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.

Veuillez noter que vous ne participez qu'aux garanties indiquées à votre certificat d'assurance.

POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE NUMÉRO : **330006 - 00**

Conformément aux termes et conditions de la police émise à :

ASSOCIATION DES ÉTUDIANTES ET ÉTUDIANTS DU CÉGEP DE GRANBY (AEECG)

« 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.

Catégorie 1 : Toutes les personnes étudiantes admissibles

Date d'entrée en vigueur : **Le 1er septembre 2026**

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES GARANTIES 3
Assurance santé complémentaire 3
Assurance frais dentaires 6
IDENTIFICATION DES PARTIES 8
DÉFINITIONS 10
CONDITIONS GÉNÉRALES 17
DESCRIPTION DES GARANTIES 28
Assurance santé complémentaire 28
Assurance frais dentaires 34

SOMMAIRE DES GARANTIES
Assurance santé complémentaire

Dispositions générales

Catégorie 1	Toutes les personnes étudiantes admissibles
Période de couverture 1	Du 1er septembre 2026 au 31 août 2027
Période de couverture 2	Du 1er septembre 2027 au 31 août 2028
Terminaison	La présente garantie prend fin à la première des éventualités suivantes : 1. lorsque le membre atteint l'âge de quatre-vingt-dix-neuf (99) ans; 2. à la date d'annulation de la présente garantie ou de la police d'assurance.

Couverture

Franchise	Aucune
Ticket modérateur	Aucun
Paiement direct	Oui
Substitution générique obligatoire (médicaments)	Pour les médicaments non inscrits sur la liste des médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) seulement.

Prophylaxie post-exposition (PPE)

Prophylaxie post-exposition (PPE) | 2e payeur	70 % des frais, maximum 1 cure jusqu'à 500 $ / période de couverture
Consultation et dépistage	70 % des frais, maximum 100 $ / période de couverture

SOMMAIRE DES GARANTIES
Assurance santé complémentaire

Interruption de grossesse (IG)

Frais connexes non médicaux • Transport (essence, stationnement, taxi, transport en commun); • Hébergement*; • Frais liés à la présence d'un (1) accompagnateur; • Frais de garde des enfants à charge.	70 % des frais, maximum 400 $ / période de couverture

* Lorsque la distance entre le lieu de résidence et le point de service excède 100 kilomètres (aller), ou lorsque le déplacement excède deux (2) heures. L'hébergement est limité à 200 $ / nuit, jusqu'à 2 nuits.

Médicaments inscrits ou non sur la liste des médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)
Maximum 500 $ / période de couverture

Contraceptifs, neurostimulants et antidépresseurs	En complément à la RAMQ, 70 % des frais pour les médicaments génériques, unique et d'origine.
Auto-injecteur d'épinéphrine (EpiPen)	En complément à la RAMQ, 70 % des frais pour les médicaments génériques, unique et d'origine, maximum 100 $ / période de couverture.
Vaccins préventifs non couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)	70 % des frais, maximum 100 $ / période de couverture

Frais complémentaires, services diagnostiques, orthèses, prothèses et fournitures médicales
Maximum 600 $ / période de couverture

Hospitalisation (chambre semi-privée)	100 % des frais, maximum 35 $ / jour, 7 jours / période d'hospitalisation, 400 $ / période de couverture
Soins infirmiers à domicile	70 % des frais, maximum 500 $ / période de couverture
Ambulance (par voie terrestre et aérienne)	70 % des frais, maximum 300 $ / période de couverture

SOMMAIRE DES GARANTIES
Assurance santé complémentaire

Radiographies et échographies en clinique privée (incluant échographies de maternité)	70 % des frais, maximum 200 $ / période de couverture
Tests sanguins (incluant bilans de santé)	70 % des frais, maximum 100 $ / 12 mois consécutifs
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure, chaussures ouvertes ou évasées ou droites (modification ou ajustement)	70 % des frais, maximum 200 $ / période de couverture
Orthèse de pied, attelles rigides ou semi-rigides, bandages herniaires et plâtres, corsets médicaux, membres artificiels (excluant prothèses myoélectrique), yeux artificiels.	70 % des frais, maximum 200 $ / période de couverture
Location de béquilles ou de chaise roulante suite à un accident	100 $ / 12 mois consécutifs

Professionnels de la santé

Acupuncteur Chiropraticien Diététiste Kinésithérapeute Massothérapeute (sans recommandation médicale) Physiothérapeute Podiatre	40 $ / visite, 320 $ / période de couverture
Psychologue Psychothérapeute Sexologue Travailleur social	40 $ / visite, 360 $ / période de couverture

Soins de la vue

Examen de la vue	70 $ / 12 mois consécutifs
Lunettes de prescription Lentilles cornéennes	75 $ / 24 mois consécutifs

SOMMAIRE DES GARANTIES
Assurance frais dentaires

Dispositions générales

Catégorie 1	Toutes les personnes étudiantes admissibles
Période de couverture 1	Du 1er septembre 2026 au 31 août 2027
Période de couverture 2	Du 1er septembre 2027 au 31 août 2028
Terminaison	La présente garantie prend fin à la première des éventualités suivantes : 1. lorsque le membre atteint l'âge de quatre-vingt-dix-neuf (99) ans; 2. à la date d'annulation de la présente garantie ou de la police d'assurance.

Couverture

Franchise	Aucune
Guide des tarifs	Guide de l'année en cours de la province de résidence de la personne assurée.
Paiement direct	Oui
Maximum global	600 $ / période de couverture

Soins diagnostics et préventifs

Diagnostic Examens et radiographies	70 % des frais
Prévention Nettoyage et polissage	70 % des frais

SOMMAIRE DES GARANTIES
Assurance frais dentaires

Soins de base

Chirurgie Extractions	70 % des frais
Anesthésie générale Lors d'une chirurgie ou d'un traitement	70 % des frais
Restaurations mineures Obturations (plombages)*	70 % des frais
Périodontie Traitement des gencives	70 % des frais
Endodontie Traitement de canal	70 % des frais

* Les obturations en amalgame (plombages gris) pour les molaires et en composite (plombages blancs) pour les autres dents

IDENTIFICATION DES PARTIES

Administrateur de régime

Organisation responsable de l'administration du présent contrat d'assurance collective ainsi que du paiement des réclamations des garanties d'assurance santé complémentaire et d'assurance frais dentaires. Dans le cadre de ce contrat, l'administrateur de régime est Plan Major inc.

Membre

Le membre est la personne étudiante ou la personne salariée admissible à l'assurance et assurée en vertu de ce contrat.

Personne étudiante

La personne étudiante est une personne membre de l'Association des Étudiantes et Étudiants du Cégep de Granby ou une personne étudiante non-membre de l'association en stage autorisé par l'institution.

Personne salariée

La personne salariée est à l'emploi de l'Association des Étudiantes et Étudiants du Cégep de Granby.

Personne assurée

Le membre et ses personnes à charge lorsque l'assurance est entrée en vigueur selon les conditions de la police.

Assureur

L'assureur est Humania Assurance inc.

CÉGEP

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

IDENTIFICATION DES PARTIES

Personnes à charge

Le conjoint et l'enfant à charge d'un membre qui ont été déclarés à l'assureur et tels que définis ci-après :

Conjoint

La personne

1. qui est mariée avec le membre et cohabite avec lui; ou
2. qui vit maritalement avec le membre depuis au moins douze (12) mois consécutifs; ou immédiatement si un enfant est né de leur union et
    a. est désignée sur le formulaire « Déclaration d'état matrimonial » au titre de conjoint par le membre; et
    b. est publiquement présentée comme son conjoint.

Toutefois, l'annulation du mariage, le divorce ou la séparation entraîne la perte du statut de conjoint.

Enfant à charge

Pour être admissible, l'enfant du membre ou de son conjoint doit être célibataire et sans emploi à plein temps, il doit résider au Canada et doit dépendre du membre 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.

Preneur

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.

DÉFINITIONS

A

Accident

Événement survenant alors que la police est en vigueur, dû à des causes externes, violentes, soudaines, fortuites et indépendantes de la volonté de la personne assurée, soit une chute, un choc, une collision, un coup. Un faux mouvement ou des mouvements répétitifs qui surviennent dans le cadre des activités habituelles du travail ou des activités quotidiennes ne sont pas considérés comme un accident. Si un accident cause une perte qui se manifeste plus de trente-et-un (31) jours après l'accident, cette perte est réputée être le fait d'une maladie.

B

Blessure corporelle

Lésion corporelle résultant directement d'un accident subi par la personne assurée et indépendamment de toute maladie ou autre cause, alors que la police est en vigueur.

C

Coassurance

Pourcentage des frais admissibles assumés par l'assureur.

Chirurgie d'un jour

Chirurgie nécessitant l'intervention d'un anesthésiste.

DÉFINITIONS

D

Date de mise à la retraite

Date à laquelle un membre débute sa retraite selon :

- le régime de retraite auquel il participe; ou
- la convention de travail en vigueur chez l'employeur; ou
- la pratique en usage chez l'employeur.

Délai de carence

Période d'attente, exprimée en nombre de jours, au cours de laquelle aucune indemnité n'est payable, alors que l'adhérent est totalement invalide ou absent du travail dans le cadre d'un congé de compassion. Le délai de carence débute à la date de la première consultation médicale liée à l'invalidité et qui suit le début de ladite invalidité.

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 qui 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 qui pratique activement sa profession au Canada.

E

Éléments naturels

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

DÉFINITIONS

F

Franchise

Partie des frais admissibles que doit assumer la personne assurée avant que l'assureur n'effectue un remboursement. La franchise ne s'applique qu'une fois par année de couverture.

Les frais admissibles assumés par la personne assurée au cours des trois (3) derniers mois d'une année civile et servant à couvrir en partie ou en totalité la franchise de l'année, sont appliqués en réduction de la franchise de l'année suivante.

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 inclus dans les couvertures prévues au Sommaire des garanties; et
- sont des frais raisonnables, ordinaires et habituels; et
- sont recommandés, approuvés ou prescrits par un professionnel de la santé; et
- sont approuvés par l'assureur; et
- excèdent les montants remboursés ou remboursables par tout autre assureur ou régime gouvernemental.

G

Guide des tarifs

Désigne le guide des tarifs et nomenclature des actes bucco dentaires indiqué au Sommaire des garanties. 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.

DÉFINITIONS

H

Hôpital

Tout établissement de soins de courte durée considéré comme un hôpital par les autorités fédérales ou provinciales canadiennes applicables, à l'exclusion de l'unité de soins de longue durée (des lits de cet établissement qui sont utilisés pour les convalescents ou les malades chroniques).

N'est pas considéré comme un hôpital : une clinique, une maison de santé, un centre de désintoxication, un établissement procurant essentiellement des soins de réadaptation ou de garde, même si cet établissement fait partie d'un hôpital ou est associé à un hôpital.

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.

I

Invalidité totale

Pendant la période de vingt-quatre (24) mois qui suit le début de l'invalidité : État du membre résultant d'un accident ou une maladie qui le rend inapte à remplir toutes et chacune des fonctions inhérentes à son occupation et qui, durant cette période, n'occupe pas un autre emploi et est sous les soins et traitements continus et appropriés d'un médecin.

Si l'invalidité persiste au-delà de vingt-quatre (24) mois : État du membre inapte à vaquer à toute occupation ou tout travail rémunérateur pour lequel il est raisonnablement qualifié par sa formation, son éducation et son expérience sans égard à la disponibilité d'emploi, qui n'occupe aucun emploi, sauf dans le cadre d'un programme de rééducation approuvé par l'assureur et est sous les soins et traitements continus et appropriés d'un médecin.

Une invalidité totale, débutant plus de trente et un (31) jours après un accident, est considérée comme résultant d'une maladie.

DÉFINITIONS

J

Jour

Jour calendrier, sauf indication contraire dans la garantie.

M

Maison de convalescence

Institution reconnue comme centre hospitalier de soins prolongés 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, et l'unité de soins prolongés ou de l'unité de soins réservée aux convalescents dans un hôpital.

Médecin

Toute personne légalement autorisée à pratiquer la médecine au Canada, dans la mesure de son doctorat en médecine (M.D.), sans lien de parenté ni d'affaires avec la personne assurée ou le preneur.

Maladie

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

Maximum

Désigne le montant maximal de couverture disponible pour une période déterminée pour chaque assuré, tel qu'indiqué au Sommaire des garanties, après application de la franchise, du ticket modérateur et de la coassurance, s'il y a lieu.

P

Période de modification et de désistement

Est la période prédéterminée par l'association étudiante et l'administrateur de régime pendant laquelle un membre peut apporter des modifications à son régime ou s'en désister. Cette période est communiquée sur le site web de l'administrateur de régime.

DÉFINITIONS

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.

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.

S

Salaire et salaire brut

La rémunération brute régulière du membre, sous quelque forme que ce soit, sauf le paiement de dividende ou le paiement occasionnel de temps supplémentaire, de bonis, d'allocations, de remboursements de dépenses ou tout paiement forfaitaire.

Pour le membre dont le salaire provient en totalité ou en partie de commissions ou de bonis, le salaire signifie la rémunération habituelle moyenne du membre versée par l'employeur, comprenant les commissions et bonis produits sur les formulaires d'impôt T4 et T4A du membre au cours des deux années civiles précédentes. Dans l'éventualité où le membre n'a pas complété deux années de service continu auprès du même employeur, mais au moins une année et plus, une moyenne des salaires sera établie selon la durée de service. Si toutefois le membre compte moins d'une année de service, le salaire désigne la rémunération habituelle du membre, déclaré par l'employeur.

DÉFINITIONS

Salaire net

Le salaire brut du membre diminué des retenues pour impôt fédéral et provincial et des contributions à tout régime gouvernemental de sécurité sociale ou l'estimé de ces retenues et contributions.

T

Ticket modérateur

Montant que doit assumer la personne assurée pour chaque médicament admissible avant l’application de la coassurance.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Adhésion

Personne étudiante

L’adhésion est automatique pour toutes les personnes étudiantes admissibles avec possibilité de retrait pendant la période de modification et de désistement.

Personne salariée

La personne salariée admissible adhère à la police en remplissant le formulaire requis et en justifiant, lorsqu'il s'agit d'une des conditions à l'assurance, de son assurabilité à la satisfaction de l'assureur dans le cas des garanties autres que l'assurance santé complémentaire. La personne salariée doit justifier de cette assurabilité lorsque le formulaire requis parvient à l'assureur plus de trente (30) jours après l'expiration de la période d'attente.

L'adhésion à la garantie d'assurance santé complémentaire est obligatoire pour la personne salariée admissible et ses personnes à charge, à moins qu'une preuve satisfaisante à l'effet qu’elles sont couverts en vertu d'un autre régime d'assurance collective comprenant au moins la couverture d'assurance médicaments prévue par la Loi ne soit remise à l'assureur. Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée aux fins de l'adhésion à la garantie d'assurance santé complémentaire.

Personne à charge de la personne étudiante

Si une personne étudiante désire assurer ses personnes à charge en vertu de ce contrat, elle doit remplir et transmettre à l’administrateur de régime une demande d’assurance à cet effet pendant la période de modification et de désistement.

Admissibilité

Personne étudiante

Une personne étudiante membre de l’Association des Étudiantes et Étudiants du Cégep de Granby et assurée par le régime d’assurance maladie de sa province de résidence.

Nonobstant ce qui précède, les membres de l’Association des Étudiantes et Étudiants du Cégep de Granby qui ne sont ni citoyens, ni résidents canadiens, pourront bénéficier du régime de protection seulement s’ils sont assurés par le régime d’assurance maladie de leur province de résidence ou par un régime privé équivalent.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Personne salariée

Une personne salariée faisant partie des catégories mentionnées au Sommaire des garanties peut adhérer si elle satisfait aux trois (3) conditions suivantes :

- est âgée de moins de soixante-dix (70), sauf dans le cas de l'assurance santé complémentaire et de l'assurance frais dentaires;
- est au service de l'employeur, à titre de personne salariée permanente de l' l'Association des Étudiantes et Étudiants du Cégep de Granby, à condition qu'elle soit effectivement au travail à plein temps, à la date d'entrée en vigueur de son assurance et pour la durée de la police;
- est un travailleur au sens de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Personne à charge

La personne à charge d'un membre devient admissible à l'assurance à la plus éloignée des dates suivantes :

- la date à laquelle le membre dont elle est à charge devient admissible à l'assurance;
- la date à laquelle elle répond à la définition d'une personne à charge en vertu de ce contrat.

Bénéficiaire

Sous réserve des dispositions de la loi, le membre peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de son assurance en faisant parvenir un avis écrit au siège social de l'assureur. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant le membre retournent à ce dernier.

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

La somme assurée payable au décès d'une personne à charge assurée est versée au membre, s'il est vivant. Si le membre est décédé, elle est versée selon les modalités suivantes :

1. advenant le décès du conjoint : aux héritiers légaux du conjoint;
2. advenant le décès d'un enfant à la charge du membre :
    a. au conjoint, s'il est vivant;
    b. sinon aux héritiers légaux de l'enfant à charge.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Cession

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

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.

De plus, advenant toute divergence entre les termes et conditions de la présente police et la Loi sur l'assurance-médicaments du Québec, la loi aura préséance.

Continuité de l'assurance (congé sans solde et mise à pied temporaire)

Sujet au maintien en vigueur de la police, l'assurance de tout membre et de ses personnes à charge peut être maintenue en vigueur à la demande du preneur pendant une période maximale de douze (12) mois, en continuant le paiement des primes. Pour bénéficier de ce privilège, la demande doit être reçue dans les trente (30) jours qui suivent immédiatement le début de la période d'absence.

Contrat

La police, la proposition d'assurance et les demandes d'assurance des membres 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, au lieu d'établissement du preneur.

Demande de prestations et paiement

Toute demande de prestation doit être détaillée à la satisfaction de l'assureur, produite par écrit et envoyée au siège social de l'assureur dans les trois cent soixante-cinq (365) jours. Les frais sont considérés comme engagés à la date à laquelle les services ont été rendus ou les articles ont été fournis.

Advenant la résiliation du contrat, l'assureur n'effectuera aucun versement de prestation pour les demandes reçues au-delà de quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de résiliation du contrat.

Tout paiement est fait en monnaie légale du Canada.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Assurance vie, Assurance maladies graves et Assurance invalidité

Le preneur ou la personne assurée est tenu d'informer par écrit l'assureur du sinistre dans les trente (30) jours suivant la date de l'événement.

Sous réserve de l'obligation d'informer l'assureur de certaines maladies graves, décrit à la clause *Obligation d'informer l'Assureur* le défaut de transmettre la demande de prestation ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de toute prestation, pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, aucune prestation ne sera versée si la demande de prestation, les preuves et les renseignements fournis sont transmis plus d'un an après la date de l'événement donnant lieu à la prestation.

Droit du membre lors d'un transfert d'assureur

Toute personne salariée admissible à l'assurance, qu'elle soit au travail ou en interruption temporaire de travail, maintient les garanties d'assurance et les montants de couverture s'y rattachant qui étaient en vigueur au moment de transfert d'assureur selon les nouvelles dispositions prévues dans la présente police de remplacement.

Le preneur a l'obligation de fournir au nouvel assureur toutes les informations relatives à la couverture de ses membres à la date de transfert d'assureur.

Entrée en vigueur de l'assurance

Personne étudiante

L'assurance de la personne étudiante prend effet à la date d'entrée en vigueur du contrat de l'année scolaire en autant qu'elle rencontre les conditions suivantes :

- être activement aux études;
- être couvert par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence ou par une assurance privée équivalente;
- ne pas s'être désistée lors de la période de modification et de désistement;
- que ses frais de scolarité aient été acquittés en entier. Toute demande de réclamation effectuée après le début de la session en cours, mais avant le paiement des frais de scolarité sera admissible à un remboursement après le paiement des frais de scolarité et à condition que toutes les autres conditions de prise d'effet de l'assurance soient remplies.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Personne salariée

L'assurance d'une personne salariée entre en vigueur :

- dans le cas des garanties pour lesquelles elle n'a pas à justifier de son assurabilité; à la date où la période d'attente indiquée au Sommaire des garanties prend fin, lorsque son formulaire de demande d'assurance collective est reçu par l'assureur avant cette date ou dans les trente (30) jours suivant immédiatement la fin de la période d'attente;
- lorsqu'elle doit justifier de son assurabilité : à la date où l'assureur juge satisfaisante l'assurabilité du membre.

Personnes à charge

L'assurance des personnes à charge entre en vigueur :

- à la même date que celle de l'entrée en vigueur de l'assurance du membre, lorsque l'administrateur de régime a reçu le formulaire concernant les personnes à charge du membre dans les trente (30) jours suivant immédiatement l'entrée en vigueur de l'assurance du membre;
- dans toutes les autres circonstances, à la date où la personne répond à la définition de personne à charge si l'assureur reçoit la demande dans les trente (30) jours suivant immédiatement le jour où cette personne est devenue personne à charge, sinon, à la date de réception par l'assureur, de la demande.

Nonobstant ce qui précède, dans le cas des garanties autres que l'assurance santé complémentaire, l'entrée en vigueur de l'assurance de toute personne à charge hospitalisée au moment de la demande est retardée dans tous les cas à la date où elle reçoit son congé de l'hôpital.

Cependant, l'assurance santé complémentaire d'un nouveau-né, personne à charge du membre, entre en vigueur dès sa naissance, à condition qu'il naisse vivant et viable, et qu'une couverture monoparentale ou familiale soit déjà en vigueur.

En aucun temps, l'assurance d'une personne à charge n'entre en vigueur avant l'entrée en vigueur de l'assurance du membre.

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.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Fausse déclaration et omission

Sous réserve des dispositions de la Loi, toute fausse déclaration ou toute omission de nature à influencer l'appréciation du risque annule l'assurance du membre ou de la personne à charge en cause.

Fin de l'assurance

1. L'assurance du membre 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. quant à une garantie particulière, autre que l'assurance santé complémentaire, à la date où il atteint l'âge de terminaison de la garantie;
    d. à la date du décès du membre;
    e. quant à la garantie Assurance maladies graves, à la date où le montant maximal prévu à la garantie a été payé.

    L'assureur se réserve le droit de terminer l'assurance du membre en cas de non-paiement de la prime dans un délai raisonnable.
2. L'assurance d'une personne à charge cesse à la première des dates suivantes :
    a. à la date où le membre 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;
    g. quant à la garantie Assurance maladies graves des personnes à charges, à la date où le montant maximal prévu à la garantie a été payé.

    L'assureur se réserve le droit de terminer l'assurance des personnes à charge en cas de non-paiement de la prime dans un délai raisonnable.

CONDITIONS GÉNÉRALES

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;

   L'assureur se réserve le droit de terminer la police d'assurance en cas de non-paiement de la prime dans un délai raisonnable.

Grève ou lock-out

Sujet au maintien en vigueur de la police, l'assurance frais médicaux de tout membre et de ses personnes à charge est maintenue en vigueur pendant un minimum de trente (30) jours, à compter de la date d'arrêt de travail dû à une grève ou à un lock-out. Les autres garanties sont suspendues pendant toute la durée de l'arrêt de travail, à moins d'entente écrite entre le preneur et l'assureur.

Montant d'assurance

Au moment de l'adhésion, le montant d'assurance de chacune des garanties pour chaque membre est établi selon la classification du membre. Ce montant varie, soit à la hausse, soit à la baisse selon les modifications apportées par la suite à la classification ou au salaire du membre.

À la suite d'une augmentation du montant d'assurance résultant d'un changement de salaire ou de catégorie, l'assurance supplémentaire en résultant pour chacune des garanties pour le membre concerné entre en vigueur :

1. à la date effective du changement si un avis écrit est un reçu par l'assureur dans les trente (30) jours suivant la date du changement;
2. à la date de réception de l'avis écrit s'il est reçu plus de trente (30) jours suivant la date du changement;
3. à la date où l'assurabilité du membre est jugée satisfaisante par l'assureur, si le membre doit justifier son assurabilité pour répondre aux exigences de la police d'assurance.

En conséquence, toute réclamation fondée sur un événement survenu avant cette entrée en vigueur, sera réglée selon l'assurance en vigueur au moment de l'événement.

À la suite d'une diminution du montant d'assurance résultant d'un changement de salaire ou de catégorie, le montant d'assurance de chacune des garanties affectées par ces changements est ajusté automatiquement à compter de la date du changement.

CONDITIONS GÉNÉRALES

En cas d'invalidité d'un membre ou lorsqu'un membre reçoit des prestations de maternité ou parentales en vertu de la Loi sur l'Assurance-emploi, les montants d'assurance dont il bénéficie demeurent inchangés jusqu'à son retour au travail à plein temps. Toutefois, les conditions de réductions prévues au contrat continuent de s'appliquer.

Normes de participation

La police d'assurance est soumise aux normes de participation suivantes :

- La participation est obligatoire pour les personnes salariées admissibles.
- Pour la garantie d'assurance santé complémentaire, la participation des personnes à charge d'une personne salariée admissible est obligatoire.
- Toutefois, une personne salariée ou une personne à charge admissible peut, moyennant un avis écrit à l'assureur, refuser ou cesser d'adhérer à l'assurance santé complémentaire et l'assurance frais dentaires à condition qu'elle atteste qu'elle est assurée en vertu d'une garantie d'assurance collective comportant des prestations similaires.

Une personne salariée ou une personne à charge qui a refusé ou cessé d'adhérer peut adhérer à ces garanties en établissant à la satisfaction de l'assureur qu'il est devenu impossible de continuer à être assurée en vertu de cette autre garantie.

Obligations du preneur de la police

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

Le preneur doit informer les membres 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. Le membre 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. Notamment, il incombe, et est de la responsabilité du preneur de la police de transmettre à l'assureur les informations et documents en lien avec les adhésions, et les avis de modification des membres admissibles à l'assurance collective ainsi que les renseignements nécessaires pour déterminer la catégorie d'assurance. 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 trois (3) années qui suivent sa cessation.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Obligation d'informer l'Assureur

Si la garantie Assurance maladies graves » a été choisie et acceptée, la personne assurée a l'obligation de divulguer à l'assureur dans les six (6) mois suivants la date du diagnostic, toute l'information médicale se rapportant à un diagnostic, de signes, symptômes ou investigation menant à un diagnostic de :

1. cancer, couvert ou exclu en vertu de la garantie Assurance maladies graves; ou
2. maladie de Parkinson ou des syndromes parkinsoniens atypiques; ou
3. tumeur cérébrale bénigne.

Le défaut de divulguer cette information à l'assureur dans les six (6) mois du diagnostic, accorde à l'assureur le droit de refuser toute demande de prestation pour cancer, maladie grave causée par un cancer ou ses traitements, la maladie de Parkinson, des syndromes parkinsoniens atypiques ou tout autre type de parkinsonisme, ou tumeur cérébrale bénigne.

Résidents de l'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.

Paiement de primes

L'établissement d'enseignement sera responsable de la collection des primes des membres et de les remettre à l'administrateur de régime dans un délai raisonnable.

Preuves d'assurabilité

Sont à la charge du membre, tous les frais encourus pour la préparation et la production des preuves d'assurabilité exigées par l'assureur.

CONDITIONS GÉNÉRALES

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 ou l'administrateur de régime au plus tard trente-et-un (31) jours avant cette date; ou
2. à toute autre date, si :
    a. les prestations ou les catégories de personnes étudiantes admissibles à l'assurance en vertu de ce contrat sont modifiées;
    b. il y a une modification dans la nature, le contenu ou le coût des régimes gouvernementaux.

Remise en vigueur

L'assurance de tout membre, mis à pied temporairement ou en congé autorisé par l'employeur, annulée pendant sa période d'absence, peut être remise en vigueur à la condition que cette période d'absence n'excède pas douze (12), et que la demande à cet effet soit reçue par l'assureur dans les trente (30) jours suivants immédiatement la date du retour au travail.

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 membre lorsque cette approbation était requise n'a pas pour effet de dispenser le preneur ou le membre de l'obligation d'obtenir l'approbation de l'assureur pour toute action semblable subséquente.

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 ou la date d'anniversaire.

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%.

Subrogation et remboursement - responsabilité d'un tiers

Garanties d'assurance santé complémentaire et d'assurance frais dentaires

Lorsque toute somme est versée à la personne assurée en vertu du présent contrat sous les garanties d'assurance santé complémentaire 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 du membre ou sa négligence contributive n'altèrent en rien ses obligations ainsi que les droits de l'assureur sous cette section.

DESCRIPTION DES GARANTIES
Assurance santé complémentaire

Catégorie : Toutes les personnes étudiantes admissibles

Lorsque le membre ou la personne à charge est couvert(e) par la présente garantie, les montants admissibles suivants sont remboursés pour chacune des personnes assurées, sujets à la franchise, à la coassurance et au maximum indiquées au Sommaire des garanties.

Prophylaxie post-exposition (PPE) et interruption de grossesse (IG)

Les dépenses admissibles liées à la prophylaxie post-exposition (PPE) et à l'interruption de grossesse (IG), telles que spécifiées dans le Sommaire des garanties, sont remboursées conformément aux dispositions prévues au contrat.

Prophylaxie post-exposition (PPE)

Pour être admissible, la personne assurée doit :

- avoir obtenu une prescription médicale pour une prophylaxie post-exposition (PPE);
- engager des frais admissibles dans le cadre d'un traitement reconnu;
- fournir les pièces justificatives exigées par l'assureur.

Interruption de grossesse (IG) – frais connexes non médicaux

Seuls les frais raisonnables et nécessaires engagés pour l'accès au service sont admissibles.

La couverture des frais liés à un accompagnateur se limite aux dépenses de transport et d'hébergement jugées raisonnables et nécessaires. Aucun honoraire, perte de revenu, allocation ou compensation financière n'est payable à l'accompagnateur, et les frais de repas ainsi que toute autre dépense personnelle ne sont pas admissibles. Par ailleurs, les frais médicaux liés à l'interruption de grossesse ne sont pas admissibles au remboursement en vertu de la présente couverture.

Pour être admissible, la personne assurée doit :

- être enceinte de moins de douze (12) semaines;
- engager des frais admissibles afin d'accéder à un service d'interruption de grossesse;
- fournir les pièces justificatives requises par l'assureur.

Médicaments inscrits ou non sur la liste des médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Sur ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste et pourvu qu'ils soient fournis par un pharmacien licencié, les frais de médicaments simples ou composés qui ne peuvent être obtenus que

sur prescription d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste sont remboursés, de même que les médicaments mentionnés ici-bas :

- en complément (2e payeur) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), les auto-injecteurs d'épinéphrine (EpiPen), les contraceptifs oraux, les stérilets avec hormones, les injections contraceptives; les anneaux contraceptifs, les timbres contraceptifs, les implants contraceptifs, les antidépresseurs et les neurostimulants;
- les vaccins non couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), excluant les frais d'administration de vaccin.

Frais complémentaires

Hospitalisation (chambre semi-privée)

Les frais de séjour dans un hôpital en chambre semi-privée, au Canada, en excédent des frais payés par tout régime gouvernemental d'assurance.

Soins infirmiers

Les frais pour les soins prodigués à domicile par un infirmier ou un infirmier auxiliaire, membre en règle de sa corporation professionnelle, lorsque ces soins sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant. L'infirmier ne doit pas résider ordinairement dans la maison de la personne assurée ni être parent avec elle.

Ambulance (par voie terrestre et aérienne)

Les frais de transport ambulanciers par voie terrestre à l'hôpital le plus près où la personne assurée peut recevoir les soins appropriés.

Lorsque l'état de santé de la personne assurée le nécessite, et sur prescription du médecin, les frais de transport par voie terrestre pour le retour à domicile.

Les frais de transport aérien si effectué en cas d'urgence, à la condition qu'il n'existe pas d'autres moyens de transport conventionnels.

Services diagnostiques

Sur ordonnance du médecin traitant, sont remboursés les frais des examens indiqués au Sommaire des garanties.

DESCRIPTION DES GARANTIES
Assurance santé complémentaire

Orthèses et prothèses

Les frais engagés ne sont admissibles que pour des articles fabriqués par des laboratoires détenant un permis en vertu d'une loi sur la protection de la santé publique.

Sur ordonnance du médecin traitant, sont remboursés les frais indiqués au Sommaire des garanties :

- Chaussures orthopédiques, excluant les espadrilles et les sandales
- Chaussures ouvertes ou évasées ou droites : modification ou ajustement
- Orthèse et prothèse podiatriques et support plantaire
- Œil artificiel : coût initial seulement pour un même œil à la condition que l'événement causant la perte de l'œil et que l'achat de la prothèse survienne alors que la personne est assurée en vertu de la présente clause.
- Membre artificiel : coût initial seulement pour un même membre à la condition que l'événement causant la perte du membre et que l'achat dudit membre survienne alors que la personne est assurée en vertu de la présente clause.

Fournitures médicales

Sur ordonnance du médecin traitant, sont remboursés les frais indiqués au Sommaire des garanties (achat ou location, à la discrétion de l'assureur).

Ne sont pas couverts : les stéthoscopes, les sphygmomanomètres ou autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels que bains-tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur ou autres appareils de même nature.

Professionnels de la santé

Les honoraires professionnels des spécialistes indiqués au Sommaire des garanties sont remboursés, pourvu qu'ils soient membres en règle de leur corporation ou de leur association professionnelle reconnues par l'assureur.

Soins de la vue

Examen de la vue

Les honoraires pour examen de la vue par un optométriste licencié.

DESCRIPTION DES GARANTIES
Assurance santé complémentaire

Exclusions

Aucun remboursement n'est accordé pour :

1. les médicaments, à l'exception des médicaments indiqués au Sommaire des garanties;
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 la personne assurée, 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 la personne assurée 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 la personne assurée, sauf dans les cas expressément stipulés aux présentes;
8. les frais encourus à la suite de blessure ou de maladie que la personne assurée s'est volontairement infligée, qu'elle soit consciente ou non de ses actes, de même que toute tentative de suicide;
9. les frais encourus à la suite de blessure subie par la personne assurée 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 la personne assurée, de tout véhicule motorisé terrestre ou aquatique, alors qu'elle 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 fabriquant;

10. advenant l'approbation par Santé Canada d'un nouveau médicament pouvant affecter le coût de la garantie de façon importante, l'assureur se réserve le droit d'exclure ledit médicament de la garantie s'il ne fait pas partie de la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de modifier la prime à compter de la date de l'approbation.

Coordination des prestations

Si la personne assurée est couverte 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.

6. 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 du membre 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 le membre;
2. a 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.

Dispositions générales

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

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance frais dentaires

Catégorie : Toutes les personnes étudiantes admissibles

Lorsque la personne assurée est couverte 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'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.

Plan de traitement

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

Le plan de traitement présenté doit être mis à exécution par le dentiste qui l'a d'abord élaboré, au cours des douze (12) mois suivant la date d'approbation de l'assureur, sinon la personne assurée devra présenter un nouveau plan de traitement à l'assureur en vue d'une nouvelle évaluation.

Soins diagnostics et préventifs

Diagnostic

- L'examen complet, une (1) fois par intervalle de trente-six (36) mois consécutifs
- L'examen de rappel, une (1) fois à intervalle de six (6) mois consécutifs
- La série complète de radiographies périapicales et panoramiques, une (1) fois par intervalle de trente-six (36) mois consécutifs
- Les autres radiographies et leur interprétation, une (1) fois à intervalle de six (6) mois consécutifs
- Les consultations en cas d'urgence

Prévention

- Le nettoyage et polissage des dents, une (1) fois à intervalle de six (6) mois consécutifs

DESCRIPTION DES GARANTIES
Assurance frais dentaires

Soins de base

Chirurgie

- Toutes les extractions

Anesthésie générale

- Lors d'une chirurgie buccale
- Lors de traitement de fractures ou de luxations
- Lors d'une chirurgie parodontale

Restauration mineure

- Ablation de carie et pansement sédatif
- Culture / frottis bactériologiques, pour la détermination d'agents pathologiques
- Biopsie
- Coloration des muqueuses buccales à des fins diagnostiques
- Obturations en amalgame pour les molaires et en composite pour les autres dents
- Facette fabriquée au fauteuil une fois par période de soixante (60) mois pour une même dent
- Réparation, le rebasage et le garnissage de prothèses

Périodontie

- Détartrage, deux (2) unités par période de douze (12) mois consécutifs
- Soins des infections aiguës et autres lésions
- Application d'agent désensibilisant
- Chirurgie parodontale
- Curetage gingivale et surfaçage radiculaire
- Jumelages (sauf jumelage avec aileron de type Maryland)
- Ajustement de l'occlusion / équilibrage
- Appareils parodontaux (pour contrôler le bruxisme)

DESCRIPTION DES GARANTIES
Assurance frais dentaires

Endodontie

- Coiffage de pulpe
- Pulpotomie / pulpectomie
- Traitement de canal
- Apexification
- Apectomie
- Obturation rétrograde
- Amputation de racine
- Hémisection
- Réimplantation intentionnelle
- Stabilisateur endodontique intra-osseux
- Traitements d'urgence

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 la personne assurée n'aurait pas eu à assumer si elle n'avait pas été assurée, qu'elle n'est pas tenue de payer ou qu'elle ne serait pas tenue de payer si elle s'était prévalue des dispositions de n'importe quel régime public d'assurance, de mesures de sécurité sociale ou d'un programme gouvernemental auquel elle pouvait être admissible;
6. les actes qui n'apparaissent pas au guide des tarifs indiqué au Sommaire des garanties, ainsi que les frais excédant les tarifs de ce guide;
7. les frais encourus à la suite de blessure ou de maladie que la personne assurée s'est volontairement infligée, qu'elle soit consciente ou non de ses actes, de même que toute tentative de suicide;
8. les frais encourus à la suite de blessure subie par la personne assurée et qui résulte :
    a. de la participation ou tentative de participation à un délit criminel;

b. d'une opération militaire ou alors qu'elle 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 la personne assurée, de tout véhicule motorisé terrestre ou aquatique, alors qu'elle 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 fabriquant.

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 la personne assurée 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 la personne assurée exige ce temps supplémentaire en explication, lorsque le matériel diagnostique provient d'une autre source, pour consultation avec la personne assurée ou pour consultation avec un autre dentiste;
14. les services rendus par un parent ou un ami de la personne assurée.

Limitations

Lorsque, pour le traitement choisi, la technique de restauration appliquée ou le matériau utilisé excède la norme habituelle, les frais supplémentaires ainsi occasionnés sont à la charge de la personne assurée.

De plus, s'il existe plus d'un type de traitements pour la condition dentaire de la personne assurée, l'assureur remboursera les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher.

DESCRIPTION DES GARANTIES
Assurance frais dentaires

Coordination des prestations

Si la personne assurée est couverte 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 que membre 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.
6. 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 du membre 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 par le membre;
2. la date à laquelle l'assurance frais dentaires des personnes à charge aurait pris fin;
3. la date de résiliation de la présente garantie ou de la police d'assurance.

Dispositions générales

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

AVIS

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, Humania Assurance Inc., constituera un dossier d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute réclamation d'assurance.

Seuls les employés ou mandataires responsables de la souscription, des enquêtes et des réclamations ainsi que toute autre personne que vous aurez autorisée, auront accès à ce dossier.

Votre dossier sera détenu dans nos bureaux du siège social.

Vous avez droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante :

Responsable de l'accès à l'information

Humania Assurance Inc.

1555, rue Girouard Ouest

Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6