CONTRAT

Association générale étudiante du Cégep de Drummonville (AGECD)

Classe 01 - Tous les personnes étudiantes régulières admissibles
Classe 02 – Tous les personnes étudiantes en formation continue admissibles

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie s'engage à verser les prestations prévues aux termes de cette police, sous réserve des conditions qui y sont stipulées.

Cette police est établie en considération de la proposition signée par l'association preneuse et du paiement des primes dont il y est fait mention.

NUMÉRO DE POLICE	:	**68476**
NUMÉRO DE GROUPE - PLAN MAJOR		**56608**
ASSOCIATION PRENEUSE	:	**Association générale étudiante du Cégep de Drummondville (AGECD)**
FILIALE, ENTREPRISE AFFILIÉE OU SUCCURSALE DE L'ASSOCIATION PRENEUSE	:	**Association générale étudiante du Cégep de Drummondville (AGECD)**
GARANTIES	:	**Assurance pour maladies graves** **Assurance-maladie** **Assurance dentaire**
DATE EFFECTIVE DE LA POLICE	:	**le 1 septembre 2022**
DATE DE PRISE D'EFFET DE CE CONTRAT	:	**le 1 septembre 2026**
DATE DU PROCHAIN RENOUVELLEMENT	:	**le 1 septembre 2028**

Ce contrat, qui couvre la période du 1er septembre 2026 au 31 août 2028, est établie à Moncton, au Nouveau-Brunswick, le

Sébastien Dupuis — Président et Chef de la Direction

Le 20 août 2026 — Date

Table des matières

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Définitions A–1
2. Teneur du contrat A–3
3. Modification du contrat A–3
4. Admissibilité A–4
5. Demande d'assurance A–4
6. Prise d'effet de l'assurance A–5
7. Droits de la personne assurée lors de la prise d'effet d'une garantie A–5
8. Cessation de l'assurance A–5
9. Cessation du contrat A–6
10. Primes A–6
11. Délais de Grâce A–7
12. Renouvellement A–7
13. Certificat A–7
14. Administration par la personne prenante A–7
15. Délai de prescription A–8
16. Renonciation A–8
17. Incontestabilité A–8
18. Recouvrement A–8
19. Exigences médicales A–9
20. Cession ou gage A–9
21. Numéraire A–9
22. Subrogation et remboursement – Responsabilité d'un tiers A–9
23. Dispositions générales A–9

ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

1. Portée et prestations F–1
2. Maladies graves admissibles F–1
3. Définitions supplémentaires F–8
4. Période moratoire d'exclusion pour le cancer et la tumeur cérébrale bénigne F–9
5. Augmentation du montant de la couverture F–9
6. Devoir de la personne assurée de divulguer un cancer F–9
7. Autres exclusions F–10
8. Période de survie F–11
9. Résiliation F–11
10. Bénéficiaire F–11
11. Avis et preuve de réclamation F–11
12. Autopsie F–12
13. Versement des prestations F–12
14. Appel d'une décision F–12
15. Situation de l'impôt sur le revenu F–12

ASSURANCE MALADIE

1. Objet de la garantie I–1
2. Définitions I–1
3. Conditions et admissibilité I–3
4. Frais admissibles I–3
5. Coordination des prestations I–7
6. Cessation, limitations et exclusions I–8
7 Modalités d'application de la franchise I–9
8. Avis et preuve de réclamation I–10
9. Prestations aux survivants et survivantes I–10

ASSURANCE DENTAIRE

1. Objet de la garantie K–1
2. Définitions K–1
3. Frais admissibles K–3
4. Coordination des prestations K–5
5. Cessation, limitations et exclusions K–6
6. Modalités d'application de la franchise K–8
7. Évaluation préalable K–8
8. Avis et preuve de réclamation K–9
9. Prestations aux survivants et survivantes K–9

SOMMAIRE DES GARANTIES

CATÉGORIE

Description	01	Toutes les personnes étudiantes admissibles
	02	Toutes les personnes étudiantes formation continue admissibles

Toutes les personnes étudiantes qui ne se seront pas désistées pendant la période prévue à cet effet seront admissibles à ce régime d'assurance.

1. ASSURANCE EN CAS DE MALADIES GRAVES

ASSURANCE EN CAS DE MALADIES GRAVES POUR LA PERSONNE ÉTUDIANTE

Catégorie	01, 02
Montant d'assurance pour maladies graves	2 500 $
Montant maximal d'assurance	2 500 $
Une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur sera nécessaire pour les montants qui excèdent	2 500 $

Cette garantie à l'égard d'une personne étudiante cesse à la première des éventualités suivantes :

a) Au 65e anniversaire de naissance de la personne étudiante;
b) À la date à laquelle la personne étudiante n'est plus éligible pour la couverture;
c) À la date de cessation de l'assurance.

2. ASSURANCE-MALADIE

Frais hospitaliers

Coassurance : 100 %

Frais d'une chambre à deux lits (semi-privée)
Paiement direct à l'hôpital
Jusqu'à concurrence de 30 $ par jour (maximum de 7 jours consécutifs) jusqu'à un maximum de 250 $ par période de couverture pour la classe 01 et par période de 12 mois consécutifs pour la classe 02.

Frais complémentaires

Coassurance : 70 %
Remboursement sur les frais admissibles

- Ambulance jusqu'à un maximum de 400 $ par personne assurée par période de couverture pour la classe 01 et par période de 12 mois consécutifs pour la classe 02. Les frais d'une ambulance autorisée par voie terrestre ou aérienne en cas d'urgence médicale à destination de l'hôpital le plus proche.

Coassurance : 60 %
Remboursement sur les frais admissibles

- Location et achat de béquilles, chaise roulante non motorisée jusqu'à un maximum de 200 $ par personne assurée par période de couverture pour la classe 01 et par période de 12 mois consécutifs pour la classe 02. **Recommandation médicale requise**.
- Les radiographies et les échographies en clinique privées, jusqu'à un maximum de 100 $ par personne assurée par période de couverture pour la classe 01 et par période de 12 mois consécutifs pour la classe 02. Les échographies pour maternités sont couvertes.
- Les tests et analyses sanguines pour fin de diagnostic et les bilans de santé, jusqu'à un maximum de 100 $ par personne assurée par période de couverture pour la classe 01 et par période de 12 mois consécutifs pour la classe 02.

Les frais d'hospitalisation et les frais complémentaires sont sujets à un maximum global combiné de 400 $ par période de couverture pour la classe 01 et par période de 12 mois consécutifs pour la classe 02.

Autres frais complémentaires

Coassurance : 70 %
Remboursement sur les frais admissibles

- Les frais connexes d'accès non médicaux pour une **interruption volontaire et involontaire de grossesse (IVG)**, jusqu'à concurrence de 400 $ par personne assurée par année civile.

Coassurance : 100 %
Remboursement sur les frais admissibles

- Frais pour **cure de désintoxication fermée** dans un établissement reconnu par le gouvernement du Québec, maximum de 30 $ par jour jusqu'à un maximum à vie de 1 000 $.

Frais médicaments

Coassurance : 70 %
Remboursement sur les frais admissibles

Médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ - Régime de base : Non couverts

Items additionnels couverts :

- Antidépresseur, inscrits et non-inscrits sur la liste de la RAMQ. (Assomption Vie 2e payeur) **
- Contraceptifs oraux, stérilets avec hormones, injections contraceptives, anneaux contraceptifs, timbres contraceptifs, implants contraceptifs, inscrits et non-inscrits sur la liste de la RAMQ, (Assomption Vie 2e payeur) **
- Neurostimulants, inscrits et non-inscrits sur la liste de la RAMQ, (Assomption Vie 2e payeur) **
- Vaccins non-couverts par la RAMQ ou tout autre régime provincial (excluant les frais d'administration et les injections contre les allergies), jusqu'à un maximum de 100 $ par personne assurée par période de couverture pour la classe 01 et par période de 12 mois consécutifs pour la classe 02.

** Substitution générique obligatoire

- Une prophylaxie post-exposition (PPE) visant la prévention de l'infection par le VIH, jusqu'à concurrence de 500 $ par personne assurée par année civil. (Assomption Vie 2e payeur).

Les médicaments, excluant prophylaxie post-exposition (PPE), sont sujets à un maximum global de 500 $ par période de couverture pour la classe 01 et par 12 mois consécutifs pour la classe 02.

Frais paramédicaux

Coassurance : 70 %

Services paramédicaux rendu par un acupuncteur ou une acupunctrice, un chiropracticien ou une chiropraticienne, un ou une ergothérapeute, un ou une massothérapeute, un ou une kinésiologue, un ou une podiatre, un ou une physiothérapeute, jusqu'à un maximum de 500 $ par praticien par personne assurée par période de couverture pour la classe 01 et par période de 12 mois consécutifs pour la classe 02.

Coassurance : 60 %

Services paramédicaux rendu par un ou une psychologue, un ou une psychothérapeute, un ou une sexologue, un travailleur social ou une travailleuse sociale, jusqu'à un maximum combiné de 200 $ par personne assurée par période de couverture pour la classe 01 et par période de 12 mois consécutifs pour la classe 02.

Les frais de radiographie paramédicales, si applicables, sont inclus dans le montant maximum des frais pour services paramédicaux.

Les frais de test psychométriques, incluant les tests pour TDAH, effectués par un ou une psychologue autorisé.e ou un ou une médecin autorisé.e jusqu'à un maximum de 200 $ par période de 36 mois consécutifs.

Soins de la vue

Catégorie	01, 02
Coassurance	100 %
Frais d'examen de la vue par période de 12 mois consécutifs	35 $
Frais pour lunettes ou pour lentilles cornéennes par 24 mois consécutifs	100 $

Cette garantie à l'égard d'une personne étudiante cesse à la première des éventualités suivantes :

a) Au 99e anniversaire de naissance de la personne assurée;
b) À la date à laquelle la personne assurée n'est plus éligible pour la couverture;
c) À la date de cessation de l'assurance.

Frais d'affirmation de genre

Coassurance : 100 %

Les services et procédures d'affirmation de genre admissibles sont couverts jusqu'à un maximum global de 10 000 $ à vie par personne étudiante ou personne à charge. Les interventions médicales suivantes sont sujettes au maximum individuel indiqué ci-après et sont incluses dans le maximum global de la couverture :

- Thérapie de voix pour l'affirmation de genre : Maximum de 1 000 $ à vie.
- Épilation définitive (laser ou électrolyse) : Maximum de 1 000 $ à vie.
- Les hébergements de voyage : Maximum de 1 000 $ à vie.
- Les médicaments pour l'hormonothérapie couverts par le régime public d'assurance médicaments du Québec : Maximum de 1 000 $ par période de couverture.

Tout autre service ou procédure admissible en vertu de cette couverture est sujet à un maximum de 1 000 $ à vie par personne étudiante ou personne à charge jusqu'à un maximum global de 4 000 $ à vie par personne étudiante ou personne à charge.

Les hébergements de voyage seront uniquement couverts par l'assureur si l'intervention médicale admissible d'affirmation de genre n'est pas disponible dans la province/territoire de résidence de la personne étudiante ou de la personne à charge.

L'assureur reconnaît que les dépenses admissibles en vertu de la prestation d'affirmation de genre sont médicalement nécessaires pour ceux qui répondent aux critères d'admissibilité.

Cette garantie à l'égard d'une personne étudiante cesse à la première des éventualités suivantes :

a) Au 99e anniversaire de naissance de la personne assurée;
b) À la date à laquelle la personne assurée n'est plus éligible pour la couverture;
c) À la date de cessation de l'assurance.

3. ASSURANCE DENTAIRE

Franchise :	
Individuelle	0 $
Familiale	0 $
PARTIE I A – Soins diagnostics et préventifs	
- Diagnostic et prévention	70 %
- Examen de rappel	70 %
PARTIE I B – Soins de base	
- Restauration mineure	70 %
- Chirurgie buccale	70 %
- Endodontie	70.%
- Périodontie	70.%
PARTIE II – Soins Majeurs	
- Couronnes	s.o.
PARTIE III – Prothèses	s.o.
PARTIE IV Orthodontie (pour enfants de moins de 21 ans)	s.o.
ASSURANCE ACCIDENT DENTAIRE	s.o.
Montant maximal de prestations par personne assurée Maximum global par période de couverture pour la classe 01 Maximum global par période de 12 mois consécutifs pour la classe 02	600 $
Frais pour partie IV à vie	s.o.

Le guide de tarifs dentaires applicable est le guide courant utilisé dans la province de résidence de la personne étudiante. S'il n'y a aucun guide applicable, le guide utilisé est celui du Nouveau-Brunswick.

Cette garantie à l'égard d'une personne assurée cesse à la première des éventualités suivantes :

a) Au 99^{e} anniversaire de naissance de la personne assurée;
b) À la date à laquelle la personne assurée n'est plus éligible pour la couverture;
c) À la date de cessation de l'assurance.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. DÉFINITIONS

Aux fins de la présente :

L'**accident** est un événement soudain, inattendu et imprévisible causant 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.

L'**association preneuse** est celle désignée comme tel dans la proposition d'assurance collective. Elle constitue avec l'assureur, l'une des deux parties à ce contrat.

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

L'**assureur** est Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie.

Les **frais habituels, raisonnables et coutumiers** sont les frais standards ou les plus communément exigés pour un service de soin de santé particulier rendu dans une zone géographique particulière. Ces frais sont souvent utilisés par les régimes d'assurance maladie provinciaux pour déterminer les montants admissibles à un remboursement. Les fournisseurs de niveau similaire dans la région géographique où les frais ont été engagés pour un traitement, un service ou des fournitures comparables pour une urgence médicale semblable.

Les frais habituels, raisonnables et coutumiers sont divisés en trois parties :

1) les « frais habituels » sont les frais qu'un ou une spécialiste de la santé facture normalement pour une procédure ou un service médical quelconque ;
2) les « frais raisonnables » sont les frais qu'un ou une spécialiste de la santé peut facturer pour un service ou une procédure en raison de complications ou de circonstances inhabituelles ; et
3) les « frais coutumiers » sont les frais que l'assureur est prêt à payer pour une procédure ou un service quelconque.

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 :

a) Pour une durée d'au moins 18 heures pour des soins médicaux urgents; ou
b) 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 personnes âgées, 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 ou une médecin. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie, sauf en cas de complications pathologiques.

Le ou la **médecin** est une personne pratiquant la médecine ayant obtenu un doctorat en médecine et étant membre de la Corporation professionnelle des médecins dans la province ou l'état où il ou elle pratique.

Le **numéro de police** est celui utilisé par l'assureur pour désigner la police qui fut émise.

Le **numéro de groupe – Plan Major** est celui utilisé pour le traitement des réclamations dans le système administratif désigné par Plan Major. Si ce numéro de référence devient nul, ceci ne constitue aucunement la renonciation à toute autre clause ou condition de ce document.

La **période de modifications et de désistement** est la période prédéterminée par l'association étudiante et Plan Major pendant laquelle la personne assurée peut apporter des modifications à son régime ou s'en désister. Les dates exactes de cette période sont communiquées sur le site internet de Plan Major. Chaque personne assurée possède une période de modification et de désistement par période de couverture pendant laquelle elle peut exercer son droit de retrait.

La **période de couverture** est l'année académique en cours tel qu'indiqué au sommaire des garanties.

La **personne à charge** de la personne assurée est définie comme suit :

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

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

    2) Soit par le fait d'une union civile non dissoute par le divorce, l'annulation ou la cessation de la cohabitation permanente avec la personne étudiante depuis plus d'un an ;

    3) Soit par le fait que cette personne réside en permanence depuis plus d'un an avec la personne étudiante, cette dernière la présentant publiquement comme étant son conjoint ou sa conjointe.

b) Un **enfant** célibataire, légitime, naturel ou adoptif de la personne assurée, de la conjointe ou du conjoint (comme défini à l'article a)) ou des deux, qui dépend de la personne assurée pour son soutien et qui :

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

    2) Est âgé de moins de 21 ans et ne travaille pas plus de 20 heures par semaine, à moins d'être une personne étudiante à temps plein ;

    3) Est âgé de 21 ans ou plus mais de moins de 26 ans s'il étudie régulièrement de jour, à temps plein, dans une institution d'enseignement reconnue ; ou

4) 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 défini précédemment et doit rendre cette personne totalement incapable d'exercer un emploi rémunérateur.

La **personne assurée** est, selon le cas, la personne étudiante résidant au Canada, admissible à l'assurance et assurée en vertu de ce contrat, ou l'une de ses personnes à charge.

La personne étudiante est une personne membre de l'Association générale étudiante du Cégep de Drummondville.

Personne saine d'esprit ou non comprennent les situations où la personne assurée est sous l'influence de stupéfiants, de drogue, de médicaments ou d'alcool ou souffre de tout trouble psychologique ou nerveux qui empêche la personne assurée de formuler une intention.

Spécialiste de la santé signifie une personne autorisée à pratiquer la médecine, qui agit dans les limites du permis d'exercice et qui a terminé des études supérieures et une formation clinique dans un domaine précis de la médecine. Seul un ou une médecin autorisée qui pratique au Canada entre dans cette définition. Sont exclus la personne assurée, une personne qui vit avec la personne assurée ou la personne qui est son conjoint ou sa conjointe, l'enfant, le parent, le frère ou la sœur de la personne assurée ou de son conjoint ou de sa conjointe.

Un **véhicule** est un engin à propulsion qui est destiné au transport ou à la manutention de personnes, d'objets ou de marchandises. Un véhicule peut, entre autres, désigner, sans limiter la portée de ce qui précède, une automobile, une mobylette, un bateau, une motomarine, une motoneige, un tracteur, un avion, ou un véhicule récréatif.

2. TENEUR DU CONTRAT

Cette police, la proposition d'assurance collective de l'association preneuse, le sommaire des garanties, les avenants et les annexes joints, de même que les preuves d'assurabilité et les demandes d'adhésion des personnes étudiantes 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.

3. MODIFICATION AU CONTRAT

Ce contrat peut être modifié à la demande écrite de l'association preneuse, mais elle doit y consentir par écrit. Cet écrit doit être approuvé par une personne signataire autorisée de l'assureur.

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

4. ADMISSIBILITÉ

a) Personne étudiante

Une personne étudiante assurée par la RAMQ, ou l'équivalent de tout autre programme d'assurance maladie d'une autre province.

Nonobstant ce qui précède, les personnes étudiantes qui ne sont ni citoyennes, ni résidentes canadiennes, pourront bénéficier du régime de protection seulement si elles bénéficient d'une protection privée équivalente ou du régime d'assurance maladie du Québec.

b) Personnes à charge

Les personnes à charge d'une personne étudiante deviennent admissibles à l'assurance à la plus éloignée des dates suivantes :

1) La date à laquelle la personne étudiante dont elles sont à charge devient admissible à l'assurance ;

2) La date à laquelle elles répondent à la définition d'une personne à charge en vertu de ce contrat.

5. DEMANDE D'ASSURANCE

a) Personne étudiante

L'adhésion est automatique pour toutes les personnes étudiantes admissibles avec possibilité de retrait pendant la période de modifications et de désistement. Chaque personne étudiante bénéficie d'une seule période de modifications et de désistement par session durant laquelle elle peut exercer son droit de retrait.

b) Personne à charge

Si une personne étudiante désire assurer ses personnes à charge en vertu de ce contrat, elle doit remplir et transmettre à Plan Major une demande d'assurance à cet effet pendant la période de modifications et de désistement.

Si la personne à charge est plus âgée que l'âge spécifié dans la définition d'enfant et est aux études à temps plein de jour dans une institution d'enseignement reconnue, des pièces justificatives à cet effet doivent être transmises à l'assureur annuellement ou à toute autre fréquence requise par l'assureur.

Pour une personne à charge qui, 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, la personne assurée doit fournir une documentation justificative jugée suffisante par l'assureur.

6. PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

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

a) Elle est activement aux études ;

b) Elle est couverte par le régime d’assurance-maladie de sa province de résidence, ou une assurance privée équivalente ;

c) Elle ne s’est pas désistée lors de la période de modifications et de désistement ;

d) Elle a acquitté ses frais de scolarité en entier. Toutes demandes de réclamations effectuées après le début de la session en cours mais avant le paiement des frais de scolarité sera éligible à un remboursement à la suite du paiement des frais de scolarité, à condition que la personne étudiante réponde aux autres conditions de prise d’effet de l’assurance.

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

L'assureur avise alors par écrit l’association preneuse de son acceptation ou de son refus d'accorder la garantie ou partie de garantie d'assurance demandée. L’association preneuse, aussitôt qu'elle est avisée de la décision de l'assureur, doit transmettre celle-ci par écrit, sans délai, à la personne étudiante concernée.

7. DROITS DE LA PERSONNE ASSURÉE 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, la personne assurée et ses personnes à charge, s’il y a lieu, en vertu de l'ancienne garantie sont assurées, de plein droit, par la nouvelle garantie, à compter de la date de cessation de l'ancienne, si :

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

8. CESSATION DE L'ASSURANCE

L'assurance d’une personne assurée 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 l'association preneuse en vertu de ce contrat ;

c) La date de réception chez l'assureur d'un avis écrit de l'association preneuse à cet effet ou à toute date ultérieure mentionnée dans ledit avis ;

d) Le jour où elle fait de fausses représentations à l'assureur ou le jour où elle commet un acte frauduleux à l'égard de l'assureur ;

e) Le jour où elle ne répond plus aux critères d'admissibilité du contrat ; ou

f) La date de terminaison indiquée au sommaire des garanties pour les garanties visées.

9. CESSATION DU CONTRAT

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

a) Sur avis écrit de l'association preneuse à l'assureur, à la plus éloignée des dates suivantes :

1) La date indiquée dans l'avis ;

2) La date de réception de l'avis chez l'assureur.

b) Sur avis écrit d'au moins 31 jours de l'assureur à l'association preneuse, le jour précédant la date de renouvellement de ce contrat ;

c) Sur avis écrit d'au moins 31 jours l'assureur à l'association preneuse, le jour précédant l'anniversaire de la période contractuelle, soit chaque 12 mois de la date de prise d'effet de ce contrat ;

d) Sur avis écrit de l'assureur à l'association preneuse, le jour indiqué dans cet avis si, de l'opinion de l'assureur, l'association preneuse 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 ;

Le dernier jour du délai de grâce, si la prime exigible en vertu de ce contrat n'a pas été payée par l'association preneuse. L'association preneuse doit toutefois payer à l'assureur la prime due pour la période du délai de grâce.

10. PRIMES

a) Modification des taux de 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 l'association preneuse au plus tard 31 jours avant cette date ; ou,

2) À toute autre date, si :

- Les prestations ou les catégories de personnes étudiantes admissibles à l'assurance en vertu de ce contrat sont modifiées ;

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

b) Mode de paiement des primes

L'association preneuse sera responsable de la collection des primes des personnes étudiantes. Les primes sont payables à l'avance par l'association preneuse à l'assureur.

11. DÉLAIS DE GRÂCE

Pour le paiement de chaque prime, l'association preneuse du contrat doit remettre la prime à Plan Major du régime ou à l'assureur dans un délai de 30 jours à la suite de la réception de la prime de la personne étudiante.

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'assureur transmis à l'association preneuse 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 des garanties, 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. CERTIFICAT

Plan Major doit remettre à l'association preneuse des certificats d'assurance que cette dernière doit distribuer aux personnes assurées.

Le certificat n'est pas une partie constituante du contrat. En cas de conflit entre les dispositions du certificat et celles du contrat, ces dernières prévalent.

14. ADMINISTRATION PAR LA PERSONNE PRENANTE

Aux fins d'administration de ce contrat, l'association preneuse est le mandataire des personnes étudiantes, sauf quant aux droits et aux obligations qui leur sont attribués personnellement.

L'association preneuse doit informer les personnes étudiantes 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. La personne assurée et la personne bénéficiaire ont le droit de consulter le contrat d'assurance chez l'association preneuse et d'en prendre copie.

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

Personnes résidentes de l’Ontario seulement :

- Si une désignation de bénéficiaire est faite par la personne assurée avec l’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.

15. DÉLAIS DE PRESCRIPTION

Toute action ou procédure contre l'assureur pour le recouvrement des sommes d'assurance payables en vertu du présent contrat est absolument prescrite, à moins qu'elle n'ait été entamée dans les délais prévus par la *Loi sur les assurances* applicable (en Colombie-Britannique, en Alberta et au Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (en Ontario) ou toute autre législation applicable (dans toutes les autres provinces et territoires).

16. 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 de l’association preneuse ou de la personne assurée lorsque cette approbation était requise n'a pas pour effet de dispenser l’association preneuse ou la personne assurée de l'obligation d'obtenir l'approbation de l'assureur pour toute action semblable subséquente.

17. 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.

18. RECOUVREMENT

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

19. EXIGENCES MÉDICALES

L'assureur se réserve le droit de demander à une personne assurée ou ses personnes à charge, en tout temps et à son entière discrétion, de fournir une ou plusieurs attestations médicales spécifiques.

L'assureur se réserve de plus le droit de demander à une personne assurée ou ses personnes à charge, en tout temps et à son entière discrétion, de se soumettre à un ou plusieurs examens médicaux effectués par tout médecin ou tout dentiste désigné par l'assureur ou à une ou plusieurs évaluations ou examens effectués par tout spécialiste de la santé.

20. CESSION OU GAGE

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

21. NUMÉRAIRE

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

22. SUBROGATION ET REMBOURSEMENT - RESPONSABILITÉ D'UN TIERS

a) Garantie assurance maladie et dentaire

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

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

23. 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 EN CAS DE MALADIE GRAVE

1. PORTÉE ET PRESTATIONS

Dans la mesure où la présente assurance est en vigueur au moment du diagnostic de la maladie grave d'une personne assurée et sous réserve de toutes les conditions, exclusions et restrictions énoncées ci-après, l'assureur versera à la personne assurée des prestations d'un montant égal à celui de l'assurance précisé au sommaire des garanties.

Pour que les prestations soient versées à la personne assurée, la réclamation doit avoir été soumise et approuvée du vivant de la personne assurée diagnostiquée. Si la réclamation est soumise ou approuvée après le décès de la personne assurée diagnostiquée, les prestations payables seront versées à la succession de la personne assurée.

2. LES MALADIES GRAVES ADMISSIBLES SONT LES SUIVANTES :

Accident vasculaire cérébral

Description : **Accident vasculaire cérébral** signifie le diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne ou encore par des embolies de source extracrânienne, accompagné :

1) De l'apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques ; et
2) De nouveaux déficits neurologiques objectifs décelés lors d'un examen clinique; qui persistent dans les deux cas pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par un test d'imagerie diagnostique.

Exclusion : Cependant, les accidents cérébrovasculaires (accident vasculaire cérébral) ne comprennent pas les attaques ischémiques transitoires, un événement vasculaire intracérébral dû à un traumatisme ou lacunaires infarctus qui ne répondent pas à la définition de l'AVC (accident vasculaire cérébral) comme défini ci-dessus.

Anémie aplastique

Description : **Anémie aplastique** signifie le diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

1) Stimulation de la moelle osseuse ;
2) Immunosuppresseurs ;
3) Greffe de moelle osseuse.

Brûlure grave

Description : **Brûlure grave** signifie le diagnostic définitif de brûlure au troisième degré sur au moins 20 % de la surface corporelle.

Cancer

Description : **Cancer (constituant un danger de mort)** signifie le diagnostic définitif d'une tumeur caractérisé par la prolifération incontrôlée et la propagation de cellules malignes ainsi que par l'invasion des tissus.

Exclusion : Cette définition du cancer exclut toutefois les affections suivantes :

1) Carcinome *in situ* ;
2) Mélanome malin au stade 1A (mélanome d'épaisseur inférieure ou égale à 1 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V) ;
3) Tout cancer de la peau autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases ;
4) Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Le diagnostic de cancer constituant un danger de mort est assujetti à la période moratoire d'exclusion.

Cécité

Description : **Cécité** signifie le diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux à la suite à une maladie, attestée par :

1. Une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux, ou
2. Un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Chirurgie de l'aorte

Description : **Chirurgie de l'aorte** signifie une intervention chirurgicale pour remédier à une affection de l'aorte nécessitant le remplacement chirurgical de l'artère affectée au moyen d'un greffon. On entend par « aorte » l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

Coma

Description : **Coma** signifie le diagnostic définitif d'un état d'inconscience dans lequel on n'observe aucune réaction aux stimuli externes ni aux besoins internes chez la personne soignée pendant une période ininterrompue d'au moins 96 heures pendant laquelle le score de Glasgow doit être de 4 ou moins.

Exclusion : Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette maladie grave pour :

1) Un coma artificiel ;
2) Un coma découlant directement de la consommation d'alcool ou de drogues ;
3) Un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque

Description : **Crise cardiaque** signifie le diagnostic définitif d'une nécrose du muscle cardiaque attribuable à l'obstruction de la circulation sanguine qui entraîne une élévation et une chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnée d'au moins un des éléments suivants :

1) Des symptômes de crise cardiaque ;
2) De nouveaux changements à l'électrocardiogramme (ECG) correspondant à une crise cardiaque ;
3) L'apparition de nouvelles modifications au tracé de l'onde Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, compris notamment une coronarographie et une angioplastie coronaire.

Exclusions : Une crise cardiaque ne comprend pas les éléments suivants qui sont expressément exclus :

1) Une élévation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, y compris notamment une coronarographie et une angioplastie coronaire, en l'absence de nouvelles modifications au tracé de l'onde Q ;
2) Des modifications à l'ECG évoquant la survenue antérieure d'un infarctus du myocarde, ce qui ne correspond pas à la définition de crise cardiaque donnée ci-dessus.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer

Description : **Démence, y compris maladie d'Alzheimer** signifie un diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes:

1) Aphasie (un trouble de la parole) ;
2) Apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes) ;
3) Agnosie (difficulté à reconnaître des objets) ;
4) Perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

Exigences : La personne assurée doit présenter :

1) Une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical ; et
2) Des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois. Le diagnostic de démence doit être posé par un ou une spécialiste de la santé.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable pour cette maladie grave pour des troubles affectifs, schizophréniques ou le délire.

Greffe d'un organe vital

Description : **Greffe d'un organe vital** signifie le diagnostic définitif d'une défaillance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse nécessitant impérativement une greffe.

Exigences : Pour être admissible comme personne malade ayant subi la greffe d'un organe important, la personne assurée doit avoir reçu, dans le cadre d'une intervention de transplantation, un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

Infection à VIH contractée au travail

Description : **Infection à VIH contractée au travail** signifie un diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il exerçait sa profession habituelle. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est ultérieure.

La prestation exigible au titre de la définition du terme « infection à VIH contractée au travail » ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

1) La blessure accidentelle doit être signalée à l'assureur dans les 14 jours suivant cette blessure ;

2) Une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif ;

3) Tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis ;

4) La blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail.

Le diagnostic d'infection à VIH contractée au travail doit être posé par un ou une spécialiste de la santé.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « infection à VIH contractée au travail » dans les cas suivants :

1) La personne assurée a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH ;

2) Un traitement approuvé contre l'infection à VIH était disponible avant la blessure accidentelle ;
3) L'infection à VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.

Insuffisance rénale

Description : **Insuffisance rénale** signifie le diagnostic définitif d'une défaillance chronique irréversible des deux reins, à la suite de quoi est mis en œuvre un traitement d'hémodialyse régulier ou de dialyse péritonéale ou encore un processus de greffe de rein.

Insuffisance d'un organe vital sur liste d'attente

Description : **Insuffisance d'un organe vital sur liste d'attente** signifie le diagnostic définitif d'une défaillance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse nécessitant impérativement une greffe.

Exigences : Pour se qualifier en vertu de la clause Insuffisance d'un organe vital sur liste d'attente, la personne assurée doit être inscrite comme receveur dans un centre de transplantation reconnu du Canada ou des États-Unis- où l'on effectue le type de greffe requis.

Pour les besoins de la période de survie, la date du diagnostic est la date d'inscription de la personne assurée au centre de transplantation.

Maladie de Parkinson

Description : **Maladie de Parkinson** signifie le diagnostic définitif de maladie de Parkinson primitive idiopathique, caractérisée par au moins deux des manifestations cliniques suivantes : rigidité musculaire, tremblements ou bradykinésie (lenteur anormale des mouvements, ralentissement des réactions physiques et mentales).

Exigences : Pour être admissible comme personne atteinte de la maladie de Parkinson, de la personne assurée doit avoir besoin d'une assistance considérable de la part d'un autre adulte pour effectuer au moins deux de ses activités de la vie quotidienne.

Exclusion : Aucune prestation ne sera versée aux termes de cette assurance pour tout autre type de parkinsonisme.

Maladie du motoneurone

Description : **Maladie du motoneurone** signifie le diagnostic définitif de l'une des affections suivantes exclusivement : la sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), la sclérose latérale primitive, l'amyotrophie spinale progressive, la paralysie bulbaire progressive et la paralysie pseudo-bulbaire.

Méningite purulente

Description : **Méningite purulente** signifie un diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date d'établissement du diagnostic.

Paralysie

Description : **Paralysie** signifie un diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres suite à une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Perte de l'usage de la parole

Description : **Perte de l'usage de la parole** signifie un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler suite à une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

Perte de membres

Perte de membres signifie un diagnostic formel de la séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut suite à une amputation médicalement nécessaire.

Perte d'autonomie

Description : **Perte d'autonomie** est définie comme un diagnostic définitif de l'incapacité totale d'effectuer, par soi-même, au moins 2 des 6 activités suivantes de la vie quotidienne pendant une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Exigences : Activités de la vie quotidienne est définie comme suit :

1) Hygiène corporelle : la capacité de se laver dans un bain, sous la douche ou à l'éponge, avec ou sans l'aide d'accessoires ;
2) Habillage : la capacité d'enfiler et d'enlever les vêtements nécessaires, dont les appareils orthopédiques, les membres artificiels ou autres appareils chirurgicaux ;
3) Élimination et propreté : la capacité de s'asseoir sur la toilette et de se relever ainsi que de maintenir une bonne hygiène personnelle ;
4) Contrôle des intestins et de la vessie : la capacité de contrôler ses fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou appareils chirurgicaux de manière à maintenir un degré raisonnable d'hygiène ;
5) Transfert : la capacité de se mettre au lit ou d'en sortir et de s'asseoir sur une chaise ou dans un fauteuil roulant et de s'en relever, avec ou sans l'utilisation d'équipement d'appoint ;
6) Alimentation : la capacité de consommer des aliments ou des boissons ayant déjà été préparés et mis à sa disposition, avec ou sans utilisation d'ustensiles adaptés.

Exclusion : Aucune prestation ne sera versée aux termes de cette maladie grave si la perte d'autonomie est liée directement ou indirectement à un trouble ou une maladie psychiatrique.

Pontage coronarien

Description : **Pontage coronarien** signifie une chirurgie cardiaque destinée à corriger le rétrécissement ou l'occlusion d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen de greffons de contournement.

Exclusion : Les interventions non chirurgicales, ou par biais de cathéters, telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction ne sont pas couvertes.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Description : **Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque** signifie une intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un ou une spécialiste de la santé.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque » en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques

Description : **Sclérose en plaques** signifie le diagnostic définitif de sclérose en plaques accompagné d'au moins **un** des éléments suivants :

1. Au moins deux épisodes distincts, confirmés par une résonnance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation ;
2. Des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins six mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) montrant des lésions multiples de démyélinisation ;
3. Un seul épisode, confirmé par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux (IRM) montrant des lésions multiples de démyélinisation s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois.

Surdité

Description : **Surdité** signifie un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles suite à une maladie, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.

Tumeur cérébrale bénigne

Description : **Tumeur cérébrale bénigne** signifie un diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « tumeur cérébrale bénigne » si, dans les 90 jours suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, la personne assurée :

1. A présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic ou
2. A reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur une tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable sous maladie grave au titre de la définition du terme « tumeur cérébrale bénigne » pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie grave pour une méningite.

3. DÉFINITIONS SUPPLÉMENTAIRES

Sauf indication contraire, en plus des définitions fournies dans les dispositions générales du présent contrat, les définitions qui suivent s'appliqueront aux fins de la présente assurance :

a. L'**accident** est un événement soudain, fortuit et imprévisible causant 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.

b. **Diagnostic** signifie le diagnostic écrit de maladie grave, posé par un ou une spécialiste de la santé, que reçoit la personne assurée. La date d'effet du diagnostic est la date à laquelle le ou la spécialiste de la santé a posé le diagnostic, comme en témoigne le dossier médical de la personne assurée. La date du diagnostic doit être ultérieure à la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

c. **Famille immédiate** signifie le conjoint ou la conjointe, le fils, la fille, le père, la mère, le frère ou la sœur de la personne assurée ou de son conjoint ou sa conjointe.

d. **Spécialiste de la santé** signifie une personne autorisée à pratiquer la médecine, qui agit dans les limites du permis d'exercice et qui a terminé des études supérieures et une formation clinique dans un domaine précis de la médecine qui est pertinent à la maladie grave. Seul un ou une médecin autorisée qui pratique au Canada entre dans cette définition. Sont exclus la personne assurée, une personne qui vit avec la personne assurée ou la personne qui est son conjoint ou sa conjointe, l'enfant, le parent, le frère ou la sœur de la personne assurée ou de son conjoint ou de sa conjointe.

4. PÉRIODE MORATOIRE D'EXCLUSION POUR LE CANCER ET LA TUMEUR CÉRÉBRALE BÉNIGNE

Aucune prestation ne sera versée pour tout cancer ou toute tumeur cérébrale bénigne, et ce, pour toute la durée de la couverture de la personne assurée, si :

- La date de diagnostic de tout cancer ou toute tumeur cérébrale bénigne, qu'ils soient couverts ou exclus aux termes de la présente assurance ;
- La date à laquelle la personne assurée manifeste des signes ou des symptômes de tout cancer ou toute tumeur cérébrale bénigne ou menant à ceux-ci, qu'ils soient couverts ou exclus aux termes de la présente assurance ;
- La date à laquelle la personne assurée consulte un ou une médecin ou subit des tests menant au diagnostic d'un cancer ou d'une tumeur cérébrale bénigne, qu'ils soient couverts ou exclus aux termes de la présente assurance;

se situe dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la présente assurance ou de sa remise en vigueur pour la personne assurée.

5. AUGMENTATION DU MONTANT DE LA COUVERTURE

Si une personne assurée souffre d'une maladie grave à tout moment pendant la période de 24 mois suivant la date à laquelle une augmentation du montant de la prestation payable est approuvée par l'assureur, en vertu de cette couverture, et que cette maladie grave entraîne directement ou indirectement ou est en aucune façon associé à une condition préexistante, comme défini ici, le montant payable en vertu de cette couverture, le cas échéant, ne doit pas dépasser le montant de couverture qui aurait été payable avant l'augmentation approuvée par l'assureur.

6. DEVOIR DE LA PERSONNE ASSURÉE DE DIVULGUER UN CANCER

La personne assurée doit fournir à l'assureur, à son siège social et dans un délai de six mois, un avis écrit l'informant de tout diagnostic de cancer, couvert ou exclu en vertu de la présente assurance, dont il fait l'objet et ayant été posé dans les 90 jours suivant la date la plus récente parmi les suivantes : la date d'entrée en vigueur de la présente assurance en cas de maladie grave pour la personne assurée ou la date de sa remise en vigueur pour la personne assurée, s'il y a lieu.

Si cette information n'est pas fournie dans le délai indiqué, l'assureur se réserve le droit de refuser toute réclamation pour un cancer ou autre maladie grave causée par un cancer ou le traitement de ces derniers.

7. AUTRES EXCLUSIONS

La présente assurance ne s'applique pas et aucune prestation ne sera versée si la maladie grave découle, de manière directe ou indirecte, de l'une des causes suivantes :

1) Le suicide de la personne assurée ou une tentative de suicide de sa part, qu'elle soit une personne saine d'esprit ou non au moment de l'acte ;

2) Des gestes d'automutilation et des blessures physiques ou mentales que la personne étudiante s'est infligée, qu'elle soit une personne saine d'esprit ou non au moment de l'acte ;

3) La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel (ou le fait de commettre ou de tenter de commettre un acte criminel) ;

4) La conduite d'un véhicule alors que la personne assurée est sous l'influence d'une substance intoxicante de toute nature, sauf si la substance est consommée conformément à une ordonnance émise par un ou une médecin ou un infirmier praticien ou une infirmière praticienne et qu'aucune mise en garde n'a été émise au sujet des effets de la consommation de la substance sur la conduite d'un véhicule ;

5) La conduite d'un véhicule alors que le niveau d'alcoolémie de la personne assurée dépasse la limite permise par la loi dans la juridiction où l'incident est survenu ;

6) La conduite d'un véhicule alors que la concentration dans le sang de la personne assurée de toute drogue ou substance, ou toute combinaison de substances, dépasse la limite permise par le Code criminel et ses règlements au moment de l'incident ;

7) L'inhalation de gaz toxiques, à moins qu'elle n'ait lieu dans le cadre des fonctions professionnelles normales de la personne assurée ;

8) La consommation de médicaments, de produits pharmaceutiques ou de drogues licites sauf s'ils sont pris conformément aux recommandations et à l'ordonnance d'un ou une médecin dûment qualifiée ou aux directives d'un pharmacien ou d'une pharmacienne dûment autorisée ;

9) La consommation, par la personne assurée, de drogues illicites ;

10) Une chirurgie esthétique ou tout autre traitement de nature principalement esthétique ;

11) Des blessures subies lors de la participation de la personne assurée à une agitation civile, une émeute, une insurrection ou une opération militaire, qu'une guerre soit déclarée ou non.

Aux fins de la présente assurance, sont inclus dans les moments où la personne assurée n'était pas une personne saine d'esprit, toutes les situations dans lesquelles elle était sous l'influence de stupéfiants, de drogues, de médicaments ou d'alcool ainsi que tout trouble ou état mental qui l'empêche de former une intention.

8. PÉRIODE DE SURVIE

La présente assurance ne s'applique pas, et aucune prestation ne sera versée, si la personne assurée décède dans les 30 jours suivant la date du diagnostic d'une maladie grave, ou après une période plus longue selon ce qui est décrit dans les définitions des affections couvertes, sans être maintenue en vie artificiellement, sans quoi il y aurait arrêt irréversible de l'ensemble des fonctions du cerveau.

9. RÉSILIATION

La présente assurance prend fin lorsqu'une prestation est versée à la personne assurée en vertu de cette couverture ou lorsque la personne assurée atteint l'âge indiqué à cet effet dans le barème des prestations, selon la première de ces éventualités.

10. BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire est la personne assurée.

La personne assurée peut disposer des droits que lui confère la présente assurance sans obtenir le consentement du bénéficiaire, même s'il est désigné de manière irrévocable.

Si une réclamation est présentée ou approuvée après le décès de la personne assurée, la succession de celle-ci sera alors réputée être le bénéficiaire.

11. AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

Advenant la présentation d'une demande de prestations en vertu de la présente assurance, la personne titulaire de police et la personne assurée ou la personne à charge, selon le cas, doivent fournir à l'assureur un avis écrit renfermant une preuve médicale satisfaisante dans les 30 jours suivant le diagnostic de maladie grave lui donnant droit aux prestations en vertu de la présente assurance.

La personne assurée ou la personne à charge, selon les circonstances, doit aussi transmettre à l'assureur, dans les 60 jours suivant le diagnostic de maladie grave, comme indiqué précédemment, toute l'information sur la portée de la réclamation que l'assureur peut raisonnablement s'attendre à recevoir dans les circonstances. Toutefois, si la personne assurée ou la personne à charge est en mesure de prouver qu'il lui était impossible d'agir dans les délais prescrits, elle demeure admissible à recevoir des prestations pour autant qu'un avis soit envoyé à l'assureur dans les douze mois suivant la date du diagnostic ou du décès.

12. AUTOPSIE

L'assureur se réserve le droit de demander qu'une autopsie soit pratiquée sur la personne assurée décédée, dans les limites de ce qui est permis par la loi.

13. VERSEMENT DES PRESTATIONS

Toutes les prestations prévues dans le cadre de la présente assurance sont exigibles dans les 30 jours suivant la réception de la réclamation, accompagnée de tous les documents à l'appui nécessaires pour l'étude par l'assureur, advenant qu'elle soit acceptée.

14. APPEL D'UNE DÉCISION

Toute personne assurée ou personne à charge qui est en désaccord avec une décision prise par l'assureur peut en demander un réexamen dans les 60 jours suivant la décision en transmettant à l'assureur une demande écrite accompagnée de tout nouveau document à l'appui.

L'assureur procédera à un réexamen et avisera la personne assurée ou la personne à charge de sa décision dans les 30 jours suivant la réception de l'avis écrit accompagné de tout nouveau document à l'appui.

Toute demande de réexamen reçue après le délai de douze mois suivant la décision initiale de l'assureur sera refusée.

15. SITUATION DE L'IMPÔT SUR LE REVENU

L'assureur n'émet aucune déclaration quant aux conséquences fiscales liées au versement de prestations, qu'elles soient du vivant de la personne assurée ou non et n'émet pas de feuillet fiscal à la personne assurée en raison du versement de cette prestation.

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'assureur rembourse, selon les modalités de règlement indiquées au sommaire des garanties 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'assureur à la personne assurée pour certains soins de santé et/ou soins dentaires.

Une **consultation** a lieu lorsqu'une personne assurée rencontre un ou une spécialiste de la santé, à la demande d'un ou une autre spécialiste de la santé, afin qu'il ou elle émette des recommandations ou donne son opinion puisqu'il ou elle 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 ou une pharmacienne sans qu'il n'y en ait une.

Le **co-paiement** est la portion des frais admissibles qui est payée par la personne assurée pour chaque réclamation.

L'expression **en cas d'urgence** signifie la détérioration soudaine de la santé nécessitant des soins immédiats par un ou une spécialiste de la santé.

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

Frais admissibles désignent 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 ou une spécialiste 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.

Les **frais habituels, raisonnables et coutumiers** font référence au montant d'argent qu'un fournisseur particulier de soins de la santé détermine normal ou acceptable pour les services rendus dans une zone géographique particulière. Ces frais sont souvent utilisés par les régimes publics d'assurance maladie pour déterminer les montants admissibles à un remboursement. Les frais habituels, raisonnables et coutumiers sont divisés en trois parties. Les « frais habituels » sont les frais qu'un ou une spécialiste de la santé facture normalement pour une procédure ou un service médical rendu, les « frais raisonnables » sont des frais qu'un ou une spécialiste de la santé peut facturer pour un service ou une procédure à la suite de certaines complications ou des circonstances inhabituelles et les « frais coutumiers » sont les frais que l'assureur est prêt à payer pour une procédure ou un service particulier.

La **franchise** est la partie des frais admissibles que la personne assurée doit prendre à sa charge chaque année civile 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 des garanties 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.

Infirmier ou infirmière privée désigne une personne étant infirmier ou infirmière autorisée ou infirmier auxiliaire ou infirmière auxiliaire autorisée qui est inscrite auprès de son association professionnelle respective et qui ne réside pas avec la personne assurée et ne fait pas partie de sa famille immédiate.

Les **médicaments et produits** signifient les médicaments et produits qui figurent à l'édition courante du *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS)*.

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 des garanties, sans tenir compte de la coassurance.

Nécessaire du point de vue médical désigne des soins, des fournitures ou des services qui sont généralement acceptés par les spécialistes 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 spécialistes de la santé. L'assureur se réserve le droit d'évaluer indépendamment ce qui est considéré nécessaire du point de vue médical, et pourrait par conséquent refuser une demande s'il juge autrement.

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

Spécialiste de la santé signifie une personne autorisée à pratiquer la médecine, qui agit dans les limites du permis d'exercice et qui a terminé des études supérieures et une formation clinique dans un domaine précis de la médecine. Seul un ou une médecin autorisée qui pratique au Canada entre dans cette définition. Sont exclus la personne assurée, une personne qui vit avec la personne assurée ou la personne qui est son conjoint ou sa conjointe, l'enfant, le parent, le frère ou la sœur de la personne assurée ou de son conjoint ou de sa conjointe.

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

Les **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 ou d'une médecin ou d'un ou d'une 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 ou une médecin, un ou une dentiste ou un infirmier praticien ou une infirmière praticienne.

3. CONDITIONS ET ADMISSIBILITÉ

La présente garantie couvre les frais habituels, raisonnables et coutumiers contractés 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 habituels, raisonnables et coutumiers excédant les frais payés ou remboursés par tout régime gouvernemental pourront être remboursés sous la présente garantie.

4. FRAIS ADMISSIBLES

a) Frais d'affirmation de genre

L'affirmation de genre est destinée à fournir l'aide médicale pour ceux et celles qui reçoivent un diagnostic de dysphorie de genre. Pour être admissible à la couverture, la personne étudiante ou la personne à charge doit répondre aux critères suivants :

- Les interventions médicales doivent être effectuées au Canada.
- La personne étudiante ou la personne à charge doit recevoir d'un ou d'une médecin un diagnostic de dysphorie de genre.
- La personne étudiante ou la personne à charge doit avoir reçu l'approbation du régime public d'assurance maladie de leur province ou territoire de résidence pour les interventions médicales.

- La personne étudiante ou la personne à charge doit avoir l'approbation préalable de l'assureur et lui fournir les documents qui confirment l'acceptation dans le programme d'affirmation de genre du régime public d'assurance maladie de leur province ou territoire de résidence

Si la personne étudiante ou la personne à charge répond aux critères ci-dessus, les interventions médicales éligibles qui suivent seront jugées médicalement nécessaires et ne seront pas considérées comme étant de nature 'cosmétique' ou 'esthétique' par l'assureur. Les dépenses suivantes sont éligibles au remboursement, jusqu'à concurrence du montant maximal et des limites indiquées au sommaire des garanties:

- Implantation de prothèses péniennes et/ou testiculaires
- Augmentation mammaire/plastie mammaire d'augmentation
- Chirurgie vocale (laryngoplastie féminisant/masculinisant de la hauteur de la voix)
- Rasage trachéal/réduction de la pomme d'Adam (chondrolaryngoplastie)
- Thérapie vocale d'affirmation de genre
- Épilation définitive (laser ou électrolyse)
- Les médicaments pour l'hormonothérapie couverts par le régime public d'assurance médicaments du Québec, dans la mesure où l'assureur paie uniquement la portion du coût n'étant pas couverte par le régime public.
- Les hébergements de voyage pour les interventions admissibles non offertes dans la province ou le territoire de résidence de l'étudiant ou de la personne à charge

b) Frais d'hospitalisation au Canada

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

Le terme hospitalisation exclus une maison de retraite, une maison de santé, une maison de maternité, un établissement pour personnes aveugles, sourdes, alcooliques, toxicomanes ou pour personnes souffrant d'une déficience mentale ou tout autre établissement semblable.

c) Frais complémentaires au Canada

L'assureur paie, après considération de la franchise et selon le pourcentage indiqué à cet effet au sommaire des garanties, les frais habituels, raisonnables et coutumiers suivants :

1) Les frais engagés pour les services suivants rendus sur recommandation médicale :

   - Les frais de transport par **ambulance** en direction ou en provenance de l'hôpital le plus rapproché qui dispense les soins appropriés, lorsque requis et non-couverts par un régime gouvernemental, ainsi que le transport aérien lorsque la personne assurée ne peut pas être transportée autrement, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des garanties;

2) Les frais suivants supportés par une ordonnance médicale :

- Les **radiographies** et les **échographies** jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des garanties, rendus dans la province de résidence de la personne assurée et seulement si le service n'est pas couvert sous le régime gouvernemental. Les échographies pour maternité sont seulement couvertes si ce service est indiqué au sommaire des garanties.

- Les **tests et analyses sanguines** pour fins de diagnostic et les bilans de santé, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des garanties.

- Une analyse de sang : Tests sanguins pour vérifier divers indicateurs de santé incluant mais non-limité au cholestérol, la glycémie, les fonctions hépatiques et rénales, et les niveaux de certaines vitamines et minéraux.

- Tous autres tests diagnostiques recommandés par un médecin.

- Les frais connexes d'accès non médicaux pour une **interruption volontaire et involontaire de grossesse (IVG)**, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des garanties.

- Les **fournitures médicales** suivantes supportées par une ordonnance médicale, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des garanties;

  - La location ou, à la discrétion de l'assureur, l'achat des items suivants :

    - une **chaise roulante non motorisée** mais limité à une chaise roulante à vie, sauf dans le cas où une chaise doit être remplacée suite à la croissance d'un enfant;
    - les béquilles.

d) Frais médicaments

Aucune couverture n'est offerte pour le régime de base des médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ.

L'assureur paie, après considération de la franchise et selon le pourcentage indiqué à cet effet au sommaire des garanties, les frais habituels, raisonnables et coutumiers suivants :

- Les **vaccins** non-couverts par la RAMQ ou tout autre régime provincial (excluant les frais d'administration et les injections contre les allergies), jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des garanties.

L'assureur paie pour le médicament générique, après considération de la franchise et selon le pourcentage indiqué à cet effet au sommaire des garanties, les frais habituels, raisonnables et coutumiers suivants :

- Les **antidépresseur**, inscrits et non-inscrits sur la liste de la RAMQ, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des garanties (Assomption Vie 2e payeur)

- Les **contraceptifs** indiqués au sommaire des garantie inscrits et non-inscrits sur la liste de la RAMQ, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des garanties (Assomption Vie 2e payeur)
- Les **neurostimulants**, inscrits et non-inscrits sur la liste de la RAMQ, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des garanties. (Assomption Vie 2e payeur)
- Une **prophylaxie post-exposition (PPE)** visant la prévention de l'infection par le VIH jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des garanties par personne assurée par période de couverture (Assomption Vie 2e payeur).

e) Frais paramédicaux

Les frais pour **services paramédicaux** rendus par l'un ou l'une des spécialistes indiquées au sommaire des garanties, ainsi que les tests psychométriques effectués par un ou une psychologue autorisé.e ou un ou une médecin autorisé.e, pourvu que ces services relèvent de leur spécialité et que ces spécialistes soient membres de leur corporation professionnelle, et ce, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des garanties. Les frais pour les radiographies paramédicales, si applicables, sont inclus dans le montant maximum des frais pour services paramédicaux.

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

f) Cures de désintoxication

Les frais de séjour viager indiqué au sommaire des garanties incluant tous les soins et services reliés au traitement dans une clinique spécialisée en réhabilitation, pour autant que la personne assurée a été admise pour y recevoir un traitement curatif sous le contrôle d'un ou une médecin et sous la surveillance constante d'un infirmier ou d'une infirmière alors que la présente garantie est en vigueur. La clinique doit être un établissement faisant partie de la liste des ressources certifiées en dépendance émise par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Pour connaître la liste des établissements reconnus et certifiés en dépendances
https://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/dependances/organis_certifier.php

g) Frais pour soins de la vue

L'assureur paie les frais suivants :

1) Frais d'examen de la vue par un ou une optométriste ou un ou une ophtalmologiste autorisée, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des garanties

2) Frais de verres correcteurs et de montures de lunettes, lunettes anti-lumière bleue de prescription, ou frais de lentilles cornéennes, lorsqu'elles sont achetées sur ordonnance écrite d'un ou d'une médecin ou d'un ou d'une optométriste, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des garanties.

Lorsque la personne assurée souffre d'astigmatisme grave, de cicatrice grave de la cornée, de kératocône, la limite prévue au paragraphe 2) ci-dessus ne sera jamais inférieure à 200 $.

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) 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 est assurée en tant qu'employée a priorité sur le montant payable par un régime assurant cette personne à titre de personne à charge ou personne étudiante. Si la personne assurée participe à plus d'un régime d'assurance à titre d'employé, l'ordre de préséance est établi comme suit :

    1) Le régime auquel la personne assurée participe à titre d'employée à temps plein ;
    2) Le régime auquel la personne assurée participe à titre d'employée à temps partiel ; puis
    3) Le régime auquel la personne assurée participe à titre de retraitée.

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

    1) Le régime auquel la personne assurée participe à titre de personne étudiante à temps plein*; puis
    2) Le régime auquel la personne assurée participe à titre de personne étudiante à temps partiel*;

* Le statut de la personne étudiante à temps plein ou temps partiel est établi par l'institut d'enseignement. Si la personne assurée participe à plus d'un régime d'assurance à titre de personne assurée au même statut, l'ordre de préséance du premier payeur est établi selon celui qui a la date de début de couverture au régime le plus ancien.

d) 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'une personne assurée dont le jour et le mois d'anniversaire de naissance est le plus près du début d'une année civile a priorité sur tout autre régime ;

e) 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 ou de la conjointe 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 ou de la conjointe du parent qui n'a pas la garde de l'enfant;

f) Lorsqu'une personne assurée requiert des soins dentaires à la suite d'un accident et qu'elle 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 ; et

g) Lorsque l'ordre de priorité de paiement ne peut 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.

6. CESSATION, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

a) Cessation

Cette garantie cesse de plein droit, à l'égard d'une personne assurée et, le cas échéant, de ses personnes à charge, lorsqu'elle atteint l'âge indiqué à cet effet au sommaire des garanties.

b) Limitations et exclusions

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

1) La partie des frais couverte en vertu d'une loi sur les accidents du travail, sur l'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 ;

2) 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 l'assureur;

3) Les frais engagés pour des achats de médicaments prescrits résultant en une provision de médicaments correspondant à une période de traitement supérieure à trois mois ;

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

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

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

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

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

9) 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 tous frais qui, de l'opinion de l'assureur, se rapportent à des soins qui devraient se donner dans un établissement pour malades chroniques ;

10) Les frais engagés à la suite de :

- Blessures, dommages physiques ou mentaux, que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit une personne saine d'esprit ou non au moment de l'acte ;
- 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 ;

11) 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 ;

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

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

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

15) Les verres de contact à la suite d'une chirurgie de cataractes;

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

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

18) Les frais administratifs ou de complétion de documents ;

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

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

7. MODALITÉS D'APPLICATION DE LA FRANCHISE

Le montant de la franchise est celui indiqué au sommaire des garanties. La franchise ne s'applique qu'une seule fois par période de couverture à l'ensemble des frais admissibles engagés par la personne assurée 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.

8. AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

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

En cas de demande de paiement, la personne participante ou la personne assurée doit présenter sa réclamation à l'assureur pendant que la couverture est active et la réclamation doit être, accompagnée de toutes les pièces justificatives jugées nécessaires par l'assureur, dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été encourus sans quoi elle ne sera pas admissible pour remboursement.

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.

La personne participante ou la personne assurée qui est en désaccord avec une décision de l'assureur peut en demander une révision dans les 30 jours suivant cette décision en envoyant une demande écrite à l'assureur 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'assureur.

Remboursement des réclamations après la terminaison de la police :
En cas de terminaison de la présente police, toute demande de remboursement de frais éligibles doit être reçue par l'assureur au plus tard 90 jours après la date de terminaison de la police. Aucun remboursement ne sera effectué si la demande est reçue plus de 90 jours après la date de terminaison de la police, indépendamment de la date de service.

9. PRESTATIONS AUX SURVIVANTS ET SURVIVANTES

Si, au moment du décès de la personne assurée, 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) La date de fin de l'année académique en cours et payée de la personne assurée ;

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 de personne assurée survivante admissible.

ASSURANCE DENTAIRE

1. OBJET DE LA GARANTIE

Pourvu que cette garantie soit en vigueur lorsqu'une personne assurée assume des frais, l'assureur 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 des garanties.

Les frais admissibles ne sont remboursables ou payables que si les soins dentaires sont administrés par une personne membre d'une association provinciale de sa profession respective ou, sous sa surveillance, par un ou une hygiéniste dentaire ou tout membre de leur corporation professionnelle respective. 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 la personne étudiante devient admissible à la présente garantie dans le cas où la personne étudiante souscrit à cette garantie dans les 31 jours de la date à laquelle elle est devenue admissible à cette garantie.

2. DÉFINITIONS

Aux fins de cette garantie :

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

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

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

Frais admissibles désignent 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 habituels, raisonnables et coutumiers;

b) sont recommandés, approuvés ou prescrits par un ou une spécialiste 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.

Les **frais habituels, raisonnables et coutumiers** font référence au montant d’argent qu’un fournisseur particulier de soins de la santé détermine normal ou acceptable pour les services rendus dans une zone géographique particulière. Ces frais sont souvent utilisés par Medicare pour déterminer les montants admissibles à un remboursement. Les frais habituels, raisonnables et coutumiers sont divisés en trois parties. Les « frais habituels » sont les frais qu’un ou une spécialiste de la santé facture normalement pour une procédure ou un service médical rendu, les « frais raisonnables » sont des frais qu’un ou une spécialiste de la santé peut facturer pour un service ou une procédure suite à certaines complications ou des circonstances inhabituelles et les « frais coutumiers » sont les frais que l’assureur est prêt à payer pour une procédure ou un service particulier.

La **franchise** est la partie des frais admissibles que la personne assurée doit prendre à sa charge chaque année civile 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 des garanties 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.

Nécessaire du point de vue médical désigne des soins, des fournitures ou des services qui sont généralement acceptés par les spécialistes 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 spécialistes de la santé. L’assureur se réserve le droit d’évaluer indépendamment ce qui est considéré nécessaire du point de vue médical, et pourrait par conséquent refuser une demande s’il juge autrement.

La **période**, telle qu’indiquée au sommaire des garanties, désigne la fréquence de couverture disponible pour le service dentaire en question, selon les frais éligibles.

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

Spécialiste de la santé signifie une personne autorisée à pratiquer la médecine, qui agit dans les limites du permis d’exercice et qui a terminé des études supérieures et une formation clinique dans un domaine précis de la médecine. Seul un ou une médecin autorisée qui pratique au Canada entre dans cette définition. Sont exclus la personne assurée, une personne qui vit avec la personne assurée ou la personne qui est son conjoint ou sa conjointe, l’enfant, le parent, le frère ou la sœur de la personne assurée ou de son conjoint ou de sa conjointe.

3. FRAIS ADMISSIBLES

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

PARTIE I –A - Soins diagnostics et préventifs

Selon les pourcentages de couverture indiqués au sommaire des garanties pour la Partie I, les frais admissibles pour les soins de base sont assujettis à la franchise, à la coassurance, aux maximums indiqués au sommaire des garanties et aux conditions et restrictions ci-dessous, s'il y a lieu.

a) Diagnostic et prévention

1) La radiographie, soit :

   - La série complète de pellicules, sous réserve d'un maximum d'une série par période de 36 mois consécutifs ;
   - La pellicule panoramique, sous réserve d'un maximum d'une pellicule par période de 36 mois consécutifs ;
   - Les pellicules interproximales, sous réserve d'un maximum de 2 séries par période de 12 mois consécutifs ; et
   - Les films intra-oraux sous réserve d'un maximum de 4 séries par période de 12 mois consécutifs.

2) Instructions d'hygiène buccale une fois par période de 12 mois consécutifs;

3) Les tests de laboratoire ;

4) Le polissage des dents, sous réserve de 1 unité par 6 mois consécutifs ;

5) Le détartrage des dents sous réserve d'un maximum de 2 unités par douze mois consécutifs. ;

6) L'application topique de fluorure, sous réserve de 1 traitement par 6 mois consécutifs;

7) Appareils de maintien en l'absence de dents primaires, pour les enfants de moins de 16 ans ;

8) Finition des obturations, scellant de puits et fissures, meulage interproximal et odontotomie prophylactique/améloplastie.

b) L'examen de rappel

L'examen buccal clinique, soit :

- L'examen complet initial, sous réserve d'un examen par période de 36 mois consécutifs ;
- L'examen de rappel ou périodique, sous réserve d'un examen par période de 6 mois consécutif;
- Autres examens ou consultations (sauf pour les traitements orthodontiques).

PARTIE I – B - Soins de base

a) Restauration mineure

Restauration à l'aide d'amalgame (non-liée), les restaurations en silicate et acrylique ou résine composite (lié et non-lié) tenons de rétention pour rétention en amalgame ou composite, couronnes préfabriquées pour enfants de moins de 16 ans, et actes distincts d'une restauration lié à carie, trauma et contrôle de douleur.

Réparation d'une prothèse amovible, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des garanties.

Réparation de prothèses fixes, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des garanties.

Pansements sédatifs.

b) Chirurgie buccale

Les frais admissibles sous cette catégorie comprennent :

- Extractions de dents (incluant les dents de sagesses, incluant l'anesthésie),
- Ablation de racine résiduelle,
- Exposition chirurgicale de dents,
- Alvéoplastie, gingivoplastie, stomatoplastie et ostéopathie,
- Reconstruction du procès alvéolaire,
- Extension de replis muqueux
- Excisions
- Incisions
- Frénectomie
- Autres actes chirurgicaux divers

c) Endodontie

- Traitement d'une maladie de la chambre pulpaire (traitement de canal)

d) Périodontie

Traitement des tissus mous (gencives) et de l'os.

Frais limités à :

- Visites post-opératoires, 4 visites par période de couverture
- Curetage dispensé par un dentiste, 1 fois par période de 60 mois.
- Ajustement pour appareil parodontal, 1 ajustement par période de couverture.
- Surfaçage radiculaire, 8 unités de 15 minutes par période de couverture.
- Rectification de l'occlusion, 8 unités de 15 minutes par période de couverture.

4. 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 est assurée en tant qu'employée a priorité sur le montant payable par un régime assurant cette personne à titre de personne à charge ou de personne étudiante. Si la personne assurée participe à plus d'un régime d'assurance à titre d'employée, l'ordre de préséance est établi comme suit :

   1) Le régime auquel la personne assurée participe à titre d'employée à temps plein ;
   2) Le régime auquel la personne assurée participe à titre d'employée à temps partiel ; puis
   3) Le régime auquel la personne assurée participe à titre de retraitée.

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

1) Le régime auquel la personne assurée participe à titre d'étudiant ou d'étudiante à temps plein* ; puis
2) Le régime auquel la personne assurée participe à titre d'étudiant ou d'étudiante à temps partiel* ;

* Le statut de la personne étudiante à temps plein ou temps partiel est établi par l'institut d'enseignement. Si la personne assurée participe à plus d'un régime d'assurance à titre de personne assurée au même statut, l'ordre de préséance du premier payeur est établi selon celui qui a la date de début de couverture au régime le plus ancien.

d) 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'une personne assurée dont le jour et le mois d'anniversaire de naissance est le plus près du début d'une année civile a priorité sur tout autre régime ;

e) 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 ou de la conjointe 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 ou de la conjointe du parent qui n'a pas la garde de l'enfant ;

f) Lorsqu'une personne assurée requiert des soins dentaires à la suite d'un accident et qu'elle 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 ; et

g) Lorsque l'ordre de priorité de paiement ne peut 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.

5. CESSATION, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

a) Cessation

Cette garantie à l'égard d'une personne assurée et, le cas échéant, de ses personnes à charge assurées cesse, de plein droit, lorsque la personne assurée atteint l'âge indiqué à cet effet au sommaire des garanties.

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 des garanties ; et

3) Les soins orthodontiques reçus au cours des 24 premiers mois de couverture sous la présente garantie dans les cas où la personne assurée est devenue assurée sous la présente garantie plus de 31 jours après la date à laquelle elle est devenue admissible à cette couverture.

c) Exclusions

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

1) Les frais excédant les frais habituels, raisonnables et coutumiers 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'assureur;

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

7) 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 ;

8) 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 ;

9) Les frais facturés par un chirurgien-dentiste ou une chirurgienne-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 ;

10) 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 ;

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

12) Les frais engagés à la suite de :

- Blessures ou dommages physiques ou mentaux que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit une personne saine d'esprit ou non au moment de l'acte ;

- 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

13) Les frais non mentionnés parmi les frais admissibles ;

14) Les frais relatifs à un implant, incluant les rayons-x, greffe d'os, élévation du sinus et autres travaux relatifs.

6. MODALITÉS D'APPLICATION DE LA FRANCHISE

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

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 civile en cours.

7. 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 ou la chirurgienne-dentiste est supérieur à 200 $.

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 suivant la réception des documents requis, le renseignement quant au montant des prestations reconnues 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 200 $ afin d'éviter tout refus inattendus.

8. AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

En cas de demande de paiement, la personne assurée doit présenter sa réclamation à l'assureur pendant que la couverture est active, accompagnée de toutes les pièces justificatives jugées nécessaires par l'assureur, dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été encourus sans quoi elle ne sera pas acceptée.

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. Si le coût d'un traitement excède 200 $, des rayon-x, photos et/ou modèles d'étude devraient être envoyés avant que le traitement soit complété, selon la section Évaluation Préalable de cette police.

La personne assurée qui est en désaccord avec une décision de l'assureur peut en demander une révision dans les 30 jours suivant cette décision en envoyant une demande écrite à l'assureur 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'assureur.

Remboursement des réclamations après la terminaison de la police :
En cas de terminaison de la présente police, toute demande de remboursement de frais éligibles doit être reçue par l'assureur au plus tard 90 jours après la date de terminaison de la police. Aucun remboursement ne sera effectué si la demande est reçue plus de 90 jours après la date de terminaison de la police, indépendamment de la date de service.

9. PRESTATIONS AUX SURVIVANTS ET SURVIVANTES

Si, au moment du décès de la personne assurée, 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) La date de fin de l'année académique en cours;

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 de personne assurée survivante admissible.