

CONDITIONS GÉNÉRALES

ADMISSIBILITÉ

Étudiant ou spécialiste invité de nationalité étrangère qui est inscrit à titre d'étudiant à temps plein, à temps partiel ou à titre d'étudiant de recherche :

- qui n'est pas citoyen canadien ou résident permanent, ou
- qui est citoyen canadien mais n'est pas couvert par un régime provincial d'assurance-maladie.

PERSONNES À CHARGE

Conjoint ou enfant, qui réside temporairement au Canada.

Conjoint

Par conjoint, on entend votre conjoint en vertu d'un mariage ou de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou la personne de sexe opposé ou de même sexe qui est publiquement présentée comme étant votre conjoint depuis au moins 1 an. À toute époque, le régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint.

Enfant

Par enfant, on entend tout enfant de l'étudiant ou de son conjoint, enfant adopté ou enfant pris en foyer nourricier, qui n'est pas lié par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi, et qui est âgé de moins de 21 ans (26 ans, s'il s'agit d'un étudiant dont vous assurez entièrement le soutien). Aucun enfant ne peut être considéré comme étant à la charge de plus d'un étudiant.

PRISE D'EFFET DE LA PROTECTION

La protection prend effet le premier jour de la période où vous devenez assuré ou la date à laquelle vous arrivez au Canada, si cette date est postérieure.

CESSATION DE LA PROTECTION

La protection de l'étudiant et de ses personnes à charge prend fin à la date où :

- vous terminez vos études, excepté lorsque vous restez au Canada en attendant la cérémonie de remise des diplômes.
- votre école ou collège reçoit la preuve de couverture d'assurance sous un régime ou programme parrainés par l'État.

NOTE IMPORTANTE : Ce dépliant est un sommaire des garanties auxquelles vous avez droit. En cas de divergence entre les dispositions du contrat collectif et les renseignements contenus dans le présent dépliant, c'est le contrat qui prime. Veuillez vous référer à votre bureau des étudiants étrangers.

SOMMAIRE DES GARANTIES

1. ASSURANCE VIE DE L'ÉTUDIANT

Capital assuré : 3 000 \$

Rapatriement : Jusqu'à 5 000 \$ pour le rapatriement du défunt ou frais funéraires.

2. DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Décès : 5 000 \$

Mutilation accidentelle : Entre 1 000 \$ et 10 000 \$, selon le montant indiqué dans le Tableau des prestations.

Les prestations versées pour l'ensemble des pertes subies dans un même accident ne peuvent dépasser 10 000 \$.

3. ASSURANCE MALADIE DE BASE

Prestation viagère maximale 1 500 000 \$
Année de référence du 15 août au 14 août

La garantie frais médicaux prévoit le remboursement des frais engagés pour des services et articles couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) nécessaires au traitement d'une maladie jusqu'à concurrence de la prestation maximale prévue par la RAMQ pour les étudiants étrangers.

La Sun Life a établi un réseau de fournisseurs sélectionnés. Veuillez vous adresser à la Sun Life avant d'encourir des frais.

Nous couvrons 100% des soins et services reçus d'un fournisseur sélectionné et les frais raisonnables habituellement exigés pour les soins et services reçus ailleurs.

a) Frais hospitaliers :

- à titre de malade hospitalisé, à concurrence du tarif d'une salle commune, maximum 60 jours. Cette garantie est disponible après 60 jours d'hospitalisation seulement si votre état médical ne vous permet pas de retourner dans votre pays d'origine. Toutefois, l'hospitalisation pour des raisons psychiatriques est limitée à 30 jours.
- soins reçus à l'hôpital à titre de malade externe ou en clinique d'urgence.
- grossesse, maximum 2 jours pour un accouchement naturel (en cas de complications, une période plus longue peut s'appliquer). Une grossesse qui a débuté avant la date de protection sera remboursée seulement si la personne était couverte sous une garantie semblable au Canada, le jour précédant la date d'effet et pour une période d'au moins 12 mois consécutifs.
- soins et produits dispensés en pouponnière d'un hôpital, pour un enfant prématuré seulement, né après une période de gestation de moins de 37 semaines, à concurrence de 10 jours.

- b) **Avortement thérapeutique** effectué par un médecin dans un hôpital ou dans une clinique d'avortement.
- c) **Chirurgie buccale ou dentaire** pratiquée en milieu hospitalier prescrit par le médecin, à concurrence de 250 \$ par personne par année de référence.
- d) **Frais médicaux, chirurgicaux, d'anesthésie** et consultations de spécialistes.
- e) **Soins psychiatriques** donnés par un psychiatre autorisé. La prestation maximale payable est de 10 000 \$ par personne par année de référence.
- f) **Visites médicales** ayant pour but la contraception.
- g) **Prothèses mammaires** nécessaires à la suite d'une mastectomie. La prestation maximale payable est de 200 \$ par sein par année de référence.
- h) **Examens physiques périodiques.**

4. ASSURANCE MALADIE SUPPLÉMENTAIRE

Prestation individuelle annuelle maximale 7 500 \$
Pourcentage de remboursement 100%
Année de référence du 15 août au 14 août

- a) **Médicaments** qui nécessitent une ordonnance, figurant dans la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ).
- b) **Frais d'hospitalisation** dans une salle, à concurrence du tarif d'une chambre semi-privée.
- c) **Transport local dans une ambulance autorisée**, à destination ou en provenance de l'hôpital approprié le plus proche, pour des raisons d'ordre médical.
- d) **Soins d'infirmières exerçant à titre privé**, donnés hors de l'hôpital et nécessaires pour des raisons d'ordre médical. Les services donnés doivent consister en soins infirmiers; ils ne doivent pas avoir pour objet la surveillance du malade. Par *infirmières exerçant à titre privé*, on entend des infirmières ou infirmiers et infirmières ou infirmiers auxiliaires, qui sont autorisés à exercer leur profession dans la province de votre domicile et qui ne résident pas normalement avec vous. Les services d'infirmières autorisées ne sont couverts que s'ils ne peuvent pas être donnés par des infirmières auxiliaires. La prestation maximale payable est de 5 000 \$ par personne par année de référence.
- e) **Examens de laboratoire** effectués dans un laboratoire commercial, CLSC ou un Centre médical de l'établissement d'enseignement dans le but de diagnostiquer une maladie (les examens faits au cabinet du médecin ou dans une pharmacie sont exclus).
- f) **IRM** (imagerie par résonance magnétique) et tomodensitométries.
- g) **Radiographies** effectuées dans un établissement de radiologie agréé dans le but de diagnostiquer une maladie.

- a) **Soins dentaires**, y compris les frais d'attelles et d'arcs dentaires, pour le traitement des dents naturelles endommagées dans un accident survenu en cours de protection. Les soins doivent être donnés dans les 12 mois suivant l'accident. La prestation maximale payable est de 1 000 \$ par personne par année de référence.
- b) **Services d'ophtalmologistes ou d'optométristes autorisés**, un examen par personne par période de 2 ans.
- c) **Location d'équipement** (ou, à la discrétion de la Sun Life, achat d'appareils) pour usage thérapeutique temporaire.
- d) **Plâtres**, attelles, bandages herniaires, orthèses et béquilles.
- e) **Achat et réparation de membres**, yeux ou larynx artificiels, à l'exclusion des appareils myoélectriques.
- f) **Soutiens-gorge post-opératoires**, nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale, sous réserve d'un maximum de 2 soutiens-gorge par personne par année de référence.
- g) **Échographies**, effectuées dans une clinique privée pour établir un diagnostic relativement à une maladie. Les échographies reliées à la grossesse sont couvertes qu'à compter de la 18^e semaine de gestation et à concurrence de 2 par grossesse.
- h) **Électrocardiogrammes, mammographies et thermographies**, effectuées dans une clinique privée.
- i) **Autres services**, bas à compression régressive, radiothérapie ou traitements de troubles de la coagulation du sang, administration d'oxygène, transfusions de plasma et transfusions sanguines, orthèses podiatriques, cardiostimulateur.
- j) **Services paramédicaux :**
 - Orthophonistes autorisés. La prestation maximale payable est de 500 \$ par personne par année de référence.**
 - Thérapeutes sportifs, acupuncteurs, ostéopathes, physiothérapeutes, massothérapeutes (prescrits par le médecin) et chiropraticiens autorisés, avec au maximum un examen radiologique par année de référence pour chaque catégorie de praticiens. La prestation maximale globale payable est de 1 000 \$ par personne par année de référence.**
 - Homéopathes et naturopathes autorisés. La prestation maximale globale payable est de 500 \$ par personne par année de référence.**
 - Podiatres autorisés. La prestation maximale payable est de 500 \$ par personne par année de référence.**
 - Services de psychologues ou de psychothérapeutes autorisés. La prestation

maximale globale payable est de 500 \$ par personne par année de référence.

** Ces services sont limités à une visite par spécialité par jour.

k) **Hospitalisation dans un hôpital de convalescence au Canada**, prescrite par le médecin, à condition :

- qu'elle ait lieu dans les 14 jours de la sortie de l'hôpital, et
- qu'elle ait pour objet la réadaptation et non la surveillance du malade.

La prestation payable ne peut dépasser le taux d'une chambre semi-privée appliqué par l'hôpital. Cette garantie ne s'applique pour plus de 60 jours que si l'état de santé de la personne est tel qu'elle est dans l'incapacité de rentrer dans son pays d'origine.

La prestation payable pour des raisons psychiatriques ne peut dépasser le taux d'une chambre semi-privée appliqué par l'hôpital, pour une période limitée à 30 jours.

5. ASSURANCE MALADIE HORS PROVINCE

Toutes dépenses encourues hors de la province de votre domicile mais au Canada seront remboursées selon le régime ou programme parrainés par l'État de la province où les dépenses ont été encourues.

6. ASSURANCE MALADIE HORS DU CANADA

La protection à l'extérieur du Canada est limitée à la protection de la RAMQ (sous réserve de changement de la part de la RAMQ, à concurrence de 150 \$ par jour) et prend fin 14 jours après votre départ du Canada. Étant donné que cette protection est très limitée, votre établissement d'enseignement vous suggère fortement d'acheter une assurance voyage individuelle lorsque vous voyagez à l'extérieur du Canada.

Services rendus à l'extérieur du Canada pour le traitement d'urgence d'une blessure ou d'une maladie :

- hospitalisation en salle commune à l'hôpital.
- autres services hospitaliers.
- soins reçus à l'hôpital à titre de malade externe.
- soins du médecin.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

La garantie ne couvre pas les frais engagés pour :

- a) Traitement d'une maladie attribuable à l'une ou l'autre des causes ci-dessous :
- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire,
 - cause ouvrant droit à réparation aux termes de la loi de la Société de l'assurance automobile du Québec, de la loi sur l'indemnisation des victimes

d'actes criminels ou par tout régime ou programme parrainés par l'État,

- perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel par l'assuré, sauf dans le cas où celui-ci conduit un véhicule motorisé alors que son alcoolémie est supérieure à la norme admise par le code criminel.

- b) Cures de repos, voyages entrepris pour des raisons de santé ou tests de grossesse.
- c) Consultations téléphoniques données par un médecin en cas de maladie ou de blessure d'une personne.
- d) Services ou articles que l'assuré n'est pas tenu de payer ou pour lesquels un paiement aux fins de dédommagement est reçu par suite d'une décision de la cour ou d'un règlement.
- e) Chirurgie esthétique ou dentaire, sauf si médicalement nécessaire, suite à un accident survenu en cours de couverture.
- f) Remplacement de tout appareil que la personne porte ou utilise déjà.
- g) Toute greffe d'organe, sauf si celle-ci est requise uniquement à la suite d'un accident, un virus ou une maladie fulminante survenu en cours de couverture.
- h) Services ou articles qui ne sont plus couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (pour l'assurance-maladie de base).

CONDITIONS PRÉEXISTANTES : sont exclus de la garantie tous les frais engagés lors d'une hospitalisation à la suite d'un **accident**, d'une **maladie** ou d'une **grossesse** (exception faite de l'asthme, du diabète et de l'épilepsie) qui ont nécessité des services médicaux ou l'hospitalisation de l'assuré ou de ses personnes à charge au cours des 6 mois précédant la date d'admission à l'assurance.

Cependant, cette restriction ne s'applique pas :

- si les frais sont engagés plus de 12 mois de la prise d'effet de la présente protection, ou
- si la présente protection remplace une couverture similaire offerte sous un régime d'assurance collective d'une autre institution d'enseignement canadienne reconnue par laquelle vous étiez assuré pour une période de 12 mois consécutifs immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente protection.

DEMANDE DE RÈGLEMENT

Les demandes de règlement doivent être présentées dans un délai qui ne peut s'étendre au-delà des périodes indiquées ci-dessous :

- 180 jours suivant la date d'engagement des frais,
- 90 jours suivant la cessation de votre assurance,
- 90 jours suivant la résiliation de la présente garantie.

La forme masculine utilisée dans ce document désigne autant les femmes que les hommes.

Date d'effet : 15 août 2008

**VOS GARANTIES COLLECTIVES
D'ASSURANCE VIE ET
D'ASSURANCE MALADIE**

**ÉTUDIANTS ÉTRANGERS D'UNE
ÉCOLE PRIMAIRE, SECONDAIRE OU
D'UN COLLÈGE PARTICIPANTS**

CONTRAT N° 50659

Ce contrat collectif a été souscrit par l'intermédiaire de :

LE GROUPE VIGILIS

**Pour tout renseignement ou
demande de règlements :**

Adresse : C.P. 6076 Succ. CV
Montréal QC H3C 4S3

Tél. : 1 800 361-6212

Ce contrat collectif a été souscrit par la:

**Sun Life du Canada,
compagnie d'assurance-vie,
membre du groupe Financière Sun Life.**

