4. ADMISSIBILITÉ

a) Membre

1) Nouvelle adhésion

Tout membre en règle de l'Association étudiante de la Cité collégiale, à la date d'entrée en vigueur de ce contrat, devient admissible à l'assurance s'il n'effectue pas une demande de désistement pendant la période prévue à cet effet.

b) Personnes à charge

Les personnes à charge d'un adhérent deviennent admissibles à l'assurance à condition qu'ils répondent aux critères établis dans la définition « *personne à charge »,* à la date à laquelle l'adhérent devient admissible à l'assurance. À condition qu'il remplisse la demande prévue à cet effet et qu'il paie les frais.

5. DEMANDE D'ASSURANCE

a) ÉTUDIANT

Un étudiant admissible à l'assurance qui ne s'est pas désisté pendant la période prévue à cet effet est présumé avoir fait une demande d'assurance.

b) PERSONNE À CHARGE

Si un étudiant désire assurer ses personnes à charge en vertu de ce contrat, il doit remplir et transmettre à l'administrateur du régime une demande d'assurance à cet effet.

6. PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

L'assurance d'un membre et/ou de toute personne à charge admissible prend effet à la plus tardive des dates suivantes :

a) À la date de prise d'effet du contrat ;
b) À la date d'admissibilité de l'adhérent à l'assurance.

Ou pourvu que vous remplissiez les conditions suivantes :

a) vous êtes activement aux études ;
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 seront admissibles à un remboursement à la suite du paiement de vos frais de scolarité, à condition que vous répondiez aux autres conditions de prise d'effet de l'assurance.

7. DROITS DE L'ADHÉRENT LORS DE LA PRISE D'EFFET D'UNE GARANTIE

Lorsqu'une garantie de ce contrat remplace, en tout ou en partie, une garantie comparable d'un autre contrat relativement au même groupe, en entier ou en partie, et ce, dans les 31 jours de la cessation de l'ancienne garantie, à compter de la date de cessation de l'ancienne, si :

a) ils étaient assurés par le contrat qui a pris fin ;
b) la fin de leur assurance résulte exclusivement de la cessation de l'ancienne garantie ;
c) ils appartiennent à une prise en charge par la nouvelle garantie ; et
d) ils sont admissibles à l'assurance conformément aux dispositions du présent contrat.

8. CESSATION DE L'ASSURANCE

L'assurance d'un adhérent et, le cas échéant, de ses personnes à charge cesse de plein droit à la plus rapprochée des dates suivantes :

a) La date de cessation de ce contrat ;

b) Le dernier jour du délai de grâce suivant le jour où n'a pas été payé à son égard tout montant alors exigible relativement à la prime payable par le preneur en vertu de ce contrat ;

c) La date de réception chez l'administrateur d'un avis écrit du preneur à cet effet ou à toute date ultérieure mentionnée dans ledit avis ;

d) La date à laquelle l'adhérent cesse d'être membre de l'Association étudiante de la Cité collégiale ;

e) La date à laquelle l'adhérent n'est plus inscrit à un cours à la Cité collégiale ;

f) Le jour où il fait de fausses représentations à l'administrateur ou le jour où il commet un acte frauduleux à l'égard de l'administrateur ;

9. CESSATION DU CONTRAT

Ce contrat prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

a) Sur avis écrit du preneur à l'administrateur, à la plus éloignée des dates suivantes :

   1) La date indiquée dans l'avis ; où

   2) La date de réception de l'avis chez l'administrateur ;

b) Sur avis écrit d'au moins 31 jours de l'administrateur au preneur, le jour précédant la date du renouvellement de ce contrat

c) Sur avis écrit de l'administrateur au preneur, le jour indiqué dans cet avis si, de l'opinion de l'administrateur, le preneur ne fournit pas avec diligence tout renseignement nécessaire à l'administration de ce contrat ou, sans raison valable, n'accomplit pas l'une ou l'autre de ses obligations en vertu de ce contrat ;

d) Le dernier jour du délai de grâce, si la prime exigible en vertu de ce contrat n'a pas été payée par le preneur. Le preneur doit toutefois payer à l'administrateur la prime due pour la période du délai de grâce ; où

10. PRIMES

a) Taux de prime et modifications

Les taux mensuels de prime sont établis en collaboration avec l'association étudiante. Toute modification à ces taux nécessite une approbation de la part de l'administrateur et du preneur.

b) Mode de paiement des primes

Les primes sont payables à l'administrateur selon l'entente convenue avec le preneur et le cas échéant avec l'administration de l'institution.

11. DÉLAI DE GRÂCE

Le preneur a, pour le paiement de chaque prime, sauf la première, un délai de 31 jours, durant lequel l'assurance reste en vigueur. Cependant, le jour où le paiement de la prime est dû n'est pas inclus dans ce délai.

12. RENOUVELLEMENT

Pourvu qu'aucune prime ne soit en souffrance le dernier jour d'une année d'assurance, ce contrat se renouvelle, de plein droit, pour une période de 12 mois, à moins d'un avis écrit contraire de l'administrateur transmis au preneur au plus tard 31 jours avant la date de renouvellement.

La période à compter de la date de prise d'effet de ce contrat jusqu'à la date du premier renouvellement, tel qu'il est indiqué au sommaire, est considérée comme étant la première année d'assurance. Les années d'assurance subséquentes, d'une période de 12 mois chacune, sont calculées à compter de la date du premier renouvellement.

13. ADMINISTRATION PAR LE PRENEUR

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

Le preneur doit informer ses membres de leurs droits et de leurs obligations en vertu de ce contrat, de même que de toutes modifications qui peut par la suite y être apporté. Le preneur doit également informer ses membres des garanties offertes en vertu du présent contrat. 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'administrateur tout renseignement nécessaire à l'administration de ce contrat.

14. RENONCIATION

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

15. INCONTESTABILITÉ

En l'absence de fraude, aucune fausse déclaration ou réticence ne peut fonder l'annulation ou la réduction d'une assurance qui a été en vigueur pendant deux ans.

Toutefois, cette règle ne s'applique pas dans le cas d'une invalidité ayant débuté durant les deux premières années de l'assurance.

16. RECOUVREMENT

Aucune disposition de ce contrat ne peut être interprétée comme pouvant empêcher le preneur par l'entremise de l'administrateur de recouvrer toute somme payée en trop.

17. CESSION OU GAGE

L'assurance en vertu de ce contrat ne peut n'être ni cédée ni mise en gage.

18. NUMÉRAIRE

Toutes les limites et tous les maximums applicables aux sommes payables sont également exprimés en monnaie canadienne.

19. SUBROGATION ET REMBOURSEMENT — RESPONSABILITÉ D'UN TIERS

a) Garantie assurance maladie

Lorsque toute somme est versée à la personne assurée en vertu du présent contrat sous les garanties d'assurance maladie dans la responsabilité légale est imputable à un tiers, le preneur, par l'entremise de l'administrateur du régime, 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.

L'adhérent doit, lors d'une poursuite ou réclamation contre le tiers responsable, respecter les modalités et conditions suivantes :

a) Il doit agir avec diligence afin de recouvrer le montant total de ses dommages à titre de pertes de salaire ou revenir passé et futur du tiers responsable sans quoi il pourra être redevable au preneur jusqu'à concurrence des montants versés. L'adhérent doit obtenir l'approbation écrite du preneur avant de libérer totalement ou partiellement un tiers responsable.

b) Le montant à remettre au preneur doit se calculer selon les règles qui suivent :

1) Le preneur est en droit de recevoir le remboursement des prestations payées à la personne assurée lorsqu'elle est compensée par le tiers responsable pour ses pertes de salaire ou revenus passées, et ce, jusqu'à concurrence des sommes reçues du tiers responsable.

2) L'adhérent doit, sur demande du preneur ou de l'administrateur, signer un engagement de remboursement conforme à la présente section, sans quoi le preneur ou l'administrateur peut refuser de verser toute somme dure en vertu du présent contrat.

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

20. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions générales du contrat s'appliquent à chacune des garanties pourvu que ces dispositions ne soient pas incompatibles avec les modalités de chacune des garanties.

ASSURANCE MALADIE

1. OBJET DE LA GARANTIE

Pourvu que cette garantie soit en vigueur lorsqu'une personne assurée assume des frais à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'administrateur rembourse, selon les modalités de règlement indiquées au sommaire et toutes les autres conditions du contrat, les frais admissibles décrits ci-dessous.

2. DÉFINITIONS

Aux fins de la présente

La **coassurance** désigne le pourcentage des frais admissibles remboursés par l'administrateur à la personne assurée pour certains soins de santé et/ou dentaires.

Une **consultation** a lieu lorsqu'une personne assurée rencontre un professionnel de la santé, à la demande d'un autre professionnel de la santé, afin qu'il émette des recommandations ou donne son opinion puisqu'il détient une expertise pertinente dans les circonstances.

La **convention** désigne les médicaments qui, en vertu de la loi, ne nécessitent pas la préparation d'une ordonnance, mais qui, à cause du code de déontologie, ne seraient pas préparés par un pharmacien sans qu'il n'y en ait une.

Le **copaiement** est la portion des frais admissibles qui est payée par l'adhérent pour chaque réclamation.

En cas d'urgence, signifie la détérioration soudaine de la santé nécessitant des soins immédiats par un professionnel de la santé.

Famille immédiate désigne le conjoint, la conjointe, l'enfant ou le parent de la personne assurée.

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 :

a) Sont des frais raisonnables, ordinaires et habituels ;
b) Sont recommandés, approuvés ou prescrits par un professionnel de la santé ;
c) Sont approuvés par le preneur ou l'administrateur du régime ;
d) Excèdent les montants remboursés ou remboursables par tout autre assureur ou régime gouvernemental ;
e) N'ont pas été fourni par une personne qui habite avec la personne assurée ou qui fait partie de sa famille immédiate ; et
f) Ont été rendus alors que la présente garantie était en vigueur.

Les **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 région ou localité lorsqu'ils dispensent des soins, des services ou des fournitures identiques ou comparables.

La **franchise** est la partie des frais admissibles que la personne assurée doit prendre à sa charge chaque année contractuelle avant que ces frais ne lui soient remboursés. La franchise peut être individuelle ou familiale. Dans le cas d'une franchise familiale, si cette franchise est prise en charge par une personne assurée membre de la famille, aucune autre franchise n'est déduite des frais contractés par les autres membres de cette famille pour le reste de l'année en question.

Le **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 de résidence.

Les **médicaments et produits** signifient les médicaments et produits qui figurent à l'édition courante du compendium des produits et spécialités pharmaceutiques.

Médicaments interchangeables désigne les médicaments approuvés par la législation provinciale et qui contiennent les mêmes ingrédients actifs, selon les mêmes quantités et doses, que ceux des médicaments inscrits sur l'ordonnance.

Le **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.

Nécessaire d'un point de vue médical désigne des soins, des fournitures ou des services qui sont généralement acceptés par les professionnels de la santé et qui sont appropriés et nécessaires pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure et qui sont dispensés selon les normes généralement acceptées et reconnues par les professionnels de la santé.

La **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.

Un **pharmacien** désigne une personne autorisée à pratiquer la profession de pharmacien et qui est membre d'une association professionnelle de pharmaciens reconnue.

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'administrateur.

3. CONDITIONS ET ADMISSIBILITÉ

La présente garantie couvre les frais raisonnables, ordinaires et habituels pour les services,

les fournitures et les soins médicaux décrits à la section « *Frais admissibles* » sous réserve des limites et exclusions applicables.

La présente garantie n'a pas pour effet de remplacer le régime d'assurance-maladie de la province de résidence de la personne assurée ou tout autre régime d'assurance-maladie gouvernemental.

Une personne assurée ne peut être admissible à la présente garantie qu'à la condition qu'elle soit admissible aux garanties disponibles en vertu des régimes gouvernementaux d'hospitalisation et des programmes de soins de santé provinciaux.

Seuls les frais raisonnables, ordinaires et habituels excédant les frais payés ou remboursés par tout régime gouvernemental pourront être remboursés sous la présente garantie.

Remboursement des réclamations après la terminaison de la police :

Nous devons recevoir votre demande de remboursement au plus tard 90 jours après la date de terminaison de la police. Aucun remboursement ne sera effectué après 90 jours indépendamment de la date de service.

4. FRAIS ADMISSIBLES

a) Frais d'hospitalisation et de transport ambulancier

1) L'administrateur paie, sans franchise, les frais d'hospitalisation jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire par année contractuelle.
2) L'administrateur paie, sans franchise, le transport ambulancier (terrestre seulement), en direction ou en provenance de l'hôpital le plus rapproché qui dispense les soins appropriés jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire par année contractuelle.

b) Frais complémentaires au Canada

Les frais raisonnables, ordinaires et habituels suivants sont payés après considération de la franchise selon le pourcentage indiqué à cet effet au sommaire :

1) Les frais pour **médicaments et produits** offerts sous prescription jusqu'à concurrence des maximums indiqués au sommaire par année contractuelle.

2) Les frais pour v**accins** jusqu'à concurrence des maximums indiqués au sommaire par année contractuelle, excluant les frais d'administration.

3) Les frais pour **services paramédicaux** rendus par un Physiothérapeute, Massothérapeute, Chiropraticien, Diététiste, Podiatre, Acupuncteur, Psychologue et Travailleur social, pourvu que ces services relèvent de leur spécialité et que ces spécialistes soient membres de leur ordre professionnel, 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, être son partenaire d'affaires ou son employeur. Ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence du montant indiqué au sommaire des garanties. Une recommandation médicale est requise pour les consultations en physiothérapie et massothérapie.

4) Les frais pour **Stérilets** jusqu'à concurrence des maximums indiqués au sommaire par année contractuelle.

c) Frais pour Soins de la vue

1) L'administrateur paie les frais d'examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé, jusqu'à concurrence du montant indiqué au sommaire.
2) L'administrateur paie les frais pour une paire de lunettes (verres correcteurs et de monture de lunettes) ou de lentilles cornéennes sous prescription, jusqu'à concurrence du montant indiqué au sommaire selon les restrictions indiquées.

5. PRESTATIONS AUX SURVIVANTS

Si, au moment du décès de l'adhérent, ses personnes à charge sont assurées en vertu de la présente garantie, l'assurance des personnes à charge continue d'être en vigueur, sans le paiement des primes. Cependant, l'assurance cesse à la plus rapprochée des dates suivantes :

a) la date de cessation du contrat d'assurance ;
b) vingt-quatre mois après la date de décès de l'adhérent ;
c) la date de prise d'effet d'une assurance semblable auprès d'un autre assureur ; ou
d) la date à laquelle les personnes à charge cessent d'être des personnes à charge admissibles pour quelque raison que ce soit, sauf dans le cas où il n'y a plus d'adhérent admissible.

6. COORDINATION DES PRESTATIONS

Si des prestations sont réclamées en vertu de plus d'une section de la présente garantie, la réclamation sera évaluée selon la section qui prévoit les prestations les plus élevées.

Les prestations payables en vertu de cette garantie sont réduites, selon l'ordre de paiement établi ci-après, de manière que, ajoutées à celles qui sont prévues par tout régime d'assurance pour les mêmes frais assurables, elles ne dépassent pas les frais réellement engagés. Les sommes assurées en vertu d'un autre régime d'assurance collective comprennent les prestations qui auraient été payables si une demande en règle avait été présentée auprès de l'autre assureur.

L'ordre de paiement des prestations est établi comme suit lorsque la personne assurée en vertu de la présente garantie l'est aussi en vertu d'une autre couverture d'assurance similaire :

a) Un régime d'assurance collective qui ne comprend pas une disposition de coordination

des prestations devient le premier payeur ;

b) Le montant des prestations payables à titre d'un régime en vertu duquel la personne assurée est assurée en tant qu'adhérent a priorité sur le montant payable d'un régime d'assurance lorsque cette personne est assurée à titre de personne à charge. Si l'adhérent participe à plus d'un régime d'assurance à titre d'adhérent, l'ordre de préséance est établi comme suit :

   1) Le régime auquel l'adhérent participe à titre de membre d'une association étudiante inscrit à temps plein dans une institution d'enseignement ou d'employé à temps plein ;

   2) Le régime auquel l'adhérent participe à titre de membre d'une association étudiante inscrit dans un programme de formation à temps partiel ou à titre d'employé à temps partiel ou saisonnier ; puis

   3) Le régime auquel l'adhérent participe à titre de retraité.

c) Lorsqu'il s'agit d'une personne à charge assurée sous plus d'un régime d'assurance à titre de personne à charge, le régime d'un adhérent dont le jour et le moins d'anniversaires de naissance sont le plus près du début d'une année civile a priorité sur tout autre régime ;

d) Lorsqu'il s'agit d'une personne à charge dont les parents sont séparés ou divorcés, l'ordre de préséance est établi comme suit :

   1) Le régime du parent ayant la garde de l'enfant ;
   2) Le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant ;
   3) Le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant ; puis
   4) le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

e) Lorsqu'une personne assurée requiert des soins dentaires par suite d'un accident et qu'il participe à la fois à un régime d'assurance maladie couvrant les lésions accidentelles aux dents et à un régime dentaire, le premier a préséance sur le second en ce qui a trait à la détermination des frais pris en charge.

f) Lorsque l'ordre de priorité de paiement ne peut pas être établi, par les sous-alinéas a), b), c), d) et e) ci-dessus, les prestations devront être réparties au prorata entre les régimes en proportion des montants qui auraient dû être payés en vertu de chaque régime.

7. CESSATION LIMITATION ET EXCLUSIONS

a) Cessation

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

b) Limitations et exclusions

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

1) Les frais qui ne sont pas des frais raisonnables, ordinaires et habituels selon l'opinion du preneur ;

2) Les frais d'examen de routine ou de bilan de santé ou tous frais engagés à l'occasion d'examens ou de traitements médicaux pour des fins autres que curatives.

3) La partie des frais couverte en vertu d'une loi sur les accidents du travail, une assurance hospitalisation, sur l'assurance maladie, sur l'assurance automobile ou toute autre loi équivalente en vigueur au Canada ou dans tout autre pays, s'il y a lieu ;

4) Les frais engagés, incluant les médicaments, à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement qui est jugé de nature expérimentale ou cosmétique par le preneur ;

5) Les frais engagés pour les achats de médicaments en une provision de médicaments correspondants à une période de traitement supérieure à trois mois ;

6) Les frais ayant trait à l'ajustement de lunettes et de lentilles cornéennes ou à l'achat de lunettes de soleil ou de lunettes de sécurité ;

7) Les services ou les fournitures obtenus ou contractés exclusivement afin de faciliter la participation à une activité sportive ou récréative ;

8) Les frais ayant trait à l'achat de prothèses dentaires, sauf l'achat d'une seule prothèse dentaire qui est devenue nécessaire à la suite d'un accident survenu alors que cette garantie est en vigueur ;

9) Les frais ayant trait à l'ajustement ou à l'entretien d'appareils auditifs ;

10) Les frais de traitement de l'infertilité, y compris la fécondation in vitro ;

11) Les frais relatifs à un changement de sexe ;

12) Les frais encourus à la suite d'une blessure subie ou une maladie contractée à l'occasion ou à la suite d'une opération militaire ;

13) Les frais pour des cures de repos, des soins de convalescence, des soins de garde ou des services de réadaptation dans un établissement pour malades chroniques, ou tout frais qui, de l'opinion de l'administrateur, se rapportent à des soins qui devraient se donner dans un établissement pour malades chroniques.

14) Les frais engagés à la suite de :

    - Blessures, dommages physiques ou mentaux, que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non.
    - Commission ou tentative de commission par la personne assurée d'un acte

criminel ; ou

- Blessures subies à l'occasion de la participation active de la personne assurée à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non.

15) Les frais engagés à l'extérieur du Canada alors que la condition médicale de la personne assurée permet le rapatriement, mais que la personne assurée a refusé ;

16) Les frais encourus à l'extérieur du Canada alors que ces frais n'ont pas été préalablement approuvés par l'administrateur ;

17) Les frais pour pompes à perfusion d'insuline ;

18) Les frais qui ne seraient pas chargés à la personne assurée s'il n'en était de la couverture fournie par la présente garantie ;

19) Les frais pour des soins cosmétiques ou qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical ;

20) Les frais pour des médicaments qui ne sont pas approuvés par la législation fédérale ou provinciale ;

21) Les frais administratifs ou de complétion de documents ;

22) Tous les frais non mentionnés parmi les frais admissibles ; et

23) Tous les frais assurés ou remboursés en vertu d'un régime gouvernemental

8. MODALITÉS D'APPLICATION DE LA FRANCHISE

Le montant de la franchise est celui indiqué au sommaire. La franchise ne s'applique qu'une seule fois par année civile à l'ensemble des frais admissibles engagés par l'adhérent et, le cas échéant, ses personnes à charge assurées.

Dans le cas d'un changement d'assureur, la partie des frais supportés en vertu du régime précédent sert à réduire la franchise en partie ou en totalité.

9. AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

La personne assurée ou toute autre personne qui agit en son nom doit donner un avis à l'administrateur du régime dans les 24 heures de l'accident ou de la maladie ayant engendré des frais admissibles ou la présente garantie ou dans les meilleurs délais, advenant une impossibilité d'agir.

En cas de demande de paiement, l'adhérent ou la personne assurée doit présenter sa réclamation à l'administrateur du régime, accompagnée de toutes les pièces justificatives jugées nécessaires par l'administrateur du régime, dans les 12 mois suivants la date à laquelle les frais ont été encourus sans quoi elle ne sera pas recevable.

Les frais admissibles sont remboursés ou payés dans les 30 jours qui suivent la réception de la réclamation accompagnée de toutes les pièces justificatives nécessaires.

L'adhérent ou la personne assurée qui est en désaccord avec une décision de l'administrateur peut en demander une révision dans les 30 jours suivant cette décision en envoyant une demande écrite à l'administrateur du régime et au preneur et en y joignant toute nouvelle pièce justificative.

Aucune demande de révision ne sera prise en considération si elle est reçue plus de douze mois après la décision initiale de l'administrateur du régime.

ASSURANCE DENTAIRE

1. OBJET DE LA GARANTIE

Pourvu que cette garantie soit en vigueur lorsqu'une personne assurée assume des frais l'administrateur rembourse, sous réserve des autres dispositions du contrat, les frais admissibles qui sont nécessaires du point de vue médical selon les modalités de paiement indiquées au sommaire.

Les frais admissibles ne sont remboursables ou payables que si les soins dentaires sont administrés par un dentiste, un denturologiste, un chirurgien-dentiste ou, sous sa surveillance pour un hygiéniste dentaire ou tout membre de leur ordre professionnel respectif. Les frais sont considérés avoir été contractés le jour où le service dentaire fut rendu ou, si l'acte dentaire exige deux rendez-vous ou plus, la date du dernier traitement.

Tous les frais admissibles décrits à la présente garantie sont disponibles à compter de la date à laquelle l'adhérent devient admissible à la présente garantie dans le cas où l'adhérent souscrit à cette garantie dans les 31 jours de la date à laquelle il est devenu admissible à cette garantie.

2. DÉFINITIONS

Aux fins de cette garantie :

La **franchise** est la partie des frais admissibles qui est supportée par l'adhérent.

Le **guide des tarifs** désigne le « Guide des tarifs » suggéré pour les actes bucco-dentaires à l'usage du praticien général en vigueur dans la province de résidence de la personne assurée. S'il n'y a aucun guide applicable dans cette province ou ce territoire, le guide des tarifs utilisé est celui du Nouveau-Brunswick.

Coassurance désigne le pourcentage des frais admissibles remboursés par l'administrateur à l'adhérent pour certains soins de santé et/ou soins dentaires.

Les **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 région ou localité lorsqu'ils dispensent des soins, services ou fournitures identiques ou comparables.

Par **nécessaire d'un point de vue médical**, on entend des soins, des fournitures ou des services qui ne sont généralement acceptés par les professionnels de la santé et qui sont appropriés et nécessaires pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure et qui sont dispensés selon les normes généralement acceptées et reconnues par les professionnels de la santé.

3. CONDITIONS ET ADMISSIBILITÉ

L'administrateur paie, après déduction de la franchise et selon les pourcentages indiqués à cet effet au sommaire, les frais raisonnables, ordinaires et habituels pour les soins dentaires suivants :

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 :

a) sont des frais raisonnables, ordinaires et habituels ;
b) sont recommandés, approuvés ou prescrits par un professionnel de la santé ;
c) sont approuvés par l'assureur ;
d) excèdent les montants remboursés ou remboursables par tout autre assureur ou régime gouvernemental ;
e) n'ont pas été fournis par une personne qui habite avec la personne assurée, qui fait partie de sa famille immédiate, qui est partenaire d'affaires ou qui est son employeur ; et
f) ont été rendus alors que la présente garantie était en vigueur.

4. FRAIS ADMISSIBLES

PARTIE I : Soins de base

Les frais suivants sont admissibles à un remboursement et sont sujets à la franchise, à la coassurance et au maximum indiqués au sommaire, s'il y a lieu.

a) Diagnostic et prévention

1) L'examen buccal clinique, soit :

– l'examen complet initial, sous réserve d'un examen par période de 36 mois consécutifs, à moins que cet examen ne soit fait par le même dentiste, auquel cas une période de 60 mois est applicable.

– l'examen de rappel ou périodique, sous réserve d'un (1) examen par période indiquée au sommaire.

– autres examens ou consultations, incluant l'examen buccal d'aspect particulier et l'examen buccal d'urgence (sauf pour les traitements orthodontiques), sous réserve d'un examen par période de 12 mois consécutifs ; et

2) La radiographie, soit :

– la série complète de pellicules, sous réserve d'un maximum d'une série par période de 24 mois consécutifs ;

– la pellicule panoramique, sous réserve d'un maximum d'une pellicule par

période de 24 mois consécutifs ; et

– les pellicules interproximales, sous réserve d'un maximum d'une série par période de six mois consécutifs ; et

– les autres films intraoraux, extraoraux et céphalométriques (sauf pour les traitements orthopédiques), sous réserve d'un maximum d'une série par période de 24 mois consécutifs ;

3) Les tests et examens de laboratoire ;

4) Le polissage des dents, sous réserve d'une unité par période indiquée au sommaire ;

5) l'application topique de fluorure, sous réserve de 1 traitement par période indiquée au sommaire pour les personnes à charge de moins de 16 ans ;

6) Le détartrage des dents sous réserve d'un maximum de trois (3) unités par période de 12 mois consécutifs.

b) Restaurations mineures

1) Caries, traumatisme et contrôle de la douleur

2) Restauration à l'aide d'amalgame (non liée)

3) Tenons dentinaires pour restaurations

4) Restaurations en acrylique ou résine composite ou silicate et tenons dentinaires et autres services. Les plombages en composite (blanc) ne sont couverts que pour les dents du devant de la bouche. Un remboursement équivalent au montant remboursé pour un plombage en amalgame sera versé pour tous plombages en composite sur les dents arrière.

c) Chirurgie buccale – Extraction des dents

Les frais admissibles sous cette catégorie comprennent les extractions simples et les extractions chirurgicales de dents, y compris les soins préopératoires et postopératoires. L'administrateur paie les frais jusqu'à concurrence du montant indiqué au sommaire par période de 24 mois, et se limite aux maximums prévus selon la période contractuelle.

PARTIE II : Soins dentaires accidentels

Sous réserve d'une évaluation préalable par l'assureur, les **frais pour services professionnels rendus par un chirurgien-dentiste** pour réparer les dommages causés à des dents naturelles à la suite d'un accident survenu alors que la personne est assurée en vertu de la présente garantie ; ces services doivent être rendus dans les 180 jours

suivant la date de l'accident et cette garantie doit être en vigueur au moment où les soins sont prodigués.

Par contre, si la personne assurée est âgée de moins de 16 ans, le délai de traitement de six mois ne s'applique pas, pourvu que le chirurgien-dentiste traitant en informe l'assureur dans les 90 jours de la date de l'accident et qu'il obtienne l'approbation de l'assureur.

Les frais admissibles seront remboursés jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des honoraires prévus au guide des tarifs de l'année courante à l'usage du praticien général et approuvé par l'Association des chirurgiens-dentistes, ainsi que les honoraires prévus au guide des tarifs approuvé par l'Association des denturologues. Ces associations sont celles de la province de résidence de l'assuré.

5. COORDINATION DES PRESTATIONS

Si des prestations sont réclamées en vertu de plus d'une section de la présente garantie, la réclamation sera évaluée selon la section qui prévoit les prestations les plus élevées.

Les prestations payables en vertu de cette garantie sont réduites, selon l'ordre de paiement établi ci-après de manière que, ajoutées à celles qui sont prévues par tout régime d'assurance pour les mêmes frais assurables, elles ne dépassent pas les frais réellement engagés. Les sommes assurées en vertu d'un autre régime d'assurance collective comprennent les prestations qui auraient été payables si une demande en règle avait été présentée auprès de l'autre assureur.

L'ordre de paiement des prestations est établi comme suit lorsque la personne assurée en vertu de la présente garantie l'est aussi en vertu d'une autre couverture d'assurance similaire :

a) Pour tous les régimes complémentaires étudiants, lorsque l'étudiant assuré ou ses personnes à charge bénéficient de la couverture d'un autre régime d'assurance collective, ce dernier devient le premier payeur.

b) Un régime d'assurance collective qui ne comprend pas une disposition de coordination des prestations devient le premier payeur ;

c) Lorsqu'il s'agit d'une personne à charge assurée sous plus d'un régime d'assurance à titre de personne à charge, le régime d'un étudiant dont le jour et le mois d'anniversaire de naissance sont le plus près du début d'une année civile a priorité sur tout autre régime ;

d) Lorsqu'il s'agit d'une personne à charge dont les parents sont séparés ou divorcés, l'ordre de préséance est établi comme suit :
   1. Le régime du parent ayant la garde de l'enfant ;
   2. Le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant ;
   3. Le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant ; puis
   4. le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant ;

5. Le régime complémentaire étudiant.

6. CESSATION, LIMITATION 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 courante 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

c) Exclusions

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

1) Les frais excédant les frais raisonnables, ordinaires et habituels normalement exigés pour les soins dentaires les moins chers, dont la qualité est également reconnue en médecine dentaire ;

2) La partie des frais couverts en vertu d'une loi sur les accidents du travail, sur l'assurance maladie, sur l'assurance automobile, ou toute autre loi équivalente en vigueur au Canada ;

3) Les frais couverts en vertu d'une autre garantie d'assurance de ce contrat ;

4) Les frais engagés à l'occasion de traitements pour des fins principalement esthétiques ou pour des fins autres que curatives ;

5) Les frais engagés à l'occasion d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement de nature expérimentale selon l'opinion de l'administrateur ;

6) Les frais de remplacement de prothèses perdues, égarées ou volées ;

7) Les frais engagés pour les analyses de diète, les recommandations, les instructions d'hygiène buccale, les programmes de contrôle de la plaque dentaire et les traitements correcteurs relatifs à une malformation congénitale ou évolutive.

8) Les frais facturés par un chirurgien-dentiste pour un rendez-vous auquel la personne assurée ne s'est pas présentée ou les frais chargés pour remplir un

formulaire d'assurance ou autre document ;

9) Les frais pour soins dentaires engagés pour la reconstruction de la bouche au complet pour la correction de la dimension verticale ou pour le traitement de l'articulation temporo-mandibulaire ;

10) Les frais relatifs à des traitements d'orthodontie, y compris la correction d'une malocclusion ;

11) Les frais engagés à la suite de :

– Blessures ou dommages physiques ou mentaux que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non ;

– Commission ou tentative de commission par la personne assurée d'un acte criminel ; ou

– Blessures subies à l'occasion de la participation active de la personne assurée à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non ; et

12) Les frais non mentionnés parmi les frais admissibles.

7. MODALITÉS D'APPLICATION DE LA FRANCHISE

Le montant de la franchise est celui indiqué au sommaire. La franchise ne s'applique qu'une seule fois par année civile à l'ensemble des frais dentaires admissibles engagés par l'adhérent et, le cas échéant ses personnes à charge assurées.

Dans le cas d'un changement d'assureur, la partie des frais supportée en vertu du régime précédent sert à réduire la franchise en partie ou en totalité pour l'année en cours.

8. ÉVALUATION PRÉALABLE

Un plan de traitement détaillé doit être soumis à l'assureur avant le début du traitement, s'il est prévu que le montant des frais pour un service dentaire distinct proposé par le chirurgien-dentiste est supérieur à 300 $.

Nonobstant l'évaluation mentionnée ci-dessus faite par l'assureur, le montant des prestations est payé selon les modalités de la garantie en vigueur au moment où les traitements sont effectués. L'assureur transmet à la personne assurée, dans les 31 jours suivants la réception des documents requit, le renseignement quant au montant des prestations reconnut en vertu de cette garantie que l'assureur est prêt à débourser si le traitement est effectué.

Une évaluation préliminaire est recommandée pour n'importe quel traitement excédant 300 $ afin d'éviter tout refus inattendu.

9. AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

En cas de demande de paiement, l'adhérent ou la personne assurée doit présenter sa réclamation à l'administrateur, accompagnée de toutes les pièces justificatives jugées nécessaires par l'administrateur dans les 12 mois suivants la date à laquelle les frais ont été encourus.

Les frais admissibles sont remboursés ou payés dans les 30 jours qui suivent la réception de la réclamation accompagnée de toutes les pièces justificatives nécessaires.

L'adhérent ou la personne assurée qui est en désaccord avec une décision de l'administrateur, peut demander une révision dans les 30 jours suivant cette décision en envoyant une demande écrite à l'administrateur et en y joignant toute nouvelle pièce justificative.

Aucune demande de révision ne sera prise en considération si elle est reçue plus de 12 mois après la décision initiale de l'administrateur.

10. PRESTATIONS AUX SURVIVANTS

Si, au moment du décès de l'adhérent, les personnes à charge sont assurées en vertu de la présente garantie, l'assurance des personnes à charge continuera d'être en vigueur sans le paiement des primes. Cependant, l'assurance cessera à la plus rapprochée des dates suivantes :

a) la date de cessation du présent contrat ;

b) vingt-quatre mois après la date du décès de l'adhérent ;

c) la date à laquelle une police remplaçante émise par un autre assureur entre en vigueur ; ou

d) la date à laquelle la personne à charge cesse d'être une personne à charge admissible pour n'importe quelle raison, sauf le cas où il n'y a plus d'adhérent survivant admissible.