C-HIP

Régime de soins médicaux des collèges (RSMC)

Régime complet

MERCER

AIG

Financière Sun Life

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

La présente brochure contient des précisions sur le régime de soins médicaux des collèges (RSMC), établi par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie. Veuillez la conserver en lieu sûr. La présente brochure ne constitue pas un contrat d'assurance. Les modalités et les conditions de la police collective prévalent.

Pour obtenir des renseignements sur la façon de présenter une demande de règlement ou pour connaître la situation d'une demande déjà envoyée à la Sun Life, vous pouvez téléphoner à notre Centre de service à la clientèle, au 1-888-206-9004.

Dans la présente brochure, *vous* s'entend d'un étudiant étranger qui est inscrit dans un établissement d'enseignement canadien participant reconnu; *personne couverte* s'entend de vous et des personnes à votre charge qui sont couvertes au titre de la police collective n° 17857; *personne à charge* s'entend de votre conjoint et de vos enfants; *régime* s'entend du RSMC.

Le RSMC vous fournit, à vous et aux personnes à votre charge, une couverture des soins hospitaliers et médicaux nécessaires sur le plan médical. On entend par *médicalement nécessaire* tous les traitements, services ou articles qui sont remboursables au titre du régime et que la Sun Life estime essentiels, efficaces et appropriés au diagnostic ou au traitement d'une affection, d'une maladie ou d'une blessure particulière.

Avis : Aucune prestation ne sera versée concernant une affection préexistante. Par «affection préexistante», on entend une maladie, une blessure ou un problème de santé dont les signes et les symptômes qui sont apparus ont nécessité raisonnablement des soins médicaux, un traitement ou une hospitalisation ou ont entraîné un traitement médical ou une hospitalisation (y compris des modifications de la médication ou de la posologie) au cours de la période de 90 jours précédant la date d'entrée en vigueur de la couverture de la personne couverte.

Les personnes à charge incluent :

- la personne avec laquelle vous êtes légalement marié; ou la personne, qu'elle soit du sexe opposé ou du même sexe que vous, qui vit maritalement avec vous en dehors des liens du mariage depuis au moins un an;
- les enfants à votre charge célibataires âgés de moins de 21 ans qui ne travaillent pas.

Les personnes à charge admissibles doivent résider dans la même province que vous.

Vous devez soumettre une déclaration d'état de santé si vous adhérez au présent régime plus de 31 jours après l'expiration de la couverture dont vous bénéficiez au titre de tout autre régime offrant des garanties semblables. Une telle déclaration d'état de santé est également requise pour une personne à charge, si la demande d'adhésion pour cette personne est présentée plus de 31 jours après la date de son admissibilité à l'assurance. Dans un tel cas, l'assurance prend effet le jour où la preuve d'assurabilité est approuvée.

Nature et étendue de la protection

La prestation viagère maximale au titre du RSMC est de 2 000 000 $ par personne couverte.

Les remboursements ne sont effectués que lorsque l'hôpital, le chirurgien ou le médecin traitant confirme que les soins ont été rendus.

L'assurance couvre les soins suivants s'ils sont médicalement nécessaires et rendus dans le cadre du traitement d'une maladie ou d'une blessure, sous réserve des exclusions et des modalités de la garantie.

1. Hospitalisation

Frais normalement exigés par un hôpital pour des traitements médicaux médicalement nécessaires qui sont administrés à l'hôpital ou à titre de patient externe. Les frais suivants sont couverts :

- hospitalisation, à concurrence du prix d'une chambre semi-particulière;
- services d'urgence reçus à titre de patient externe;
- salle de soins intensifs, salle d'accouchement et salle d'opération;
- médicaments prescrits par un médecin en cours d'hospitalisation;
- analyses de laboratoire, radiographies et toute autre procédure diagnostique reçues à l'hôpital;
- services, appareils et articles administrés par l'hôpital;
- services d'un médecin, d'un chirurgien, d'une infirmière, d'un technicien et de tout employé de l'hôpital.

La personne couverte doit prévenir la Sun Life au moins 48 heures avant toute intervention chirurgicale ou procédure de diagnostic invasive ou majeure, à moins qu'un délai mette sa vie en danger. Dans le cas contraire, le remboursement se limitera à 80 % des frais médicaux admissibles.

Soins psychiatriques

Les frais relatifs au traitement médical de troubles psychiatriques nécessitant une hospitalisation ou reçu à titre de patient externe sont couverts à concurrence d'un maximum viager de 25 000 $ par personne couverte.

Il existe une liste des établissements hospitaliers privilégiés. Veuillez communiquer avec l'administrateur de votre établissement d'enseignement pour plus de précision, ou visitez le site Web du RSMC au www.c-hip.ca pour avoir accès à la liste des établissements hospitaliers privilégiés.

La Sun Life doit être avisée par tous les prestataires de services dès l'admission pour déterminer les frais médicaux admissibles.

2. Soins médicaux

Services médicalement nécessaires fournis par un médecin dans un hôpital, au cours d'une visite à domicile ou dans une clinique. Les services d'un anesthésiste sont également couverts s'ils sont recommandés par un médecin.

3. Autres soins médicaux de base

Le remboursement correspond au barème de frais du régime provincial d'assurance maladie, ou aux frais raisonnables habituellement exigés dans le cas de soins qui ne figurent pas dans le barème de frais du régime provincial.

(a) Services et procédures de diagnostic

Tests de diagnostic en laboratoire et radiographies qui sont médicalement nécessaires, s'ils sont prescrits par le médecin traitant au cours d'une urgence.

Exclusion : imagerie par résonnance magnétique (IRM), cathétérisme cardiaque, tomodensitométrie, sonographie ou ultrasons, biopsies, à moins que l'examen soit approuvé par la Sun Life.

b) Transport en ambulance

En cas d'urgence, transport terrestre ou aérien par service ambulancier autorisé en vue de transporter la personne couverte à l'hôpital le plus proche pour qu'elle y reçoive un traitement médical, à concurrence du montant maximum exigé par le régime d'assurance maladie de la province.

(c) Soins d'urgence à l'extérieur de la province/du pays

Services reçus en cas d'urgence en raison d'une maladie ou d'une blessure qui survient dans les 45 jours suivant la date à laquelle la personne couverte a quitté sa province de résidence. La personne couverte doit revenir dans sa province de résidence pendant au moins 24 heures pour que la couverture de 45 jours soit rétablie.

La personne couverte doit prévenir la Sun Life dans les 48 heures suivant l'admission à l'hôpital, à moins que sa vie soit en danger. Dans le cas contraire, le remboursement des frais médicaux admissibles pourrait être réduit.

Si la personne couverte doit recevoir des services en urgence pendant qu'elle voyage à l'extérieur du Canada, la couverture se limite aux frais couverts par le régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne couverte pour des services reçus en cas d'urgence à l'extérieur du Canada.

(d) Soins de maternité

Frais médicaux se rapportant à une grossesse et/ou à un accouchement, si la grossesse débute en cours de couverture ou dans les 30 jours qui précèdent la date d'entrée en vigueur de la couverture. La couverture doit demeurer en vigueur pour toute la durée de la grossesse.

Si la grossesse débute au cours de l'année de référence qui précède

immédiatement l'année de référence en cours, la couverture des soins de maternité peut s'étendre à l'année de référence en cours si, à tout moment depuis le début de la grossesse :

- il n'y a eu aucune interruption de la couverture;
- la Sun Life n'a pas mis fin à la couverture de la personne couverte;
- la personne couverte n'a pas été rapatriée vers son pays d'origine en vertu des dispositions de rapatriement ou de retour au pays.

La couverture comprend notamment les frais reliés à une césarienne ou à une fausse couche.

Les frais reliés à une interruption volontaire de grossesse sont également couverts lorsque le médecin traitant estime que la grossesse constitue un risque mettant la vie en danger et qu'il fournit à la Sun Life des preuves médicales satisfaisantes.

Les frais de puériculture pour un nouveau-né sont couverts à concurrence de 150 $.

Tous les frais doivent être engagés au Canada. Les frais reliés à une grossesse qui sont engagés à l'extérieur du Canada ne sont pas couverts.

La prestation maximale pour les frais de maternité est de 25 000 $ par année de référence.

(e) Oncothérapie

Les frais d'oncothérapie nécessitant une hospitalisation ou reçue à titre de patient externe sont couverts sous réserve d'un maximum viager de 25 000 $ par personne couverte.

4. Soins médicaux complémentaires

Le remboursement correspond aux frais raisonnables habituellement exigés.

(a) Médicaments sur ordonnance (remboursement à 80 %)

La Sun Life couvre le coût des médicaments suivants qui sont délivrés par un pharmacien sur l'ordonnance du médecin, du dentiste ou d'un autre professionnel autorisé à prescrire des médicaments aux termes de la loi, en vue du traitement à titre de patient externe d'une maladie ou d'une blessure, sous réserve d'un maximum de 10 000 $ par année de référence.

- médicaments nécessitant une ordonnance aux termes de la loi et ayant un numéro d'identification du médicament (DIN);
- médicaments injectables;
- préparations composées, pour autant que le principal ingrédient actif soit admissible et qu'il possède un numéro DIN;
- immunisation et vaccination, à concurrence de 100 $ par personne couverte par année de référence.

Les prestations versées pour chaque achat sont limitées au coût de la quantité qu'il est raisonnable d'utiliser pendant une période de 30 jours.

Les frais venant en excédent du prix du produit générique équivalent le

moins coûteux ne sont pas couverts.

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit, même s'il s'agit de soins, de médicaments et d'articles prescrits.

- mélanges pour biberon (lait et substituts du lait), minéraux, protéines, vitamines et traitements au collagène;
- suppléments alimentaires et protéinés, produits grand public et médicaments en vente libre, qu'ils soient prescrits ou non, produits de santé naturels, qu'ils aient ou non un numéro de produit naturel (NPN);
- frais de service et frais reliés à l'administration de sérums, de vaccins et d'injections;
- traitements de l'obésité, y compris les médicaments, stimulants de la pousse des cheveux, auxiliaires antitabagiques, tous les types de contraceptifs, médicaments pour le traitement de la stérilité, médicaments pour le traitement de la dysfonction sexuelle et médicaments utilisés à des fins esthétiques;
- Accutane pour le traitement de l'acné.

(b) Examens de la vue

Examens de la vue effectués par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé en vue d'obtenir une ordonnance pour des produits d'optique, à concurrence de 75 $ par visite par période de 24 mois.

(c) Soins paramédicaux

Les frais engagés pour les services d'un psychologue qualifié sont couverts à concurrence de 600 $ par année de référence pour les consultations à titre de patient externe.

Les frais engagés pour les services des spécialistes paramédicaux qualifiés ci-dessous sont couverts à concurrence de 30 $ par consultation et de 600 $ par spécialité par personne couverte par année de référence :

- services de physiothérapeutes;
- services de chiropraticiens;
- services d'ostéopathes;
- services de podiatres.

On entend par *qualifié* toute personne qui est membre de l'organisme approprié régissant l'exercice de sa profession établi par les autorités gouvernementales provinciales. En l'absence d'un tel organisme, la personne doit être un membre actif d'une association approuvée par la Compagnie.

Les spécialistes paramédicaux *qualifiés* doivent :

- être membres d'un organisme de réglementation ou, en l'absence d'un tel organisme, être membres d'une association approuvée par la Sun Life;
- être autorisés à exercer leur profession par l'organisme de réglementation provincial dont ils relèvent;
- avoir suivi la formation appropriée et obtenu les titres professionnels

requis relativement aux services ou aux articles fournis;
- maintenir des dossiers médicaux qui respectent les pratiques et les normes en vigueur dans leur domaine, ou les exigences d'un organisme de réglementation ou d'une association;
- fournir les dossiers médicaux à la Sun Life lorsque cette dernière en fait la demande, et répondre rapidement aux demandes de renseignements de la Sun Life;
- n'avoir recours à aucune pratique administrative qui est inacceptable pour la Sun Life.

La liste des qualifications n'est pas exhaustive. La Sun Life peut, à sa seule discrétion, déterminer si un spécialiste paramédical est qualifié et apte à fournir un service. Dans la mesure où les qualifications indiquées ci-dessus s'appliquent aux cliniques, la Sun Life peut, à sa seule discrétion, déterminer si une clinique est qualifiée de sorte que les services fournis par cette clinique soient admissibles à un remboursement en vertu du régime.

(d) Automutilation et tentative de suicide

Par suite d'une automutilation ou d'une tentative de suicide qui survient en cours de couverture, les frais pour les services suivants sont remboursés à concurrence d'un maximum viager de 20 000 $ par personne couverte :

- les soins aux malades hospitalisés ou externes (y compris les traitements au service des urgences);
- le transport en ambulance;
- les soins psychiatriques;
- les services d'une infirmière et le soutien à domicile (y compris les frais d'expertise);
- les traitements ambulatoires qui seraient pris en charge par le régime provincial d'assurance maladie.

5. Soins dentaires

(a) Accidents dentaires

Services d'un dentiste ou d'un chirurgien-dentiste visant à traiter des blessures à des dents naturelles permanentes résultant d'un coup accidentel reçu à la bouche en cours de couverture.

Le traitement doit être donné dans les 90 jours suivant la date de l'accident et doit se terminer dans les 60 jours suivant la cessation de la couverture.

Les prestations seront établies en fonction des honoraires prévus dans le tarif publié à l'intention des dentistes généralistes par l'association des chirurgiens-dentistes de la province où le traitement est reçu, à concurrence de 2 500 $ par accident.

La personne couverte doit fournir à la Sun Life un rapport d'accident provenant du dentiste ou du chirurgien-dentiste.

Les implants et les soins liés aux implants ou les services et appareils

connexes ne sont pas couverts.

Détermination préalable des prestations pour un accident dentaire
Un plan de traitement détaillé doit être soumis avant le début du traitement (sauf si un traitement d'urgence est immédiatement nécessaire pour soulager la douleur), afin que l'assureur puisse déterminer l'étendue de la protection offerte par le régime.

(b) Soins dentaires reçus en cas d'urgence

- Extraction de dents de sagesse incluses, lorsque médicalement nécessaire, à concurrence de 100 $ par dent par année de référence.
- Soulagement de la douleur dentaire qui n'est pas causée par un accident ou par des dents de sagesse incluses, à concurrence d'un maximum global de 500 $ par personne par année de référence.

Tous les traitements doivent être effectués en cours de couverture.

6. Rapatriement

Lorsqu'est posé un diagnostic de maladie terminale, qui doit emporter la personne couverte dans les 12 mois qui suivent, et que son état s'est stabilisé, ou lorsque la personne couverte décède, le régime prend en charge les frais effectivement engagés pour le rapatriement de la personne couverte ou de sa dépouille par le trajet le plus court jusqu'à l'aéroport le plus proche de son domicile dans son pays d'origine, à concurrence d'un maximum de 10 000 $ (la Sun Life doit considérer que les dépenses sont raisonnables par rapport aux tarifs généralement facturés pour ce genre de services). Les frais couverts comprennent le billet d'avion en classe économique pour la personne couverte (et le coût d'une civière, au besoin) et le billet d'avion aller-retour pour un auxiliaire médical qualifié (si le médecin traitant certifie que cette assistance est nécessaire), y compris, au besoin, les frais pour une nuit à l'hôtel et les repas de l'auxiliaire médical. La couverture prévoit le remboursement, en cas de décès, des frais raisonnables habituellement exigés pour la préparation et le transport de la dépouille, y compris le cercueil et l'équipement spécialisé.

Si la personne couverte refuse d'être transportée alors qu'elle est déclarée médicalement ou mentalement apte au transport, aucuns frais supplémentaires engagés après son refus d'être rapatriée vers son pays d'origine ne seront couverts.

7. Indemnité de retour au pays

La Sun Life se réserve le droit, dans la mesure du possible, de ramener la personne couverte dans son pays d'origine si cette dernière :

- est incapable de poursuivre ses études en raison d'une maladie ou d'une blessure; ou
- souffre d'une maladie grave nécessitant des soins continus.

Si la personne couverte refuse d'être transportée alors qu'elle est déclarée médicalement ou mentalement apte au transport, aucuns frais supplémentaires engagés après son refus d'être rapatriée vers son pays d'origine ne seront couverts.

8. Appareils et services médicaux

Frais engagés pour les appareils et services médicaux suivants, sur ordonnance du médecin traitant, à concurrence d'un maximum global de 1 000 $ par personne couverte par année de référence :

- prothèses non dentaires, comme des membres ou des yeux artificiels, à concurrence d'un maximum global de 200 $ par personne couverte par année de référence;
- équipement servant à l'administration d'oxygène, y compris la location, et équipement servant à la dialyse, à concurrence d'un maximum global de 500 $ par personne couverte par année de référence;
- appareils mineurs comme les béquilles, les plâtres, les attelles, les cannes, les écharpes, les bandages herniaires, les orthèses et les déambulateurs;
- cathéters, seringues hypodermiques;
- location temporaire d'un fauteuil roulant ou d'un lit d'hôpital (le coût de la location ne doit pas dépasser le prix d'achat et l'approbation préalable de la Sun Life est requise);
- plasma sanguin, sang total, y compris l'administration.

9. Examens médicaux annuels

Frais engagés pour une consultation par année de référence auprès d'un médecin en vue d'un examen général, à concurrence de 150 $ par visite.

10. Transport d'un membre de la famille

Frais raisonnables habituellement exigés pour un vol aller-retour en classe économique destiné à un membre de la famille immédiate, à concurrence de 2 500 $ par année de référence, dans les cas suivants :

- la personne couverte est hospitalisée à titre de patient interne pour sept journées consécutives ou plus et le médecin traitant a demandé la présence d'un membre de la famille immédiate; ou
- un membre de la famille immédiate doit identifier le corps d'une personne couverte avant la remise du corps.

11. Frais de subsistance des membres de la famille immédiate

Lorsqu'un membre de la famille immédiate est couvert par la disposition relative au transport d'un membre de la famille, les frais raisonnables habituellement exigés pour les repas et l'hébergement, si ceux-ci sont fournis par des établissements professionnels, sont couverts à concurrence de 150 $ par jour et d'un maximum de 1 500 $ par année de référence. Les reçus appropriés doivent être présentés à la Sun Life en vue d'un examen.

12. Dépistage de maladies sexuellement transmissibles

Frais reliés au dépistage de maladies sexuellement transmissibles, à concurrence de 100 $ par personne couverte par année de référence.

13. Services de tutorat privé

Frais engagés pour les services d'un professeur ou d'un tuteur privé qualifié, si la personne couverte est hospitalisée pendant au moins 30 jours consécutifs à titre de patient interne en raison d'une maladie ou d'une blessure, à concurrence de 25 $ l'heure et d'un maximum de 500 $ par année de référence.

14. Counseling post-traumatique

Si la personne couverte subit la perte couverte d'un ou de deux membres, ou de la vue d'un œil ou des deux yeux, ou d'un membre et de la vue d'un œil, dans les 90 jours suivant la date de l'accident, la Sun Life paiera jusqu'à six séances de counseling post-traumatique.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit :

- une affection préexistante. Par «affection préexistante», on entend une maladie, une blessure ou un problème de santé dont les signes et les symptômes qui sont apparus ont nécessité raisonnablement des soins médicaux, un traitement ou une hospitalisation ou ont entraîné un traitement médical ou une hospitalisation (y compris des modifications de la médication ou de la posologie) au cours de la période de 90 jours de la couverture.
- traitement, services ou articles qui sont jugés expérimentaux, esthétiques, illégaux ou non approuvés en vue d'une utilisation au Canada, non médicalement nécessaires ou non urgents, ou que la personne couverte utilise de sa propre initiative;
- frais venant en excédent des frais raisonnables habituellement exigés dans la région où les services ou articles sont donnés;
- frais admissibles pour lesquels
  - l'approbation écrite d'un médecin est requise mais n'a pas été fournie à la Sun Life;
  - une autorisation préalable est requise mais n'a pas été approuvée par la Sun Life;
  - un plan de traitement est requis mais n'a pas été fourni à la Sun Life;
- traitement médical fourni par un membre de la famille immédiate;
- rendez-vous manqués ou annulés, frais de livraison, déplacements en provenance ou à destination du lieu d'un rendez-vous;
- imagerie par résonnance magnétique (IRM), cathétérisme cardiaque, tomodensitométrie, sonographie ou ultrasons, biopsies;
- examens ou services médicaux requis uniquement pour l'usage ou à la demande d'un tiers (y compris à des fins d'immigration), ou consultations auprès d'un médecin par téléphone ou par courriel;
- non-respect des conseils, des instructions, du traitement ou des recommandations fournis par un médecin ou un autre fournisseur de soins de santé, ou déplacement contre l'avis du médecin;
- traitement reçu ou opération chirurgicale subie au Canada, lorsque cette couverture est souscrite ou lorsque la visite a lieu spécifiquement dans le but d'obtenir un traitement médical ou des soins hospitaliers, que cette visite soit effectuée ou non sur les conseils d'un médecin;

- services pour lesquels des frais n'auraient normalement pas été engagés en l'absence de la présente couverture ou que la personne couverte n'est pas tenue de payer aux termes de la loi;
- frais engagés dans le pays d'origine de la personne couverte;
- prestations auxquelles la personne couverte a droit en vertu d'un autre régime ou qui seraient fournies sans frais en l'absence de la présente couverture;
- acupuncture, dialyse, greffe d'organe, greffe de moelle osseuse, traitement du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou d'un syndrome associé au SIDA ou de conditions résultant du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ou conditions ou diagnostics similaires;
- traitement médical qui aurait raisonnablement pu être retardé jusqu'au retour de la personne couverte dans son pays d'origine;
- services qui contreviennent à la loi ou qui sont interdits par la loi en vertu du régime d'assurance maladie de la province ou du territoire applicable au Canada;
- services de traduction et d'interprétation de quelque nature que ce soit, même lorsqu'ils sont fournis au moment de la prestation de services médicaux;
- transport terrestre ou aérien par service ambulancier quand il n'y a pas d'urgence;
- traitement médical pour lequel la personne couverte est restée à l'extérieur de sa province de résidence pendant plus de 45 jours consécutifs.

Aucune prestation n'est payable pour une demande de règlement résultant d'une des causes ci-dessous :

- participation à des exercices de formation dans les forces armées, la milice, la garde nationale ou les forces de réserve organisées d'un pays ou d'une autorité internationale quelconque;
- guerre déclarée ou non, insurrection, acte de terrorisme, kidnapping, détournement, rébellion, participation volontaire à une émeute, à des protestations ou à un acte de désobéissance civile;
- voyage à destination d'un pays pour lequel un avis de sécurité a été émis par le gouvernement du Canada, avertissant les voyageurs d'éviter tout voyage non essentiel ou tout voyage dans ce pays;
- perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou illégal;
- conduite d'un véhicule motorisé en ayant les facultés affaiblies par l'effet de la drogue ou de l'alcool aux termes de la loi en vigueur là où le véhicule est conduit;
- consommation illégale de drogues, usage impropre ou abusif de drogues, d'alcool ou d'autres substances intoxicantes;
- activités suivantes :
  - sport professionnel, course ou concours de vitesse automobile;
  - activités risquées ou dangereuses comme le saut en parachute, l'alpinisme, le saut en chute libre, le saut à l'élastique, la spéléologie ou le vélideltisme;
  - plongée sous-marine sans être titulaire d'une certification appropriée qui est reconnue au Canada ou sans être accompagné d'un instructeur certifié;
  - transport aérien, à moins que la personne couverte soit un passager payant d'un vol d'une ligne aérienne commerciale;

- ski sur neige ou planche à neige en dehors des sentiers balisés d'un établissement récréatif supervisé;
- emploi lorsque la personne couverte n'est pas autorisée à travailler au Canada aux termes de la loi.

Coordination des prestations

Si vous bénéficiez de garanties semblables au titre d'un régime souscrit auprès d'un autre assureur, nous appliquons le principe de la coordination des prestations conformément aux normes établies dans l'industrie de l'assurance. Ces normes déterminent le régime au titre duquel vous devez présenter la demande de règlement en premier.

Le régime qui ne contient pas de clause de coordination des prestations est considéré comme le premier payeur; par conséquent, ce régime versera des prestations avant tout régime comportant une clause de coordination des prestations.

Les régimes d'assurance maladie prévoyant la couverture des frais dentaires engagés par suite d'un accident ont préséance sur les régimes Frais dentaires quant au règlement des prestations.

Les prestations provenant de l'ensemble des régimes ne peuvent dépasser les frais remboursables effectivement engagés.

Lorsque les deux régimes contiennent une clause de coordination des prestations, les demandes de règlement doivent être présentées dans l'ordre indiqué ci-dessous.

Les demandes de règlement portant sur des frais engagés pour un enfant doivent être présentées dans l'ordre suivant :

- régime d'assurance maladie ou dentaire offert par l'entremise d'un établissement d'enseignement qui couvre l'enfant à titre d'étudiant;
- régime du parent (père ou mère) dont l'anniversaire arrive en premier (mois et jour) dans l'année civile. Ainsi, si votre anniversaire tombe le 1er mai et celui de votre conjoint, le 5 juin, la demande doit être présentée en premier au titre de votre régime;
- si les parents ont le même anniversaire de naissance, régime du parent dont la première lettre du prénom arrive en premier dans l'alphabet.

L'ordre ci-dessus s'applique dans tous les cas, sauf si les parents sont séparés ou divorcés et qu'ils ne se partagent pas la garde de l'enfant, auquel cas l'ordre suivant s'applique :

- régime du parent qui a la garde de l'enfant.
- régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant.
- régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

Lorsque vous présentez une demande de règlement, vous êtes tenu de déclarer à la Sun Life toute couverture équivalente dont vous-même ou les personnes à votre charge bénéficiez.

Règlements

En règle générale, les remboursements sont effectués directement au fournisseur. Il est possible, exceptionnellement, que la personne couverte doive elle-même payer le fournisseur. Le cas échéant, les frais couverts sont remboursés à la personne couverte.

Pour tous les frais couverts, envoyez les formulaires de demande de remboursement dûment remplis accompagnés des originaux (pas de photocopies) des reçus détaillés à :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Service des règlements
C.P. 2015, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 0B1
Sans frais : 1-888-206-9004

La Sun Life doit recevoir la preuve de sinistre par écrit dans les six mois qui suivent la date à laquelle les frais sont engagés.

Délai de prescription

Délai de prescription en Ontario :
Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la *Loi de 2002 sur la prescription des actions.*

Délai de prescription dans les autres provinces :
Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la *Loi sur les assurances* ou toute autre loi applicable dans la province ou le territoire de résidence de la personne couverte.

Cessation de l'assurance

L'assurance pour vous et les personnes à votre charge prend fin à la première des dates suivantes :

- le dernier jour du mois pour lequel des cotisations ont été versées;
- le 65e anniversaire de naissance de la personne couverte;
- le dernier jour du mois où vous cessez de répondre aux critères d'admissibilité;
- le dernier jour du mois où une personne à charge cesse d'être admissible à l'assurance;
- le jour où la personne couverte quitte définitivement le Canada;
- si votre autorisation de séjour devient invalide pour quelque raison que ce soit;
- s'il est révélé qu'il y a eu fraude à l'assurance;
- la date à laquelle la personne couverte refuse d'être rapatriée après avoir été jugée médicalement ou mentalement apte à voyager au titre des articles 6 et 7 ci-dessus.

Prolongation de l'assurance

Si l'assurance doit normalement prendre fin pendant que la personne couverte est hospitalisée, ses garanties sont maintenues en vigueur jusqu'à la première des dates suivantes :

- le jour de son congé de l'hôpital;
- le 31e jour qui suit la cessation de l'assurance.

La prolongation de l'assurance ne s'applique qu'à vous; elle ne s'applique pas aux personnes à votre charge.

Droits d'obtenir des exemplaires des documents

Vous ou un demandeur pouvez, à toute époque, obtenir une copie des documents suivants :

- votre demande d'assurance; ou
- toute déclaration écrite ou tout autre document qui ne font pas partie de la demande d'assurance et que vous avez présentés à la Sun Life comme attestation de bonne santé.

Moyennant un préavis raisonnable, vous ou un demandeur pouvez également demander un exemplaire de la police collective.

La première copie vous sera envoyée sans frais, mais des frais seront imputés pour les copies suivantes.

La police collective n° 17857 contient une clause qui élimine ou restreint votre droit de désigner des personnes à qui ou au bénéfice de qui des prestations d'assurance sont payables.

Protection des renseignements personnels

À la Financière Sun Life, la protection des renseignements personnels vous concernant est une priorité. Nous conservons à nos bureaux un dossier confidentiel contenant des renseignements personnels sur vous ainsi que sur les contrats que vous avez auprès de notre organisation. Nous constituons ces dossiers dans le but de vous offrir des produits et des services de placement et d'assurance qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Seuls les employés, les représentants et les tiers fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion et du traitement du ou des contrats que vous avez souscrits auprès de notre organisation et des services s'y rapportant, nos réassureurs ainsi que toute autre personne que vous autorisez à le faire peuvent avoir accès aux renseignements personnels vous concernant. Dans certains cas, ces personnes peuvent être établies dans des territoires hors du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers. Vous avez le droit de consulter votre dossier et, s'il y a lieu, de le faire corriger en nous en faisant la demande par écrit.

Pour en savoir davantage au sujet de nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web au **www.sunlife.ca.** Pour de plus amples renseignements concernant nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels, par courriel (**responsableprotectionvieprivee@sunlife.com**) ou par la poste (Responsable de la protection des renseignements personnels, Financière Sun Life, 225, rue King Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3C5).

Compagnie d'Assurance AIG du Canada

Assurance mort et mutilation accidentelles de base
Régime de soins médicaux des collèges

Le programme d'assurance mort et mutilation accidentelles de base est en vigueur 24 heures sur 24, partout dans le monde, contre tout accident couvert. Lorsqu'une blessure corporelle provenant d'un accident provoque directement et indépendamment de toute autre cause, l'une ou l'autre des pertes ci-dessous à une personne assurée, dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suite à un accident, la Compagnie paiera l'indemnité indiquée ci-dessous.

Étendue de la protection

Tous les étudiants étrangers des établissements d'enseignement agréés canadiens.

Montant de la couverture

50 000 $

Indemnités

La vie, les deux mains, les deux pieds, la vision des deux yeux, une main et un pied, une main et la vision d'un œil, un pied et la vision d'un œil, un pied et la vision d'un œil, la parole et l'ouïe, l'usage des deux bras ou des deux mains	Le capital assuré
Un bras, une jambe, l'usage d'un bras ou d'une jambe	Les trois quarts du capital
Une main, un pied, la vision d'un œil, la parole ou l'ouïe, l'usage d'une main ou d'un	Les deux tiers du capital
Le pouce et l'index de la même main, quatre doigts d'une main	Le tiers du capital assuré
L'ouïe d'une oreille	Le sixième du capital assuré
Quadriplégie, paraplégie, hémiplégie	Deux fois le capital assuré
Tous les orteils d'un pied	Le huitième du capital assuré

Désignation de bénéficiaire

En cas de décès accidentel, l'indemnité sera payable à la succession de la personne assurée.

Toutes les autres indemnités seront payables à la personne assurée.

Indemnités supplémentaires

Indemnité de rapatriement

Lorsqu'à la suite de blessures indemnisées par cette police, l'assuré décède à l'extérieur de 200 km de son lieu de résidence permanent, la Compagnie prend à sa charge les frais engagés pour préparer et ramener le corps de l'assuré au lieu de résidence de la personne décédée jusqu'à concurrence de 15 000 $.

Indemnité de remboursement des frais de rééducation de l'assuré

Lorsqu'à la suite des blessures subies par l'assuré, la Compagnie procède au versement des indemnités prévues au Tableau des indemnités, elle paiera en plus toute dépense nécessaire et raisonnable jusqu'à concurrence de 15 000 $ engagée pour l'entraînement spécial de la personne assurée, pourvu que cet entraînement soit nécessaire suite aux blessures subies, et que l'assuré puisse reprendre ses études ou se qualifier pour une autre occupation pour laquelle il/elle n'aurait pas été embauché, n'eût été de ces blessures.

Transport d'un membre de la famille immédiate

Si, par suite de blessures couvertes par la police, la personne assurée est confinée, à un hôpital situé à plus de 200 km de son lieu de résidence permanent, la Compagnie assume les frais réels de déplacement engagés par le au chevet de la personne assurée ainsi que le transport entre l'hôtel et l'hôpital, et ce par le trajet le plus direct et un transporteur courant dûment certifié, sous réserve d'un maximum de 15 000 $.

Adaptation de la résidence et du véhicule

Si, par suite d'une blessure donnant droit à des prestations en vertu du Tableau des indemnités, la personne assurée a besoin d'un fauteuil roulant pour ses déplacements, la Compagnie s'engage à lui rembourser les frais de travaux d'aménagement jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 000 $ pour permettre l'accès d'un fauteuil roulant à sa résidence principale et les frais pour les modifications apportées à un véhicule automobile pour son usage personnel.

Frais dentaires

Si une blessure à des dents entières ou saines, demande un traitement, un remplacement ou une radiographie, l'assureur paiera, les dépenses réelles que l'assuré aura engagées pour ce traitement ou ces services, sans toutefois excéder le montant total de 1 000 $ par accident.

Indemnité pour frais funéraires

Si l'assuré décède par suite d'un accident, la Compagnie s'engage à rembourser les frais réels engagés pour les frais funéraires et d'enterrement jusqu'à concurrence d'un maximum de 6 500 $.

Indemnité pour frais de déplacement pour parents

En cas du décès accidentel d'une personne assurée, la Compagnie paiera les dépenses réelles engagées par les parents de la personne assurée pour le transport, chambre, pension et frais de voyage divers engagés pour se rendre dans la ville où le corps de la personne assurée se trouve, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 $.

Tutorat

Si une personne assurée est incapable de quitter son domicile ou sa chambre d'hôpital en raison d'une blessure couverte, la Compagnie s'engage à rembourser les frais engagés pendant la période de 52 semaines suivant la date de l'accident pour le tutorat dispensé par un enseignant, autre qu'un membre de la famille de la personne assurée vivant dans le même domicile qu'elle; l'enseignant doit être titulaire d'un certificat d'enseignement valide décerné par le ministère de l'Éducation provincial correspondant au niveau de scolarité atteint par la personne assurée, à la condition que :

- l'incapacité de quitter ce lieu se produise dans les 30 jours suivant la date de l'accident; et
- l'incapacité de quitter ce lieu soit ininterrompue et se poursuive pendant une période d'au moins 30 jours scolaires consécutifs, et
- les honoraires demandés ne dépassent pas 20 $ l'heure ni une somme globale de 500 $ à la suite du même accident.

Exclusions

Les pertes suivantes ne sont pas couvertes par la présente police :

- Suicide ou auto-destruction;
- Service actif et à plein temps au sein des forces armées;
- Guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre;
- Voyage à bord d'un avion à titre de pilote ou de membre d'équipage.

La présente brochure vous donne un résumé des principales caractéristiques du programme émis par la Compagnie d'assurance AIG du Canada.

Compagnie d'Assurance AIG du Canada

Indemnités pour frais médicaux à l'étranger/à l'extérieur de la province en cas d'urgence
Régime de soins médicaux des collèges

La Compagnie convient par la présente d'assurer tous les étudiants étrangers, âgés de moins de 65 ans, du Titulaire de la police pour qui la prime requise a été payée (ci-après nommés « personne assurée »), pour les dépenses engagées à la suite d'une perte résultant de blessures ou de maladie lors d'un séjour d'un maximum de 45 jours consécutifs à l'extérieur de la province de résidence, pendant que la présente police d'assurance est en vigueur.

Frais d'hospitalisation

Si une personne assurée est confinée à l'hôpital à la suite d'une blessure ou maladie, la Compagnie rembourse les frais réels, nécessaires et raisonnables engagés par la personne assurée, incluant le coût d'une chambre semi-privée, pour un tel séjour à la suite d'une urgence.

Frais médicaux en cas d'urgence

Lorsqu'à la suite de blessures ou de maladie la personne assurée engage des frais pour;

- un lit dans un service externe d'urgence,
- les services en cas d'urgence, d'un médecin ou chirurgien légalement qualifié,
- les services ambulanciers du lieu de l'accident ou de l'urgence médicale jusqu'à l'hôpital le plus près; la prestation maximale pour services ambulanciers terrestres est de 500 $ et pour services ambulanciers aériens est de 5 000 $ par événement,
- les services d'une infirmière dûment qualifiée sur recommandation du médecin traitant,
- la location de béquilles, d'appareils ou d'un lit d'hôpital,
- le coût d'attelles, écharpes, appareils orthopédiques,
- les examens radiologiques et les analyses de laboratoire effectués à des fins de diagnostic, ou les services physiothérapeute pendant l'hospitalisation sur recommandation du médecin traitant, jusqu'à concurrence d'un maximum de trois traitements par voyage, la Compagnie remboursera la personne assurée pour les frais réels engagés pendant que la présente assurance est en vigueur pour les traitements et services reçus.

Frais dentaires d'urgence à la suite d'un accident

Si une blessure à des dents entières ou saines, demande un traitement, la Compagnie remboursera les dépenses engagées pour le traitement d'urgence à l'extérieur de la province de résidence, sans toutefois excéder le montant total de 2 000 $ par accident.

Remboursement des frais pour médicaments prescrits en cas d'urgence

Lorsqu'à la suite de blessures ou d'une maladie la personne assurée engage des frais de médicaments pour traitement d'urgence, prescrits par le médecin traitant, la Compagnie remboursera les frais réels engagés par la personne assurée.

Évacuation d'urgence

En cas de blessure survenue ou de maladie ayant débuté pendant un voyage et exigeant le transport d'urgence de la personne assurée, la Compagnie versera les indemnités relatives au transport et aux services nécessaires, jusqu'à concurrence de 100 000 $. Le transport d'urgence doit être prescrit par un médecin légalement habilité qui atteste de la gravité de la blessure ou de la maladie de la personne assurée et recommande son transport d'urgence.

Indemnité de rapatriement

Si une personne assurée décède par suite d'un accident ou d'une maladie une indemnité maximale de 15 000 $, sera versée en compensation des frais engagés pour le retour de la dépouille mortelle, y compris les frais de préparation du corps pour le ramener dans la province de résidence.

Frais de transport en cas d'urgence

Lorsqu'à la suite de blessures ou d'une maladie l'état de la personne assurée nécessite le transport en civière à bord d'un appareil d'une compagnie aérienne commerciale pour retourner dans sa province de résidence, la Compagnie assumera les frais engagés jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 000 $.

Indemnité pour frais d'un accompagnateur médical

Lorsqu'à la suite de blessures ou d'une maladie l'état de la personne assurée nécessite un accompagnateur médical durant le transport de la personne assurée, la Compagnie paiera les honoraires de cet accompagnateur plus un siège aller-retour en classe économique et des dépenses raisonnables de voyage jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 000 $.

Indemnité pour frais d'hébergement et de voyage

La Compagnie s'engage à rembourser les frais normaux d'hébergement, de repas et de voyage connexes effectivement engagés par une personne assurée pour demeurer au chevet d'une personne assurée hospitalisée pour une période minimale de 5 jours consécutifs et plus à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Si une personne assurée requiert la présence d'un membre de sa famille immédiate sur recommandation du médecin traitant à la suite d'une blessure, d'une maladie ou d'un décès, la Compagnie paiera les dépenses engagées par le membre de la famille pour un billet aller-retour en classe économique, à destination de la personne assurée jusqu'à concurrence de 3 000 $ et de 100 $ par jour pour hébergement commercial pour un maximum de 20 jours consécutifs.

Indemnité maximum

La Compagnie versera des indemnités n'excédant pas un maximum viager de 1 000 000 $ CA par personne assurée.

Exclusions

Aucune indemnisation pour dépenses prévues au présent contrat ne sera effectuée pour des dépenses résultant directement ou indirectement de :

- grossesse ou complications associées dans les deux mois de la date prévue de l'accouchement;
- guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre;
- suicide, auto-destruction ou de toute tentative en ce sens que la personne assurée soit saine d'esprit ou non;
- affection ou blessure survenue lorsqu'un voyage est entrepris à des fins de traitements ou consultations médicaux relatifs à telle affection ou blessure;
- frais d'hospitalisation de plus de 48 heures si l'approbation de la Compagnie n'a pas reçue;
- dépenses engagées pour tout traitement ou chirurgie sur une base non urgente;
  - non nécessaire pour soulager immédiatement une douleur ou souffrance aiguë;
  - pouvant raisonnablement être retardé jusqu'au retour de la personne assurée dans sa province de résidence;
  - que la personne assurée choisit d'obtenir à l'extérieur de sa province de résidence, suivant un traitement, diagnostic ou état médical qui ne prévient pas la personne assurée de retourner dans sa province de résidence.

Que faire en cas d'urgence?

En cas d'urgence médicale, veuillez dans la mesure du possible communiquer avec Travel Assist avant d'obtenir des services ou conseils médicaux.

Les agents vous dirigeront vers un service médical dans la région où vous vous trouvez et s'assureront que l'attention médicale à recevoir est couverte. Si vous ne consultez pas Travel Assist, vous risquez de ne pas recevoir les soins dont vous avez besoin et les coûts peuvent ne pas être remboursables.

- Si vous payez les frais, veuillez vous assurer d'obtenir des reçus originaux et de les faire parvenir à la Compagnie d'Assurance AIG du Canada avec le formulaire de demande de règlement dûment rempli. Vous pouvez obtenir les formulaires de demande de règlement auprès de la Compagnie d'Assurance AIG du Canada ou de Travel Assist.
- Si vous communiquez avec Travel Assist au moment de l'urgence, les frais assurés seront payés directement à l'hôpital ou à la clinique médicale et un formulaire de demande de règlement vous sera envoyé pour être rempli.
- La Compagnie d'Assurance AIG du Canada fera la coordination des demandes de règlement avec votre régime d'assurance maladie provincial et votre régime d'assurance maladie complémentaire (s'il y a lieu) en votre nom.

Travel Assist

Protection partout dans le monde

Téléphone – Au Canada et aux États-Unis : 1-877-204-2017

Ailleurs dans le monde : 0 715 295-9967 (frais virés)

Compagnie d'assurance AIG du Canada

120 Bremner Boulevard, Suite 2200, Toronto (Ontario) M5J 0A8
416-596-3000

Le présent dépliant a été conçu pour vous donner un aperçu des garanties. À ce titre, il ne crée ni ne confère aucun droit particulier. Les modalités de votre assurance sont stipulées dans la police collective établie par la Compagnie d'Assurance AIG du Canada.

C-HIP

MERCER

AIG

Financière Sun Life

Ce régime a été mis sur pied par Mercer.
Financière Sun Life et le logotype qui l'accompagne sont des marques de service et de commerce déposées de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, qui sont réservées à l'usage de celle-ci et de ses sociétés affiliées, y compris la société Financière Sun Life.