



360° MC | ASSURANCE
COLLECTIVE

Votre régime d'assurance collective

**ÉTUDIANTS ÉTRANGERS
D'ÉTABLISSEMENTS UNIVERSITAIRES**

Police n° Q178

Fière alliée de



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Votre régime d'assurance collective

ÉTUDIANTS ÉTRANGERS D'ÉTABLISSEMENTS UNIVERSITAIRES

Police n° Q178

Assureur : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de la police d'assurance collective qui a pris effet le 15 août 2004. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1^{er} février 2019. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

TABLE DES MATIÈRES

ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS.....	1
GÉNÉRALITÉS.....	2
DESCRIPTION DES GARANTIES	4
GARANTIE DE BASE.....	4
GARANTIE COMPLÉMENTAIRE	11
EXCLUSIONS.....	13
ÉTATS DE SANTÉ PRÉEXISTANTS	14
OFFRE D'ASSURANCE VISITEURS AU CANADA	16
DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	18
DÉFINITIONS	18
ADMISSIBILITÉ.....	19
PARTICIPATION.....	19
PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE	19
ÉTENDUE DE LA PROTECTION	20
CESSATION DE L'ASSURANCE	20
COORDINATION DES PRESTATIONS	21

LOIS APPLICABLES ET JURIDICTION21

DEMANDE DE PRESTATIONS21

ASSISTANCE INFO ACCÈS-SANTÉ.....23

ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS

- Université Laval
- Université de Montréal
 - École Polytechnique
- Université de Sherbrooke
- Université du Québec
 - Université du Québec à Montréal
 - Université du Québec à Trois-Rivières
 - Université du Québec à Chicoutimi
 - Université du Québec à Rimouski
 - Université du Québec en Outaouais
 - Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
 - Institut national de la recherche scientifique
 - École nationale d'administration publique
 - École de technologie supérieure
 - Télé-université

RAPPEL IMPORTANT

En cas d'urgence médicale ou d'hospitalisation aux États-Unis seulement, vous devez communiquer avec le service d'assistance-voyage « Assistel » dans les 48 heures qui suivent l'hospitalisation au numéro suivant :

1 800 465-6390

La cessation de l'assurance durant le programme d'étude (au cours de toute session) entraîne la perte de l'admissibilité à l'assurance. En conséquence, un étudiant désirant par la suite adhérer de nouveau à l'assurance sera assujéti à la disposition ÉTATS DE SANTÉ PRÉEXISTANTS et aux limitations s'appliquant aux états de santé préexistants.

GÉNÉRALITÉS

Lorsqu'un adhérent engage des frais pour lui-même à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse, il a droit au remboursement des frais admissibles engagés à cet égard, sous réserve des modalités prévues aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES et des dispositions suivantes :

Le montant de remboursement par adhérent est sujet à un maximum viager de 700 000 \$.

Les frais couverts en vertu des présentes garanties sont ceux qui s'appliquent à des fournitures, soins ou services prescrits par un médecin et qui sont nécessaires au traitement de l'adhérent. Les fournitures doivent être acquises et les soins ou services dispensés alors que le présent contrat est en vigueur. Les frais relatifs aux soins, services et fournitures couverts doivent être conformes aux normes raisonnables et habituelles de la pratique courante des professions de la santé en cause.

Concernant les professionnels de la santé, seuls sont couverts les frais engagés pour des soins ou des traitements dispensés par un professionnel de la santé qui est membre en règle de la corporation professionnelle pertinente aux soins ou traitements en cause, ou à défaut de l'existence d'une telle corporation, de l'association professionnelle pertinente reconnue par l'assureur. Le professionnel ne doit pas habiter ordinairement dans la résidence de l'adhérent ni être parent avec lui. Sauf pour un médecin et un infirmier à l'hôpital, un seul traitement ou une seule consultation par jour, par le même professionnel, est couvert pour le même adhérent.

DESCRIPTION DES GARANTIES

GARANTIE DE BASE

Médicaments

Les premiers 3 750 \$ de frais admissibles de médicaments engagés au cours d'une même année d'assurance sont remboursés à 80 % et l'excédent à 100 %, sans franchise.

- a) Les médicaments et autres produits que le Régime général d'assurance médicaments du gouvernement du Québec couvrirait à l'égard des adhérents s'ils n'étaient pas couverts en vertu d'une assurance collective et qui sont fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien.
- b) Les médicaments prescrits en cours de traitement ne doivent en aucun cas excéder la quantité nécessaire pour un mois.
- c) À moins d'être couverts en vertu du Régime général d'assurance médicaments du gouvernement du Québec, certains médicaments prescrits par un médecin ne sont pas remboursables, dont :

produits en vente libre; vitamines, minéraux; médicaments pour enrayer l'habitude du tabac; produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou d'hygiène corporelle; substances ou médicaments utilisés ou administrés à titre préventif; médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence; produits homéopathiques ou dits naturels; suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation; écrans solaires; médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro; hormones de croissance; injections sclérosantes.

Autres frais admissibles

Les autres frais admissibles de la garantie de base sont remboursés à 100 %, sans franchise.

a) Frais hospitaliers

Les frais engagés lors d'un séjour à l'hôpital, jusqu'à concurrence du tarif d'une salle commune, selon le barème applicable aux citoyens étrangers, y compris tous les frais médicaux pertinents, jusqu'à concurrence de 60 jours par maladie ou blessure, par année d'assurance. Toutefois, en cas de maladie mentale, les frais lors d'un séjour à l'hôpital sont couverts jusqu'à concurrence de 30 jours par année d'assurance, que le séjour ait lieu ou non dans une unité psychiatrique.

En cas d'hospitalisation ou de chirurgie non urgentes, une autorisation préalable de l'assureur est toujours requise. En cas d'urgence, la personne assurée doit communiquer avec l'assureur dès qu'elle est en mesure de le faire.

Les frais engagés pour un traitement comme patient externe à un hôpital.

b) Médecins

Les honoraires de médecins ou chirurgiens, jusqu'à concurrence du montant prévu au Manuel des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes, tel que publié par le régime gouvernemental d'assurance maladie de la province de résidence de l'adhérent.

c) Psychiatrie

En l'absence d'hospitalisation, les frais pour le traitement de problèmes psychiatriques, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par adhérent, par année d'assurance.

d) Examen de la vue

Les frais d'examen par un optométriste ou ophtalmologiste licencié, jusqu'à concurrence de 75 \$ par adhérent, par année d'assurance.

e) Maternité

Les frais raisonnables engagés relatifs à une grossesse et toute complication s'y rattachant, ou à un accouchement, y compris une césarienne et les frais hospitaliers pour la pouponnière. Les frais raisonnables engagés pour des soins de néonatalogie qui sont médicalement nécessaires pour l'enfant, à condition que l'adhérente communique avec l'assureur à cet effet dans les 10 jours suivant la date de l'accouchement. Les frais pour les soins de néonatalogie et les frais hospitaliers pour la pouponnière sont couverts pendant un maximum global de 40 jours suivant la date de l'accouchement.

Si l'adhérente n'était pas assurée en vertu d'une garantie semblable au Canada au cours de l'année précédant son adhésion à la présente assurance, les frais relatifs à sa grossesse ne seront couverts que si l'accouchement est prévu plus de 30 semaines après son adhésion. Cette restriction ne s'applique pas en cas d'avortement spontané ou d'accouchement prématuré si l'enfant a été conçu dans les six semaines précédant ou suivant la date d'adhésion.

Les frais d'avortement thérapeutique pratiqué par un médecin et les frais reliés à une interruption volontaire de grossesse, soit un avortement médical ou un avortement chirurgical, pratiquée par un médecin selon les critères d'admissibilité de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Il est recommandé de se munir d'une assurance médicale pour l'enfant avant sa naissance.

f) Radiologie et examens de laboratoire

Les frais raisonnables et habituels pour les radiographies et les examens de laboratoire à des fins diagnostiques.

Pour un examen sanguin spécifique ou un examen radiologique spécifique, tel que scanner, résonance magnétique, tacco, mammographie, il est obligatoire, avant d'engager ces frais, d'obtenir l'autorisation de l'assureur.

g) Ambulance

Les frais raisonnables et habituels de transport par ambulance licenciée du lieu de l'accident ou de la maladie à l'hôpital le plus proche si la condition de l'adhérent rend impossible l'utilisation d'un autre moyen de transport.

h) Soins dentaires en cas d'accident

Les frais pour le traitement de blessures à des dents naturelles et saines, administré par un dentiste ou un chirurgien dentiste dans les 180 jours suivant l'accident, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par adhérent, par année d'assurance.

i) Stérilet

Les frais pour les stérilets sont admissibles à un remboursement.

j) Produits anesthésiants

Les produits anesthésiants, jusqu'à concurrence de 50 \$ par visite, ainsi que les honoraires de médecin relatifs à leur administration lors d'une intervention qui a lieu ou non à l'hôpital.

k) Dialyse rénale

Les frais médicaux et hospitaliers engagés pour la dialyse rénale jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 10 000 \$ par adhérent.

l) VIH

Les frais liés au traitement d'une infection au VIH, avec ou sans symptôme, du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), du parasida (ARC) ou à la présence du VIH, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 10 000 \$ par adhérent.

m) Hors Québec

Les frais médicaux raisonnables et habituels admissibles engagés par l'adhérent pendant un séjour à l'extérieur du Québec seront remboursés à condition qu'un médecin ait recommandé le **traitement d'urgence** d'une blessure ou d'une maladie subite et inattendue de l'adhérent survenue au cours d'un voyage d'une durée maximale de :

- 14 jours aux États-Unis, au Canada ou dans son pays de résidence permanente;
- 120 jours dans un pays offrant une activité de formation reconnue par l'Université et à laquelle l'adhérent participe.

Si le séjour hors du Québec excède la durée maximale, la protection de l'adhérent est interrompue et ne reprend qu'à la date de son retour au Québec.

Les frais admissibles n'excéderont pas les frais raisonnables et habituels remboursables en vertu d'un régime gouvernemental d'assurance maladie dans la province de résidence de l'adhérent pendant son inscription dans un établissement d'enseignement canadien reconnu.

Les frais médicaux d'urgence admissibles pendant un séjour à l'extérieur du Québec comprennent :

- les frais pour séjour en salle commune et autres produits et services fournis par l'hôpital;
- les soins prodigués par un médecin ou par un chirurgien licencié;
- les soins dispensés à titre de patient externe;
- les médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance d'un médecin;
- le transport par ambulance requis par l'état de santé;

- tout autre produit et service nécessaire du point de vue médical et normalement couvert au titre des garanties du contrat général.

Toutes exclusions, restrictions et franchises en vertu des garanties de base et complémentaire s'appliquent aux frais engagés par l'adhérent séjournant à l'extérieur du Québec.

En cas d'urgence médicale ou d'hospitalisation, avant d'engager des frais, l'adhérent doit communiquer immédiatement avec le service d'assistance-voyage « Assistel ». Manquer à cette obligation peut limiter les frais remboursables à 50 000 \$ aux États-Unis.

n) Service d'assistance-voyage

Si un adhérent doit engager des frais pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure au Québec, ou s'il engage des frais pour le traitement d'urgence d'une blessure ou d'une maladie subite et inattendue à l'extérieur du Québec, cet adhérent pourra communiquer en tout temps avec notre service d'assistance-voyage « Assistel » qui prendra les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants, s'il y a lieu :

- a) assistance téléphonique sans frais 24 heures sur 24;
- b) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;
- c) aide pour l'admission à l'hôpital;
- d) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné, selon les critères prévus au contrat;
- e) rapatriement de l'adhérent dans son pays de résidence, dès que son état de santé le permet, comme prévu au contrat;
- f) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
- g) règlement des formalités en cas de décès, tel que prévu au contrat;
- h) envoi d'aide médicale et de médicaments si l'adhérent se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transporté;

- i) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- j) transmission de messages aux proches de l'adhérent en cas d'urgence;
- k) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

Notre service d'assistance-voyage « Assistel » est disponible 24 heures sur 24, à longueur d'année. Voici les numéros à composer selon la provenance de l'appel :

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Région de Montréal	(514) 875-9170
Canada et États-Unis	1 800 465-6390 (sans frais)
Ailleurs dans le monde (Excluant les Amériques)	indicatif outre-mer + 800 29485399 (sans frais)
Partout dans le monde	(514) 875-9170 (frais virés)

o) Rapatriement en cas de soins complexes et continus

Si le diagnostic indique que l'état de santé de l'adhérent nécessite une hospitalisation de longue durée pour soins complexes et continus, sous réserve de l'approbation du médecin traitant de l'adhérent et du médecin consultant de l'assureur, les frais raisonnables et courants pour rapatrier l'adhérent dans son pays de résidence permanente par un moyen de transport convenable, jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

Advenant que l'adhérent n'accepte pas la décision de l'assureur de se faire rapatrier dans son pays de résidence permanente, l'assurance cesse après la date de rapatriement proposée.

p) Rapatriement en cas de décès

Advenant le décès de l'adhérent, l'assureur rembourse les frais de préparation et de transport de la dépouille de l'adhérent à son pays de résidence permanente, y compris les frais d'ambulance et de séjour à la morgue, jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE

Remboursement

Les frais admissibles de la garantie complémentaire sont remboursés à 100 %, en excédant d'une franchise de 50 \$ par année d'assurance.

a) Physiothérapeute

Les frais raisonnables et habituels d'un physiothérapeute licencié aux fins de traitement de physiothérapie, jusqu'à concurrence de 750 \$ par adhérent, par année d'assurance.

b) Chiropraticien

Les frais raisonnables et habituels d'un chiropraticien agréé et des examens radiologiques aux fins de traitement, jusqu'à concurrence de 500 \$ par adhérent, par année d'assurance.

c) Ostéopathe

Les frais raisonnables et habituels d'un ostéopathe agréé, y compris les radiographies et les analyses de laboratoire aux fins diagnostiques, jusqu'à concurrence de 500 \$ par adhérent, par année d'assurance.

d) Podiatre

Les frais raisonnables et habituels d'un podiatre, y compris les radiographies et les analyses de laboratoire aux fins diagnostiques, jusqu'à concurrence de 500 \$ par adhérent, par année d'assurance.

e) Psychologue

Les frais raisonnables et habituels engagés pour les soins d'un psychologue licencié jusqu'à concurrence de 500 \$ par adhérent, par année d'assurance.

f) Soins infirmiers

Les frais raisonnables et courants pour les services d'un infirmier diplômé qui ne réside pas normalement avec l'adhérent et qui n'est pas membre de la famille immédiate de l'adhérent, du conjoint ou des enfants à charge et sous réserve que les soins sont prescrits par un médecin ou par un chirurgien légalement licencié.

Les frais ne doivent pas excéder le tarif quotidien pour un séjour en salle commune à l'hôpital. Les soins doivent être dispensés où habite l'adhérent et doivent expressément remplacer une hospitalisation. Les frais sont limités à 60 jours par blessure, maladie ou accident par adhérent, par année d'assurance.

g) Autres services et produits

Les frais courants pour la location d'appareils médicaux légers approuvés au préalable par l'assureur, tels que béquilles, plâtres, attelles, cannes, écharpes, bandages herniaires, appareils orthopédiques, déambulateurs ainsi que les fauteuils roulants conventionnels et les lits d'hôpital conventionnels.

Ces appareils doivent être prescrits par le médecin traitant et être nécessaires du point de vue médical. Le montant de la location ne doit pas excéder le prix d'achat.

Les frais raisonnables et courants engagés en vue d'obtenir du sang entier, du plasma sanguin ou de l'oxygène, y compris la location de l'équipement servant à leur administration.

EXCLUSIONS

Aucunes prestations ne sont payables pour les frais engagés directement ou indirectement pour ce qui suit :

- a) les prothèses auditives, lunettes, lentilles cornéennes, prothèses dentaires ou membres artificiels;
- b) tout vol aérien autre que comme passager dans un transporteur public licencié pour le transport de passagers contre rémunération;
- c) tout examen annuel médical (régulier ou non) excluant une visite ayant pour objet la contraception;
- d) tout examen médical demandé par un tiers, y compris les examens médicaux aux fins d'immigration, les consultations téléphoniques auprès d'un médecin, l'acupuncture, les drogues au stade expérimental, les médicaments ou vaccins préventifs;
- e) tout traitement et chirurgie facultatifs;
- f) toute chirurgie plastique ou esthétique;
- g) tout traitement ou toute chirurgie ou intervention bucco-dentaire, sous réserve des dispositions prévues en cas d'accident;
- h) la guerre civile ou étrangère, les actes d'ennemis étrangers, les hostilités (déclarées ou non), la rébellion, la révolution, l'insurrection ou le pouvoir militaire;
- i) la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte illégal ou d'un acte criminel;
- j) la transplantation d'organe ou de moelle osseuse;
- k) les soins considérés comme expérimentaux et que l'Association médicale canadienne ne reconnaît pas comme étant d'usage courant;
- l) les soins dans un centre de réhabilitation, dans une maison de convalescence ou des vacances en vue de rétablir la santé;
- m) les traitements d'orthophonie et de thérapie du langage;

- n) les services diététiques, sauf dans le cas du diabète;
- o) les services de naturopathie ou de massothérapie;
- p) le traitement ou une intervention chirurgicale subi au cours d'un voyage, si ce voyage a été entrepris en vue d'obtenir des services médicaux ou hospitaliers, que ce voyage ait été recommandé par un médecin ou non;
- q) tout traitement ou toute hospitalisation lié à une rechute de la maladie pour laquelle un adhérent aurait déjà été rapatrié dans son pays de résidence permanente;
- r) les médicaments, les hormones, les produits et les injections servant au traitement de l'obésité;
- s) les produits et les médicaments servant au traitement de dysfonctions sexuelles;
- t) les médicaments et les autres produits que le Régime général d'assurance médicaments du gouvernement du Québec ne couvre pas.

ÉTATS DE SANTÉ PRÉEXISTANTS

Sous réserve des dispositions prévues au paragraphe **e) Maternité** de la garantie de base, les frais engagés pour toute maladie, blessure ou grossesse dont les symptômes se sont manifestés avant la date de début d'assurance sont admissibles, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 10 000 \$ par adhérent.

La cessation de l'assurance durant le programme d'étude (au cours de toute session) entraîne la perte de l'admissibilité à l'assurance. En conséquence, un étudiant désirant par la suite adhérer de nouveau à l'assurance sera assujéti à la présente disposition et aux limitations s'appliquant aux états de santé préexistants.

Cette limite est non applicable si l'adhérent n'a pas reçu de traitement médical, consultation, soins, services médicaux ou médication au cours de la période de 3 mois précédant le début de l'assurance ou pendant une période de 12 mois consécutifs suivant le début de l'assurance.

De plus, l'asthme, l'épilepsie et le diabète ne sont pas considérés être des états de santé préexistants.

OFFRE D'ASSURANCE VISITEURS AU CANADA

L'assurance visiteurs au Canada n'est pas incluse dans le présent régime d'assurance collective, mais l'adhérent peut l'obtenir auprès de l'assureur.

Cette assurance rembourse les frais médicaux raisonnables et habituels admissibles engagés par toute personne à charge de l'adhérent en visite au Canada, à condition qu'un médecin ait recommandé le **traitement d'urgence** d'une blessure ou d'une maladie subite et inattendue de l'adhérent survenue au cours d'un séjour au Canada, jusqu'à concurrence :

- de 150 000 \$;
- d'un séjour maximal de 365 jours.

Les frais admissibles pendant le séjour d'une personne à charge au Canada comprennent :

- les soins hospitaliers;
- les soins et services médicaux (médecin, chirurgien, etc.);
- les soins et services prescrits par un médecin (médicaments, analyses de laboratoire, radiographie, etc.);
- les soins de professionnels de la santé (chiropraticien, podiatre, etc.);
- les frais de subsistance;
- les soins dentaires;
- les frais de déplacement (ambulance, rapatriement, etc.);
- certains frais liés au décès.

Pour obtenir plus de renseignement, l'adhérent peut visiter le desjardins.com/visiteursauCanada.

L'adhérent désirant se procurer cette assurance pour son conjoint et ses enfants peut le faire en ligne au www.visiteursauCanadadesjardins.com ou téléphoner à l'un des numéros suivants :

- Canada et États-Unis : 1 855 440-9884 (sans frais)
- Partout dans le monde : 418 647-5476

Toutefois, l'adhérent désirant se procurer cette assurance pour ses enfants de moins de 18 ans seulement doit le faire par téléphone à l'un des numéros ci-dessus.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

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

Adhérent : un étudiant étranger admis à l'assurance.

Année contractuelle : période de 12 mois du 1^{er} septembre au 31 août de l'année suivante.

Blessure : une lésion corporelle qui nécessite un traitement médical.

Étudiant étranger : pour les fins de l'assurance maladie et hospitalisation, un étudiant **inscrit à l'Université ou réputé inscrit à l'Université** et qui n'est pas citoyen canadien ni résident permanent.

Toutefois, l'étudiant qui est citoyen canadien, qui vit à l'étranger et qui revient étudier au Québec sans y résider de façon permanente est considéré comme étudiant étranger aux termes du régime d'assurance collective.

Franchise : montant non remboursable, retenu annuellement par l'assureur sur les frais admissibles de la garantie complémentaire.

Hôpital : tout hôpital autorisé par la loi à fournir des soins et services hospitaliers à condition qu'il soit reconnu et couvert par une loi provinciale d'assurance hospitalisation (à l'extérieur du Canada, tout hôpital possédant un statut similaire).

Maladie : toute détérioration de la santé ou trouble de l'organisme constaté par un médecin, y compris la grossesse et toute complication en résultant ou un accouchement incluant une césarienne, ainsi que l'avortement thérapeutique effectué par un médecin.

Médecin : tout médecin légalement autorisé à pratiquer la médecine.

Preneur / Université : les établissements universitaires participant à l'assurance collective.

Urgence : le fait d'avoir besoin d'un traitement médical immédiat pour le soulagement d'une douleur ou souffrance aiguë par suite d'une maladie ou blessure imprévisible et inattendue survenant au cours d'un séjour à l'extérieur du Québec et que ledit traitement médical ne peut être reporté au retour de l'adhérent dans sa province de résidence.

ADMISSIBILITÉ

Tout étudiant étranger inscrit à l'Université est admissible à l'assurance.

PARTICIPATION

La participation est obligatoire pour tout étudiant étranger admissible et prend effet à la date de son inscription à l'Université.

Cependant, tout étudiant étranger admissible est exempté de participer s'il démontre dans les délais requis et à la satisfaction de l'Université la preuve d'assurance maladie ou hospitalisation accordée en tant que boursier d'organisme ou la preuve de son admissibilité à une entente de réciprocité en matière de santé et de sécurité sociale.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

La date de prise d'effet de l'assurance de l'adhérent est indiquée sur la demande d'adhésion fournie par l'Université. Cependant, pour le nouvel étudiant qui a en mains une lettre confirmant son admission à l'Université, l'assurance à son égard prend effet le 15 du mois précédant le début du trimestre d'entrée à l'Université ou si postérieure, à la date de son arrivée au Québec.

ÉTENDUE DE LA PROTECTION

La protection de l'adhérent s'applique au Québec, 24 heures par jour. La protection s'applique également en cas d'urgence lors de séjour temporaire hors du Québec.

CESSATION DE L'ASSURANCE

L'assurance d'un adhérent cesse à la première des dates suivantes :

- a) la date d'expiration de la période couverte par les primes versées à l'assureur au nom de l'adhérent;
- b) la date à laquelle l'étudiant étranger est admis à un régime gouvernemental de soins médicaux au Canada;
- c) nonobstant le point d) ci-dessous, la date coïncidant à la quinzième (15^e) journée d'un séjour à l'extérieur du Québec passé aux États-Unis, au Canada ou dans son pays de résidence, sans égard au but du voyage;
- d) la date coïncidant à la cent vingt-et-unième (121^e) journée d'un séjour à l'extérieur du Québec alors qu'il participe à une activité de formation reconnue par l'Université;

Cependant, dans tous les cas mentionnés aux paragraphes c) et d), l'assurance est rétablie au retour de l'adhérent au Québec;

- e) la date à laquelle l'étudiant étranger quitte définitivement le Québec;
- f) le premier jour du mois suivant le soixante-cinquième anniversaire de naissance de l'adhérent;
- g) la date à laquelle l'étudiant n'est plus inscrit à l'Université;
- h) la date de terminaison du contrat d'assurance.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si, en vertu d'une quelconque autre assurance ou de toute loi sociale en vigueur dans la province de résidence de l'adhérent, ce dernier a droit à un remboursement de frais qui sont remboursables en vertu de la présente assurance, le montant du remboursement accordé en vertu de cette autre assurance est retranché des frais remboursables en vertu de la présente assurance.

Les prestations payables en vertu de toute autre assurance incluent les prestations auxquelles l'adhérent aurait eu droit si une demande de règlement avait été soumise à son égard.

LOIS APPLICABLES ET JURIDICTION

Toute disposition de la police non conforme aux lois applicables est présumée sans effet. Lorsque la police contient une disposition prohibée par la loi, toutes les autres dispositions de la police demeurent en vigueur.

La police, son interprétation, son exécution, son application, sa validité et ses effets sont assujettis aux lois qui sont en vigueur au Canada et dans la province et qui régissent en partie ou en totalité l'ensemble des dispositions qu'elle contient.

Tout litige relatif à sa conclusion, son interprétation ou son exécution sera soumis exclusivement aux tribunaux compétents de la province canadienne dont les parties conviendront.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Le règlement des demandes repose sur l'analyse des renseignements transmis à l'aide des formulaires de demande de prestations. La rapidité du paiement des prestations dépend de la précision des renseignements qui y sont fournis. Des formulaires sont disponibles au siège social de l'assureur et auprès de la personne responsable de l'assurance collective de l'Université à laquelle l'adhérent est inscrit.

Toutes les prestations sont payables en monnaie canadienne, à l'adhérent lui-même. Toutefois, lorsque la demande de règlement porte sur un compte non acquitté de frais couverts, les prestations sont versées au pourvoyeur des services qui font l'objet de la demande de règlement.

L'assureur n'est responsable d'aucune demande de prestations qui lui est soumise plus de 12 mois après la date de l'événement qui ouvre droit aux prestations.

Toute demande de prestations doit être dûment remplie, accompagnée des factures originales acquittées et adressée à :

**DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE,
COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec)
G6V 6R2**

Pour tout renseignement supplémentaire concernant les couvertures d'assurance ou relatif aux demandes de prestations d'assurance ou d'hospitalisation, l'adhérent est invité à communiquer avec notre Centre de contact avec la clientèle entre 8 h 00 et 17 h 00 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

Région de Québec : (418) 838-7580

Autres régions (sans frais) : 1 866 838-7580

Vous pouvez également nous rejoindre par courrier électronique à l'adresse suivante :

servicecollectif@dsf.ca

En dehors de ces heures d'ouverture, en cas d'urgence médicale ou d'hospitalisation dans votre province de résidence ou ailleurs au Canada, vous pouvez communiquer avec notre service d'assistance-voyage « Assistel » 24 heures sur 24, à longueur d'année aux numéros suivants :

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Région de Montréal	(514) 875-9170
Canada et États-Unis	1 800 465-6390 (sans frais)
Ailleurs dans le monde (Excluant les Amériques)	indicatif outre-mer + 800 29485399 (sans frais)
Partout dans le monde	(514) 875-9170 (frais virés)

ASSISTANCE INFO ACCÈS-SANTÉ

Le service téléphonique Assistance Info Accès-Santé vous permet de communiquer en toute confidentialité avec des professionnels de la santé et d'obtenir des renseignements portant sur la santé, la diététique, la mise en forme, la vaccination, la puériculture, le mode de vie, les ressources de votre région, etc. Ce service vous est offert 24 heures sur 24, à longueur d'année aux numéros suivants :

Région de Montréal : (514) 875-2632
Autres régions (sans frais) : 1 877 875-2632

Notre engagement envers nos adhérents

En tant qu'adhérent, vous avez droit à notre attention, à notre respect et à notre disponibilité. Vous pouvez compter sur l'engagement de notre équipe à traiter vos demandes avec objectivité et diligence afin de toujours bien vous servir.

Desjardins Assurances place les besoins de ses adhérents au centre de ses préoccupations. Votre sécurité financière nous est primordiale. Ainsi, nous sommes en mesure d'apporter un soutien financier en cas de maladie, d'accident ou de décès.

La présente brochure donne un aperçu de nos obligations financières envers vous.

desjardinsassurancevie.com



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Desjardins Assurances désigne Desjardins
Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

MD Marque déposée propriété de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie

La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada reconnaît l'importante contribution de ses commanditaires. Cette reconnaissance ne constitue pas une recommandation.

MC L'icône du cœur et de la / seule et l'icône du cœur et de la / suivie d'une autre icône ou de mots en français ou en anglais sont des marques de commerce de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada utilisées sous licence.



Ce document est imprimé sur du papier Roland Enviro.

100 %