

VOS **garanties**
collectives

**Étudiants étrangers d'une
école primaire, secondaire
ou d'un collège participant**

**Contrat numéro 50659
À effet du 1^{er} août 2022**

Table des matières

Conditions générales	1
Votre brochure	1
Conditions d'admission.....	1
Adhésion	1
Prise d'effet de la couverture.....	2
Modification de la couverture.....	3
Tenue à jour de votre dossier.....	3
Accès à vos dossiers.....	3
Cessation de la couverture.....	4
Remplacement de la couverture	5
Demande de règlement.....	5
Actions en justice.....	6
Coordination des prestations.....	6
Examen médical.....	7
Droit de recouvrement.....	7
Cession.....	8
Définitions	8
Frais médicaux de base (Assurance maladie de base).....	10
Description générale de la garantie.....	10
Franchise.....	10
Pourcentage de remboursement.....	10
Prestation maximale.....	11
Prestation viagère maximale.....	11
Frais hospitaliers.....	11
Services et articles médicaux.....	12
Réclamation à un tiers.....	13
Cessation de la couverture.....	13
Prestations après la cessation de la couverture.....	14
Exclusions.....	14
Conditions préexistantes.....	16
Intégration du régime avec les programmes de l'État.....	17

Soins virtuels Lumino Santé	18
Responsabilité de la Sun Life.....	18
Demande de règlement.....	18
Frais médicaux supplémentaires (Assurance maladie supplémentaire).....	19
Description générale de la garantie.....	19
Franchise.....	19
Prestation maximale par année de référence.....	19
Médicaments sur ordonnance	19
Frais hospitaliers.....	20
Hôpital de convalescence au Canada.....	20
Frais engagés hors de votre province.....	21
Rapatriement en cas de décès.....	24
Frais d'inhumation à l'endroit où le décès est survenu.....	25
Services et articles médicaux.....	25
Services paramédicaux.....	28
Réclamation à un tiers.....	28
Cessation de la couverture.....	29
Prestations après la cessation de la couverture.....	29
Exclusions.....	30
Conditions préexistantes.....	32
Intégration du régime avec les programmes de l'État.....	33
Soins virtuels Lumino Santé	33
Responsabilité de la Sun Life.....	33
Demande de règlement.....	34
Programme Voyage Assistance.....	35
Assurance-vie.....	43
Description générale de la garantie.....	43
Votre assurance-vie.....	43
Bénéficiaire.....	43
Transformation de l'assurance-vie collective	44
Demande de règlement.....	44

Décès et mutilation accidentels.....	45
Description générale de la garantie.....	45
Votre couverture.....	45
Prestations.....	45
Exclusions.....	46
Transformation.....	47
Demande de règlement.....	47

Conditions générales

Votre brochure	<p>Cette brochure contient des renseignements importants pour vous. Elle décrit les garanties prévues par le contrat collectif établi au nom des établissements d'enseignement participants par nous, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la <i>Sun Life</i>), membre du groupe Sun Life.</p> <p>Les garanties peuvent être modifiées après l'établissement de la brochure. Dans ce cas, le titulaire du contrat sera informé de toute modification apportée à votre régime au moyen d'un avis écrit. Votre gestionnaire vous avisera de ces modifications.</p> <p>En cas de divergence entre les dispositions du contrat collectif et les renseignements contenus dans la présente brochure, c'est le contrat qui prime.</p> <p>Si vous avez besoin de précisions sur la présente brochure ou sur vos garanties collectives, veuillez vous adresser à votre gestionnaire.</p>
Conditions d'admission	<p>Pour être admissible aux garanties collectives, vous devez être étudiant qui :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ n'est pas citoyen canadien ou résident permanent, ou▪ est citoyen canadien qui n'est pas couvert par un régime provincial d'assurance-maladie.
Adhésion	<p>Vous devez adhérer au régime pour avoir droit à la couverture. À cette fin, vous devez faire une demande par écrit en fournissant au gestionnaire les renseignements nécessaires à votre admission.</p>

Vous pouvez refuser la garantie Frais médicaux supplémentaires du présent régime, si vous bénéficiez d'une couverture comparable :

- en vertu d'une entente spéciale avec la province de Québec,
- en vertu d'un arrangement spécial avec l'Agence canadienne de développement international (ACDI), ou
- en tant qu'enfant à charge d'un diplomate en affectation au Canada.

Si l'autre couverture prend fin, vous pourrez alors opter pour la couverture prévue par le présent régime pour autant que le gestionnaire reçoive la demande de couverture dans les 31 jours suivant cette cessation. Si vous ne le faites pas au cours de ce délai, vous devrez présenter, à vos frais, une attestation de bonne santé.

Prise d'effet de la couverture

Votre couverture prend effet à la date à laquelle vous êtes admissible au régime ou la date à laquelle vous arrivez au Canada, si cette date est postérieure. Toutefois, si vous arrivez au Canada avant la date d'inscription (maximum 6 semaines), votre couverture peut prendre effet à la date de votre arrivée.

Si vous êtes hospitalisé le jour où votre couverture devrait normalement prendre effet, vous n'êtes couvert qu'à compter du lendemain de la fin de votre séjour à l'hôpital.

Dans le cas où une garantie comporte des conditions supplémentaires, celles-ci sont indiquées dans la section appropriée de la présente brochure.

Modification de la couverture

Il peut se produire, à l'occasion, des événements qui entraînent des modifications de votre couverture.

Par exemple, votre situation à titre d'étudiant peut changer ou le titulaire peut modifier le contrat collectif. Toute modification de votre couverture résultant d'un tel changement prend effet le jour même du changement.

Les exceptions suivantes s'appliquent si le changement donne lieu à une augmentation de la couverture :

- lorsqu'une attestation de bonne santé est exigée, la modification ne peut prendre effet avant que la Sun Life n'accepte l'attestation.
- si vous n'êtes pas effectivement aux études à la date du changement ou à la date à laquelle la Sun Life accepte l'attestation de bonne santé, la modification ne peut prendre effet avant votre retour effectif aux études.

Tenue à jour de votre dossier

Pour toujours bénéficier de la protection appropriée, il est important que vous informiez votre gestionnaire :

- de tout changement de nom.
- de tout changement de bénéficiaire.

Accès à vos dossiers

Dans le cas des garanties assurées, vous pouvez obtenir une copie des documents suivants :

- votre formulaire d'adhésion ou de demande d'assurance;
- toutes déclarations écrites ou tout autre document que vous avez fournis à la Sun Life à titre de preuve d'assurabilité et qui ne font pas partie intégrante de la demande de couverture.

Dans le cas des garanties assurées, moyennant un préavis raisonnable, vous pouvez également demander un exemplaire du contrat.

Le premier exemplaire est fourni sans frais, mais des frais peuvent être demandés pour des exemplaires additionnels.

Toutes les demandes de documents doivent être adressées à l'un des services suivants :

- le site Web au www.masunlife.ca;
- le Centre de service à la clientèle au numéro sans frais 1-800-361-6212.

Cessation de la couverture

La couverture dont vous bénéficiez à titre d'étudiant prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :

- vous cessez de répondre à la définition d'étudiant.
- vous cessez vos études, sauf dans le cas où vous demeurez au Canada dans l'attente de la cérémonie de remise des diplômes.
- la date à laquelle vous êtes admissible à un régime ou programme parrainé par l'État.
- la période couverte par la dernière prime payée à la Sun Life en votre nom prend fin.
- le contrat collectif est résilié.

Vous pouvez résilier la garantie Frais médicaux supplémentaires en raison du fait qu'une couverture comparable est offerte en vertu de ce contrat ou d'un autre

contrat collectif, comme il est indiqué dans la section *Adhésion*. Dans ce cas, la couverture de la garantie Frais médicaux supplémentaires prend fin à la date que vous avez choisie.

Remplacement de la couverture Le contrat collectif est interprété et géré conformément à toutes les lois régissant le maintien de l'assurance après la résiliation du contrat, ainsi que le remplacement de l'assurance collective.

La Sun Life n'est pas tenue de régler des prestations lorsque l'assureur ayant établi le contrat collectif précédent est responsable du paiement de prestations analogues.

Demande de règlement La Sun Life s'engage à vous offrir un service prompt et efficace. Vous pouvez vous procurer les formulaires appropriés de demande de règlement auprès de votre gestionnaire.

Les demandes doivent être présentées dans les délais prescrits. Ces délais sont indiqués dans les sections appropriées de la présente brochure. Si vous négligez de présenter vos demandes de règlement dans les délais prescrits, vous n'aurez peut-être pas droit à une partie ou à la totalité des prestations.

Toutes les demandes de règlement doivent être faites par écrit au moyen des formulaires approuvés par la Sun Life.

Pour traiter une demande de règlement, la Sun Life peut exiger des dossiers ou rapports médicaux, une preuve de paiement, des factures détaillées et toute autre information qu'elle juge nécessaire. Les frais pour obtenir les attestations de sinistre sont à votre charge.

Actions en justice

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 votre province ou territoire.

Coordination des prestations

Si vous êtes couverts par la garantie Frais médicaux du présent régime et d'un autre régime, 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 vous-même doivent être présentées dans l'ordre suivant :

- régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel. Si la personne est couverte par deux régimes, l'ordre suivant prévaut :
 - régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel actif à temps plein.
 - régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel actif à temps partiel.
 - régime qui couvre la personne à titre de retraité.
- régime d'assurance maladie offert par l'entremise d'un établissement d'enseignement qui couvre la personne à titre d'étudiant.
- régime qui couvre la personne à titre de personne à charge.

Lorsque vous présentez une demande de règlement, vous êtes tenu de déclarer à la Sun Life toute couverture équivalente dont vous bénéficiez.

Votre gestionnaire peut vous aider à déterminer le régime au titre duquel vous devez présenter votre demande en premier.

Examen médical

Nous pouvons exiger que vous subissiez un examen médical lorsque vous présentez une demande de règlement. Si vous ne vous conformez pas à cette exigence, nous ne verserons pas de prestations. Les frais de ces examens sont à notre charge.

Droit de recouvrement

Nous pouvons recouvrer toute prestation versée en trop en prélevant la somme due sur d'autres prestations, ou par tout autre moyen légal.

Cession	<p>En ce qui a trait aux prestations d'assurance-vie, aucun droit ni intérêt ne peut être cédé.</p> <p>En ce qui a trait aux autres prestations, nous nous réservons le droit de refuser toute cession.</p>
Définitions	<p>Vous trouverez ci-après la définition de certains termes utilisés dans la présente brochure. D'autres termes sont définis dans les sections portant sur les garanties.</p>
<i>Accident</i>	<p>Blessure causée uniquement et directement par l'action violente, soudaine et imprévue d'une cause extérieure.</p>
<i>Étudiant</i>	<p>Étudiant ou spécialiste invité de nationalité étrangère qui est inscrit à temps plein, à temps partiel ou à titre d'étudiant de recherche à un des établissements d'enseignement participants.</p>
<i>Effectivement aux études</i>	<p>S'entend d'accomplir au cours d'une journée toutes les tâches inhérentes à ses études et assister à toutes les activités prévues au programme.</p>
<i>Fournisseur sélectionné</i>	<p>Médecin, hôpital ou autre établissement médical qui a une convention de services en vigueur avec la Sun Life au moment où les soins sont donnés.</p>
<i>Frais raisonnables et habituellement exigés</i>	<p>Frais normalement exigés pour des soins, des services ou des articles particuliers en l'absence de la présente couverture ou d'une couverture analogue. Ils correspondent aux honoraires et aux prix pour les étudiants étrangers que la Sun Life estime représentatifs dans la région où les frais sont engagés.</p>
<i>Gestionnaire</i>	<p>Le Réseau de Santé Étudiant.</p>
<i>Grossesse</i>	<p>S'entend également de l'accouchement, de l'avortement spontané ou provoqué ainsi que des suites pouvant en découler.</p>

<i>Malade externe</i>	S'entend d'un patient qui est traité à l'hôpital mais non comme malade hospitalisé.
<i>Malade hospitalisé</i>	S'entend d'un patient qui est hospitalisé pour plus de 24 heures et prescrit par le médecin traitant.
<i>Maladie</i>	S'entend également d'une blessure, d'une affection, grossesse ou d'une infirmité mentale.
<i>Médecin</i>	Médecin ou chirurgien autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il donne des soins médicaux.
<i>Médicalement nécessaire</i>	S'entend des traitements, services ou articles admissibles sous le Régime de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et qui sont essentiels, efficaces et convenables, d'après la Sun Life, au diagnostic, soins ou traitement d'une condition médicale spécifique, d'une maladie ou d'un accident.

Frais médicaux de base (Assurance maladie de base)

Description générale de la garantie La garantie Frais médicaux de base prévoit le remboursement de certains frais engagés pour des services et articles nécessaires au traitement d'une maladie. Le jour où ces frais sont engagés, ils doivent être considérés comme étant des frais admissibles selon la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ).

Les frais sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés. Les frais sont réputés engagés à la date à laquelle les soins sont donnés ou les articles sont loués ou achetés.

Le terme médecin peut également s'entendre d'une infirmière praticienne Si les lois provinciales applicables permettent aux infirmières praticiennes de fournir des ordonnances pour certains produits ou services, la Sun Life rembourse les frais admissibles de la même façon que si les ordonnances venaient d'un médecin. Pour les médicaments, veuillez vous reporter à la section *Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments*.

L'année de référence de la garantie s'étend du 15 août au 14 août.

Franchise Aucune franchise ne s'applique à la présente garantie.

Pourcentage de remboursement Nous couvrons :

- 100% des soins ou services qui sont obtenus d'un fournisseur sélectionné, ou
- les frais raisonnables et habituellement exigés pour les soins ou services qui sont obtenus ailleurs.

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

Prestation maximale	Les prestations que nous versons sont celles prévues par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) pour les étudiants étrangers, à moins de stipulation contraire.
Prestation viagère maximale	Aux termes de la garantie Frais médicaux de base, la prestation maximale pouvant être versée à chaque personne sa vie durant est 1 500 000\$.
Frais hospitaliers	<p>Nous couvrons le coût d'hospitalisation dans une salle commune d'un malade hospitalisé à concurrence d'un maximum de :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 2 jours pour un accouchement naturel (une période plus longue peut s'appliquer en cas de complications). Pour une grossesse qui a débuté avant la date d'effet de couverture, l'accouchement sera remboursé seulement si l'étudiante était couverte par une garantie semblable au Canada le jour précédant la date d'effet et pour une période d'au moins 12 mois consécutifs.▪ 10 jours en pouponnière pour un enfant prématuré seulement, si l'enfant est né après une période de gestation de moins de 37 semaines.▪ 30 jours si pour des raisons psychiatriques.▪ 60 jours pour toute autre raison.

Ces limites peuvent être prolongées si votre état médical ne vous permet pas de retourner dans votre pays d'origine.

Nous couvrons les frais de transport pour votre retour dans votre pays d'origine si votre état médical le permet et si nous estimons que ce retour est justifié.

En outre, nous couvrons les frais engagés à titre de malade externe dans un hôpital ainsi que les services médicaux qu'une personne reçoit en cas d'urgence.

Le terme *urgence* s'entend de toute situation reliée à une maladie aiguë et imprévue qui exige une assistance immédiate.

Un *hôpital* est un établissement autorisé à donner des soins et des traitements aux blessés et aux malades, principalement durant la phase aiguë de la maladie. Il doit être doté d'installations servant au diagnostic et à la chirurgie majeure. L'établissement doit assurer des soins infirmiers 24 heures sur 24. L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour vieillards ou malades chroniques, un sanatorium, un hôpital de convalescence ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, ne sont pas considérés comme un hôpital.

Services et articles médicaux

Nous couvrons les frais qui sont engagés pour les services médicaux ci-dessous :

- avortement effectué par un médecin dans un hôpital ou dans une clinique d'avortement.
- chirurgie buccale ou dentaire pratiquée en milieu hospitalier sur recommandation du médecin à concurrence de 250 \$ par personne par année de référence.
- frais médicaux, chirurgicaux, d'anesthésie et consultations de spécialistes donnés par un professionnel de la santé tel un médecin, un chirurgien ou un anesthésiste selon le guide des honoraires (pour étudiants étrangers) du Manuel des médecins omnipraticiens ou du Manuel des médecins spécialistes de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Les professionnels doivent être considérés comme des professionnels participants.

- soins psychiatriques donnés par un psychiatre autorisé, à concurrence d'une prestation maximale payable de 10 000 \$ par personne par année de référence.
- visites médicales ayant pour but la contraception.
- prothèses mammaires nécessaires à la suite d'une mastectomie, à concurrence de 200 \$ par sein par année de référence.
- examens physiques périodiques.

Réclamation à un tiers

Nous avons droit à une part des indemnités que vous touchez par suite d'un règlement à l'amiable ou d'une action en justice intentée contre toute personne physique ou morale qui a causé des dommages qui vous ont occasionné des frais médicaux.

Si vous décidez d'intenter une action en justice, vous devez vous conformer aux dispositions énoncées à ce sujet dans le contrat collectif.

Si vous touchez une indemnité, vous devez nous verser une somme égale à la partie du montant total des prestations payées aux termes du régime et de l'indemnité nette obtenue du tiers qui vient en excédent du montant total des frais médicaux que vous avez effectivement engagés. L'indemnité nette ne comprend pas les frais juridiques.

Nous avons le droit de retenir les prestations ou d'en cesser le paiement si vous ne vous conformez pas à ces exigences.

Cessation de la couverture

La couverture prévue par la garantie Frais médicaux de base prend fin comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

Prestations après la cessation de la couverture

Si vous êtes totalement invalide au moment de la cessation de votre couverture, vous avez droit au remboursement des frais engagés pour le traitement de la maladie à l'origine de votre invalidité jusqu'à se réalise l'une des situations suivantes :

- la date de votre sortie de l'hôpital.
- la fin de la période de 30 jours suivant la cessation de votre couverture.
- la présente garantie est résiliée.

Pour les besoins de la présente clause, l'étudiant est totalement invalide s'il est empêché par la maladie d'exercer les tâches inhérentes à ses études.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit :

- services ou articles couverts en tout ou en partie par tout régime ou programme parrainés par l'État, y compris ceux de la Société de l'assurance automobile du Québec, sauf dans le cas des frais modérateurs, des dépassements d'honoraires, et des autres frais en excédent de ceux qui sont payables par le régime ou programme parrainés par l'État, si la loi permet leur remboursement par les régimes privés.
- services ou articles qui ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour les résidents du Québec.
- cures de repos, voyages entrepris pour des raisons de santé ou tests de grossesse.
- consultations téléphoniques données par un médecin en cas de maladie ou de blessure d'une personne.

-
- services ou articles qui ne sont pas énumérés dans la garantie.
 - services ou articles pour lesquels il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture.
 - services ou articles que la personne n'est pas tenue 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.
 - chirurgie esthétique sauf si médicalement nécessaire à la suite d'une blessure accidentelle en cours de couverture.
 - tous les frais engagés lors d'une hospitalisation à la suite d'un accident, d'une maladie (exception faite de l'asthme, du diabète et de l'épilepsie) ou d'une grossesse qui ont nécessité des services médicaux ou l'hospitalisation au cours des 6 mois précédant la date d'effet de couverture. 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 l'étudiant était assuré pour une période de 12 mois consécutifs immédiatement avant la date de prise d'effet du présent régime.
 - remplacement de tout appareil que vous portez ou utilisez déjà.
 - 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 protection.

- excédent sur les frais raisonnables habituellement exigés dans la région où les services ou articles sont donnés.
- services ou articles qui ne sont pas habituellement fournis pour le traitement d'une maladie, y compris les traitements expérimentaux.

Nous ne versons pas de prestations lorsque la demande de règlement se rapporte à une maladie attribuable à l'une des causes suivantes :

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel par la personne couverte.

Conditions préexistantes

Une condition médicale (à l'exception de l'asthme, du diabète et de l'épilepsie) pour laquelle vous avez consulté un médecin, avez été traités par un médecin ou avez reçu une prescription de médicaments au cours de la période de 3 mois (période de 12 mois pour la garantie voyage assistance) précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance. La grossesse est considérée comme une condition préexistante si l'accouchement a lieu dans les 30 premières semaines suivant la demande initiale d'adhésion au régime, qu'elle ait été diagnostiquée ou non au cours de la période de 3 mois précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance. Aux fins de l'assurance, une telle condition cessera d'être considérée comme une condition préexistante à la date à laquelle vous ou vos personnes à charge aurez complété une période de 12 mois consécutifs suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance sans consultation de médecin, traitement médical ou prescription de médicaments pour cette condition. Même si vous n'avez pas consulté de médecin au cours de la période de 3 mois précédant votre

arrivée au Canada, l'état de santé est considéré comme une condition médicale préexistante par l'assureur si l'état de santé démontre de façon évidente que la condition existait au moment de l'arrivée au Canada. De plus, tout état de santé pour lequel les symptômes ont été ignorés ou pour lequel un avis médical n'a pas été suivi ou pour lequel les investigations, les traitements, les examens ou les interventions recommandés n'ont pas été effectués est considéré comme un état de santé préexistant. La condition préexistante s'applique à tous les cas de maladie congénitale, qu'elle soit diagnostiquée ou non.

La condition préexistante ne s'appliquera pas si ce régime remplace une couverture similaire que l'étudiant avait avec un régime d'assurance collective offert par un établissement d'enseignement canadien reconnu, pour une période de 12 mois consécutifs immédiatement avant la présente couverture.

Intégration du régime avec les programmes de l'État

Le présent régime intègre les prestations qu'il prévoit avec celles qui sont payables ou disponibles au titre du régime ou programme parrainés par l'État (le *programme de l'État*).

Les frais remboursables au titre de ce régime correspondent à la portion des frais qui n'est pas payable ou couverte au titre du programme de l'État, sans égard à ce qui suit :

- le fait que vous ayez ou non présenté une demande au titre du programme de l'État,
- le fait que votre couverture au titre de ce régime ait une incidence sur votre admissibilité ou votre droit à toutes prestations prévues par le programme de l'État,
- ou toute liste d'attente.

**Soins virtuels
Lumino Santé**

Les services de Soins virtuels Lumino Santé sont fournis par Dialogue. Ces services ne sont ni assurés ni gérés par la Sun Life.

Si vous êtes couvert par la garantie Frais médicaux, vous et les personnes à votre charge qui sont couvertes avez accès aux services de Dialogue.

Les soins virtuels Lumino Santé offrent divers services, notamment l'accès à des professionnels de la santé. Pour en savoir plus sur les services offerts par Dialogue, ou pour utiliser ces services, visitez <https://luminovc.dialogue.co/>.

**Responsabilité de la
Sun Life**

La Sun Life ne peut être tenue responsable des négligences, erreurs ou omissions imputables à toute personne ou à toute organisation qui fournit directement ou indirectement des services avec Dialogue.

**Demande de
règlement**

Pour présenter une demande de règlement, veuillez remplir le formulaire de demande de règlement que vous pouvez vous procurer auprès de votre gestionnaire.

Pour que des prestations puissent être versées, la demande de règlement doit nous parvenir avant l'expiration d'une période :

- de 180 jours de la date à laquelle vous engagez les frais,
- ou de 90 jours après la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais médicaux de base, si cette période prend fin antérieurement.

Frais médicaux supplémentaires (Assurance maladie supplémentaire)

Description générale de la garantie	<p>La garantie Frais médicaux supplémentaires prévoit le remboursement de certains frais engagés pour des services et articles nécessaires au traitement d'une maladie.</p> <p>Les frais sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés. Les frais sont réputés engagés à la date à laquelle les soins sont donnés ou les articles sont loués ou achetés.</p>
Le terme médecin peut également s'entendre d'une infirmière praticienne	<p>Si les lois provinciales applicables permettent aux infirmières praticiennes de fournir des ordonnances pour certains produits ou services, la Sun Life rembourse les frais admissibles de la même façon que si les ordonnances venaient d'un médecin. Pour les médicaments, veuillez vous reporter à la section <i>Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments</i>.</p> <p>L'année de référence de la garantie s'étend du 15 août au 14 août.</p>
Franchise	<p>Aucune franchise ne s'applique à la présente garantie.</p>
Prestation maximale par année de référence	<p>Les prestations que nous versons pour l'ensemble des frais engagés pour la garantie Frais médicaux supplémentaires, sauf les médicaments sur ordonnance et les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services en cas d'urgence, ne peuvent dépasser la limite de 7 500 \$ par personne.</p>
Médicaments sur ordonnance	<p>La garantie couvre 100% du coût des médicaments figurant dans la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) qui sont délivrés par un pharmacien sur l'ordonnance du médecin ou du dentiste.</p> <p>Nous limitons les prestations versées pour chaque achat d'articles ou de médicaments au coût de la quantité qu'il est raisonnable d'utiliser dans les 30 jours de l'achat.</p>

Prestation maximale par année de référence	Les prestations que nous versons pour l'ensemble des médicaments sur ordonnance ne peuvent dépasser la limite de 10 000 \$ par personne.
Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments	Nous remboursons certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé autorisés de la même façon que si les médicaments étaient prescrits par un médecin ou un dentiste si les lois provinciales en cause leur permettent de prescrire ces médicaments.
Frais hospitaliers	<p>Nous couvrons 100% des frais engagés pour une hospitalisation à concurrence du tarif d'une chambre semi-particulière.</p> <p>Un <i>hôpital</i> est un établissement autorisé à donner des soins et des traitements aux blessés et aux malades, principalement durant la phase aiguë de la maladie. Il doit être doté d'installations servant au diagnostic et à la chirurgie majeure. L'établissement doit assurer des soins infirmiers 24 heures sur 24. L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour vieillards ou malades chroniques, un sanatorium, un hôpital de convalescence ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie ne sont pas considérés comme un hôpital.</p>
Hôpital de convalescence au Canada	<p>Nous couvrons 100% des frais engagés pour une hospitalisation qui est prescrite par le médecin, à concurrence du tarif d'une chambre semi-particulière pour une période limitée à 60 jours (30 jours pour des raisons psychiatriques) et pourvu qu'elle ait lieu dans les 14 jours de la sortie de l'hôpital et qu'elle ait principalement pour objet la réadaptation et non la surveillance du malade.</p> <p>Cependant, cette limite peut être prolongée si votre état médical ne vous permet pas de retourner dans votre pays d'origine.</p>

Nous couvrons, la fraction des frais de transport engagés qui viennent en excédent du prix normal, pour votre retour dans votre pays d'origine si votre état médical le permet et si nous estimons que ce retour est justifié.

Pour les besoins du régime, on entend par *hôpital de convalescence* un établissement autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées qui sont en convalescence par suite d'une blessure ou d'une maladie, et qui doit assurer des soins infirmiers et médicaux 24 heures sur 24. L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour vieillards ou malades chroniques, un sanatorium ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, n'est pas considéré comme un hôpital de convalescence.

Frais engagés hors de votre province

Nous couvrons les services reçus en cas d'urgence hors de la province de votre domicile.

Nous couvrons ce qui suit :

- hospitalisation dans une chambre semi-particulière.
- autres services hospitaliers reçus hors du Canada seulement.
- soins reçus à l'hôpital à titre de malade externe.
- soins du médecin.

Les frais reliés à tous les autres services et articles admissibles au titre du présent régime sont également couverts lorsqu'ils sont engagés hors de la province de votre domicile, sous réserve du pourcentage de remboursement et de toutes les conditions applicables à ces frais.

Services reçus en cas d'urgence

Nous réglons 100% des frais qui sont engagés pour les services admissibles reçus en cas d'urgence.

Nous ne couvrons que les services reçus en cas d'urgence dans les 60 jours suivant votre départ de la province de votre domicile. Si vous êtes admis à l'hôpital au cours de cette période, les services que vous recevez à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à votre sortie de l'hôpital.

Le terme *services reçus en cas d'urgence* s'entend des services et des articles médicaux raisonnables, y compris les consultations, traitements, actes médicaux ou interventions chirurgicales, qui sont nécessaires en raison d'une urgence. Dans le cas des personnes souffrant d'une affection chronique, les services reçus en cas d'urgence ne comprennent pas les soins donnés dans le cadre d'un programme de traitement établi qui était déjà en place avant leur départ de la province de leur domicile.

Le terme *urgence* s'entend de toute situation reliée à une maladie aiguë ou à une blessure accidentelle qui exige un traitement immédiat, nécessaire pour des raisons d'ordre médical, prescrit par le médecin.

Lorsque survient une urgence, vous ou une autre personne devez communiquer avec AZGA Service Canada Inc. (*Allianz Global Assistance*), le fournisseur du Programme Voyage Assistance de la Sun Life. Tous les procédés invasifs et les procédés d'investigation (y compris toute intervention chirurgicale, angiographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographie par émission de positons (TEP), tomодensitométrie) doivent être autorisés au préalable par Allianz Global Assistance, sauf dans des circonstances extrêmes où une intervention chirurgicale doit être effectuée d'urgence immédiatement après l'admission à l'hôpital.

S'il n'est pas possible de communiquer avec Allianz Global Assistance avant de recevoir des services, il faut le faire le plus tôt possible par la suite. Si Allianz Global Assistance n'est pas contactée et que des services sont reçus en cas d'urgence dans des circonstances où il aurait été raisonnablement possible de communiquer avec cette société, la Sun Life se réserve le droit de refuser ou de limiter le règlement des frais engagés pour tous ces services.

L'urgence prend fin lorsque votre état est stable du point de vue médical de façon que vous puissiez retourner dans la province de votre domicile.

Services reçus en cas d'urgence exclus de la couverture

Les frais engagés pour les services suivants reçus en cas d'urgence ne sont pas couverts :

- services médicaux qui ne sont pas requis immédiatement ou qui pourraient raisonnablement être reportés jusqu'à votre retour dans la province de votre domicile, à moins que votre état de santé soit tel que vous ne pouvez pas raisonnablement retourner dans cette province avant d'avoir reçu ces services.
- services reliés à une maladie ou blessure qui est à l'origine de l'urgence, après que l'urgence a pris fin.
- services continus, découlant directement ou indirectement de l'urgence ou d'une récurrence de l'urgence, reçus après la date à laquelle la Sun Life ou Allianz Global Assistance a déterminé, en se basant sur les renseignements médicaux disponibles, que vous pouviez retourner dans la province de votre domicile, dans le cas où vous avez refusé de le faire.

- services qui sont nécessaires pour le traitement de la maladie ou blessure pour laquelle vous avez déjà reçu des services en cas d'urgence, y compris toute complication découlant de cette maladie ou blessure, si vous aviez refusé ou négligé sans raison valable de recevoir les services médicaux recommandés.
- lorsque le voyage a été entrepris dans le but de recevoir des services médicaux pour le traitement d'une maladie ou blessure, services reliés à cette maladie ou blessure, y compris toute complication ou urgence découlant directement ou indirectement de cette maladie ou blessure.

*Services hors
Canada reçus en cas
d'urgence*

Les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services reçus en cas d'urgence sont assujettis à une prestation viagère maximale de 1 000 000 \$ par personne, ou à toute autre prestation viagère maximale applicable si le montant de cette dernière est inférieur.

**Rapatriement en cas
de décès**

Si vous êtes diagnostiqué comme étant en phase terminale avec une espérance de vie de 12 mois ou moins et que votre état de santé est jugé stable par la Sun Life, celle-ci paiera les frais qu'elle juge raisonnables pour votre retour par la voie la plus directe jusqu'à l'aéroport la plus proche de votre résidence normale dans votre pays.

Les frais admissibles comprennent le billet d'avion en classe économique (et la civière, si nécessaire) et le billet d'avion aller-retour pour un accompagnateur médical qualifié (si le médecin traitant en certifie la nécessité), y compris, si nécessaire, les frais d'hôtel et de repas pour l'accompagnateur médical.

Si vous refusez d'être rapatrié, toute autre dépense payable en vertu du présent contrat ne sera pas couverte. Vous êtes responsable de ces dépenses. Vous pouvez être inadmissible à d'autres contrats d'assurance-maladie pour étudiants étrangers émis par la Sun Life.

En cas de décès, nous paierons jusqu'à 15 000 \$ pour les frais de retour de votre dépouille par la voie la plus directe jusqu'à l'aérogare la plus proche de votre résidence normale dans votre pays d'origine. Les frais admissibles comprennent le coût de la préparation et du transport de la dépouille, les documents et le conteneur d'expédition standard.

Frais d'inhumation à l'endroit où le décès est survenu Si vous décédez, nous versons jusqu'à \$5,000 pour le transport de la dépouille dans votre pays de résidence permanente pour inhumation ou incinération. Les frais funéraires peuvent être substitués aux frais de rapatriement.

Services et articles médicaux Nous couvrons 100% des frais qui sont engagés pour les services médicaux ci-dessous prescrits par le médecin (les services d'optométristes autorisés, d'ophtalmologistes et de dentistes n'ont pas à être prescrits par le médecin).

- 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.
- transport dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est nécessaire pour des raisons d'ordre médical. Les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services reçus en

cas d'urgence sont remboursés compte tenu des conditions indiquées plus haut pour les services reçus en cas d'urgence sous la rubrique *Frais engagés hors de votre province*.

- analyses de laboratoire effectuées dans un laboratoire commercial, CLSC ou un centre médical de votre établissement d'enseignement dans le but de diagnostiquer une maladie. Les analyses faites au cabinet du médecin ou dans une pharmacie ne sont pas couvertes.
- IRM (imagerie par résonance magnétique) et tomodensitométries.
- traitement des dents naturelles endommagées dans un accident survenu en cours de couverture, y compris les frais d'attelles et d'arcs dentaires. Les soins doivent être donnés dans les 12 mois de l'accident. Les frais couverts sont limités aux honoraires prévus dans le tarif publié à l'intention des dentistes généralistes par l'association des chirurgiens-dentistes de la province du domicile de l'étudiant. Le tarif utilisé est celui qui est en vigueur à la date du traitement. La prestation payable est de 1 000 \$ par personne par année de référence.
- services d'ophtalmologistes ou d'optométristes autorisés, à concurrence d'un examen par personne par période de 2 ans.
- location ou, à notre demande, achat d'appareils nécessaires pour usage thérapeutique temporaire. Dans le cas des frais engagés pour un fauteuil non motorisé, la couverture est limitée à l'utilisation d'un fauteuil roulant manuel, sauf si l'état de santé de la personne justifie l'utilisation d'un fauteuil roulant motorisé.

-
- plâtres, attelles, bandages herniaires, orthèses et béquilles.
 - 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.
 - achat et réparation de membres, yeux ou larynx artificiels. Sont exclus les appareils myoélectriques.
 - bas à compression régressive.
 - radiothérapie ou traitements de troubles de la coagulation du sang.
 - administration d'oxygène, transfusions de plasma et transfusions sanguines.
 - orthèses podiatrique.
 - cardiostimulateur.
 - radiographies effectuées dans un établissement de radiologie agréé pour établir un diagnostic relativement à une maladie.
 - 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.
 - électrocardiogrammes, mammographies et thermographies effectués dans une clinique privée.

**Services
paramédicaux**

Nous couvrons 100% des frais engagés pour les services paramédicaux ci-dessous :

- services d'orthophonistes ou de podiatres autorisés à concurrence d'un maximum de 500 \$ par personne par année de référence pour chaque spécialité. Ces services sont limités à une visite par spécialité par jour.
- services de thérapeutes sportifs, d'acupuncteurs, d'ostéopathes (cette catégorie de spécialistes paramédicaux comprend également les praticiens en ostéopathie), de physiothérapeutes, de massothérapeutes (prescrits par le médecin) ou de chiropraticiens autorisés à concurrence d'une prestation maximale globale payable de 1 000 \$ par personne par année de référence, avec au maximum un examen radiologique par année de référence pour chaque spécialité. Ces services sont limités à une visite par spécialité par jour.
- services d'homéopathes ou de naturopathes autorisés à concurrence d'une prestation maximale globale payable de 500 \$ par personne par année de référence. Ces services sont limités à une visite par spécialité par jour.
- services de psychologues ou de psychothérapeutes autorisés à concurrence d'une prestation maximale globale payable de 500 \$ par personne par année de référence.

**Réclamation à
un tiers**

Nous avons droit à une part des indemnités que vous touchez par suite d'un règlement à l'amiable ou d'une action en justice intentée contre toute personne physique ou morale qui a causé des dommages qui vous ont occasionné des frais médicaux.

Si vous décidez d'intenter une action en justice, vous devez vous conformer aux dispositions énoncées à ce sujet dans le contrat collectif.

Si vous touchez une indemnité, vous devez nous verser une somme égale à la partie du montant total des prestations payées aux termes du régime et de l'indemnité nette obtenue du tiers qui vient en excédent du montant total des frais médicaux que vous avez effectivement engagés. L'indemnité nette ne comprend pas les frais juridiques.

Nous avons le droit de retenir les prestations ou d'en cesser le paiement si vous ne vous conformez pas à ces exigences.

Cessation de la couverture

La couverture prévue par la garantie Frais médicaux prend fin comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

Prestations après la cessation de la couverture

Si vous êtes totalement invalide au moment de la cessation de votre couverture, vous avez droit au remboursement des frais engagés pour le traitement de la maladie à l'origine de votre invalidité jusqu'à se réalise l'une des situations suivantes :

- la date de votre sortie de l'hôpital.
- la fin de la période de 30 jours suivant la cessation de votre couverture.
- la présente garantie est résiliée.

Pour les besoins de la présente clause, l'étudiant est totalement invalide s'il est empêché par la maladie d'exercer les tâches inhérentes à ses études.

En cas de résiliation de la garantie Frais médicaux supplémentaires, le traitement des dents naturelles endommagées dans un accident demeure couvert, pourvu que l'accident soit survenu en cours de couverture, et que les soins soient donnés dans les 6 mois de l'accident.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit :

- services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainés par l'État, y compris ceux de la Société de l'assurance automobile du Québec, sous réserve des dispositions énoncées ci-dessous sous la rubrique *Intégration du régime avec les programmes de l'État*.
- cures de repos, voyages entrepris pour des raisons de santé ou tests de grossesse.
- consultations téléphoniques données par un médecin en cas de maladie ou de blessure d'une personne.
- services ou articles qui ne sont pas énumérés dans la garantie.
- services ou articles pour lesquels il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture.
- services ou articles qu'une personne n'est pas tenue 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.
- chirurgie esthétique ou dentaire, sauf si médicalement nécessaire à la suite d'un accident survenu en cours de couverture.
- tous les frais engagés à l'hôpital à la suite d'un accident, d'une maladie (exception faite de l'asthme, du diabète et de l'épilepsie) ou d'une grossesse qui ont nécessité des services médicaux ou l'hospitalisation d'une personne au cours des 6 mois précédant la prise d'effet de la couverture. Cependant, cette exclusion 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 l'étudiant était assuré pour une période de 12 mois consécutifs immédiatement avant la date de prise d'effet du présent régime.
 - remplacement de tout appareil que la personne porte ou utilise déjà.
 - 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 protection.
 - excédent sur les frais raisonnables habituellement exigés dans la région où les services ou articles sont donnés.
 - services ou articles qui ne sont pas habituellement fournis pour le traitement d'une maladie, y compris les traitements expérimentaux.

Nous ne versons pas de prestations lorsque la demande de règlement se rapporte à une maladie attribuable à l'une des causes suivantes :

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel par la personne couverte.

**Conditions
préexistantes**

Une condition médicale (à l'exception de l'asthme, du diabète et de l'épilepsie) pour laquelle vous avez consulté un médecin, avez été traités par un médecin ou avez reçu une prescription de médicaments au cours de la période de 3 mois (période de 12 mois pour la garantie voyage assistance) précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance. La grossesse est considérée comme une condition préexistante si l'accouchement a lieu dans les 30 premières semaines suivant la demande initiale d'adhésion au régime, qu'elle ait été diagnostiquée ou non au cours de la période de 3 mois précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance. Aux fins de l'assurance, une telle condition cessera d'être considérée comme une condition préexistante à la date à laquelle vous ou vos personnes à charge aurez complété une période de 12 mois consécutifs suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance sans consultation de médecin, traitement médical ou prescription de médicaments pour cette condition. Même si vous n'avez pas consulté de médecin au cours de la période de 3 mois précédant votre arrivée au Canada, l'état de santé est considéré comme une condition médicale préexistante par l'assureur si l'état de santé démontre de façon évidente que la condition existait au moment de l'arrivée au Canada. De plus, tout état de santé pour lequel les symptômes ont été ignorés ou pour lequel un avis médical n'a pas été suivi ou pour lequel les investigations, les traitements, les examens ou les interventions recommandés n'ont pas été effectués est considéré comme un état de santé préexistant. La condition préexistante s'applique à tous les cas de maladie congénitale, qu'elle soit diagnostiquée ou non.

La condition préexistante ne s'appliquera pas si ce régime remplace une couverture similaire que l'étudiant avait avec un régime d'assurance collective offert par un établissement d'enseignement canadien reconnu, pour une période de 12 mois consécutifs immédiatement avant la présente couverture.

Intégration du régime avec les programmes de l'État

Le présent régime intègre les prestations qu'il prévoit avec celles qui sont payables ou disponibles au titre du régime ou programme parrainés par l'État (le *programme de l'État*).

Les frais remboursables au titre de ce régime correspondent à la portion des frais qui n'est pas payable ou couverte au titre du programme de l'État, sans égard à ce qui suit :

- le fait que vous ayez ou non présenté une demande au titre du programme de l'État,
- le fait que votre couverture au titre de ce régime ait une incidence sur votre admissibilité ou votre droit à toutes prestations prévues par le programme de l'État,
- ou toute liste d'attente.

Soins virtuels Lumino Santé

Les services de Soins virtuels Lumino Santé sont fournis par Dialogue. Ces services ne sont ni assurés ni gérés par la Sun Life.

Si vous êtes couvert par la garantie Frais médicaux, vous et les personnes à votre charge qui sont couvertes avez accès aux services de Dialogue.

Les soins virtuels Lumino Santé offrent divers services, notamment l'accès à des professionnels de la santé. Pour en savoir plus sur les services offerts par Dialogue, ou pour utiliser ces services, visitez <https://luminovc.dialogue.co/>.

Responsabilité de la Sun Life

La Sun Life ne peut être tenue responsable des négligences, erreurs ou omissions imputables à toute personne ou à toute organisation qui fournit directement ou indirectement des services avec Dialogue.

Demande de règlement

Pour présenter une demande de règlement, veuillez remplir le formulaire de demande de règlement que vous pouvez vous procurer auprès de votre gestionnaire.

Pour que des prestations puissent être versées, la demande de règlement doit nous parvenir avant l'expiration d'une période :

- de 180 jours après la date à laquelle vous engagez les frais,
- ou de 90 jours après la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais médicaux supplémentaires, si cette période prend fin antérieurement.

Programme Voyage Assistance

Description générale de la garantie Si une situation nécessitant des soins d'urgence se produit pendant un voyage effectué à l'extérieur de la province de votre domicile, AZGA Service Canada Inc. (*Allianz Global Assistance*) peut vous aider.

Le terme *urgence* s'entend de toute situation reliée à une maladie aiguë ou à une blessure accidentelle qui exige un traitement immédiat, nécessaire pour des raisons d'ordre médical, prescrit par le médecin.

Cette garantie, appelée **Médi-Passeport**, complète la section de la garantie Frais médicaux supplémentaires relative aux services reçus en cas d'urgence. Elle ne couvre que les services reçus en cas d'urgence dans les 60 jours de votre départ de la province de votre domicile. Si vous êtes admis à l'hôpital au cours de cette période, les services que vous recevez à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à votre sortie de l'hôpital.

La couverture prévue par Médi-Passeport est assujettie à tout maximum applicable aux services reçus en cas d'urgence de la garantie Frais médicaux supplémentaires. La clause portant sur les services reçus en cas d'urgence exclus de la couverture et toutes les autres conditions, exclusions et restrictions prévues par la garantie Frais médicaux supplémentaires s'appliquent également à la garantie Médi-Passeport.

Nous vous recommandons d'emporter avec vous votre carte d'assistance-voyage lorsque vous voyagez. Elle contient les numéros de téléphone à composer et les renseignements nécessaires pour confirmer votre couverture et recevoir de l'aide.

Pour recevoir de l'aide

Lorsque survient une urgence, vous ou une autre personne devez communiquer avec Allianz Global Assistance. S'il n'est pas possible de communiquer avec Allianz Global Assistance avant de recevoir des services, il faut le faire le plus tôt possible par la suite. Si Allianz Global Assistance n'est pas contactée et que des services sont reçus en cas d'urgence dans des circonstances où il aurait été raisonnablement possible de communiquer avec cette société, la Sun Life se réserve le droit de refuser ou de limiter le règlement des frais engagés pour tous ces services.

Vous avez accès 24 heures sur 24 à un centre de coordination disposant d'un personnel complet. Les numéros de téléphone appropriés figurent sur votre carte d'assistance-voyage.

Allianz Global Assistance offre les services suivants :

Assistance médicale immédiate

Allianz Global Assistance vous dirige vers un médecin, un pharmacien ou un centre de soins.

Dès que cette société est informée que vous avez besoin d'une assistance médicale d'urgence, le personnel de l'organisme, ou un médecin désigné par l'organisme, tente de communiquer au besoin avec le personnel médical qui est sur place pour comprendre la situation et en suivre l'évolution. Au besoin, elle garantit au fournisseur des services médicaux le paiement de ses honoraires ou lui verse une avance.

Allianz Global Assistance offre des services de traduction dans les principales langues, qui peuvent s'avérer nécessaires pour communiquer avec le personnel médical de l'endroit.

Allianz Global Assistance peut transmettre un message urgent à votre domicile, votre lieu de travail ou tout autre endroit approprié. L'organisme conserve dans ses bureaux pendant un maximum de 15 jours les messages à prendre.

**Retour au domicile
ou transport à un
autre hôpital**

Après avoir consulté le médecin traitant, Allianz Global Assistance peut déterminer qu'il est nécessaire d'assurer votre transport, sous surveillance médicale, vers un autre hôpital ou centre de soins, ou votre retour à la maison.

Dans ce cas, l'organisme prend les dispositions nécessaires et garantit le paiement des frais de transport et, au besoin, verse une avance à cette fin.

La Sun Life ou Allianz Global Assistance décide, en se basant sur les renseignements médicaux disponibles, de la nécessité de vous transporter hors du lieu où vous vous trouvez, du mode de transport et du moment de votre transport, du choix de la destination finale, ainsi que de l'équipement, du matériel et du personnel médicaux. Sa décision est sans appel.

**Nourriture et
logement**

Si votre voyage est retardé ou interrompu en raison d'une urgence ou parce qu'une personne couverte par la garantie et voyageant avec vous vient à décéder, Allianz Global Assistance prend les dispositions en vue de vous assurer la nourriture et le logement dans un établissement commercial. La prestation maximale payable est de 150 \$ par personne par jour, pour une période limitée à 7 jours.

Allianz Global Assistance prend les dispositions en vue de vous assurer la nourriture et le logement dans un établissement commercial si vous avez été hospitalisé d'urgence pendant un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile et si, de l'avis d'Allianz Global Assistance, vous n'êtes pas encore en état de voyager après votre sortie de l'hôpital. La prestation maximale payable est de 150 \$ par jour, pour une période limitée à 5 jours.

- Retour de personnes en difficulté** Allianz Global Assistance prend des dispositions et, au besoin, verse une avance pour assurer :
- votre retour dans la province de votre domicile si vous ne pouvez plus utiliser un billet du fait que vous ou une personne à votre charge avez dû être hospitalisés ou transportés vers un centre de soins ou qu'une personne à votre charge ou sa dépouille a dû être ramenée dans la province de son domicile, en raison d'une urgence.
 - le retour d'un enfant âgé de moins de 16 ans ou souffrant d'un handicap mental ou physique et qui se retrouve seul alors qu'il voyageait avec vous, du fait que vous avez été hospitalisé à l'extérieur de la province de votre domicile en raison d'une urgence.

Dans ce dernier cas, Allianz Global Assistance prend des dispositions et verse une avance, s'il y a lieu, pour qu'un préposé compétent accompagne l'enfant pendant le voyage de retour avec votre approbation ou celle d'un membre de votre famille.

La prestation maximale payable est égale au coût du transport, diminué de toute fraction remboursable du prix original du billet.

- Visite d'un membre de la famille** Allianz Global Assistance prend des dispositions pour qu'un membre de votre famille immédiate puisse se rendre à l'endroit où vous êtes hospitalisé et, au besoin, l'organisme avance les fonds correspondant au prix du billet aller-retour en classe économique, si vous êtes hospitalisé pendant plus de 7 jours consécutifs et que :
- vous voyagez seul,
 - ou que vous voyagez accompagné uniquement d'un enfant de moins de 16 ans ou souffrant d'un handicap mental ou physique.

La prestation maximale payable pour couvrir les frais de nourriture et de logement du membre de la famille dans un établissement commercial est de 150 \$ par jour, pour une période limitée à 7 jours.

Retour de la dépouille	Si vous décédez au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile, Allianz Global Assistance veille à obtenir les autorisations prescrites par l'État et à régler les frais nécessaires pour le transport de la dépouille dans un conteneur approprié jusqu'à la province de votre domicile. La prestation maximale payable est de 5 000 \$ par personne décédée.
Retour d'une voiture	Allianz Global Assistance prend des dispositions et, au besoin, verse une avance d'au plus 500 \$ pour le retour d'une voiture privée dans la province de votre domicile ou d'une voiture louée au centre de location approprié le plus proche si vous ne pouvez le faire vous-même en raison d'une urgence ou d'un décès.
Bagages ou documents perdus	Si vous avez perdu ou vous êtes fait voler vos bagages ou des documents de voyage au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile, Allianz Global Assistance vous apporte son aide en communiquant avec les autorités compétentes et en vous indiquant les mesures à prendre en vue de remplacer les articles perdus ou volés.
Coordination des prestations	Vous n'avez pas à présenter en premier les demandes de règlement pour les honoraires des médecins et les frais hospitaliers à la régie de l'assurance-maladie de votre province. Vous serez remboursé plus rapidement en ne le faisant pas. La Sun Life et Allianz Global Assistance assurent la coordination des prestations avec la plupart des régies provinciales d'assurance-maladie et avec tous les assureurs, et vous envoient un chèque couvrant les frais remboursables. Allianz Global Assistance vous demandera de signer une formule l'autorisant à agir en votre nom.

Nous appliquons le principe de la coordination des prestations conformément aux directives adoptées par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, lorsque vous êtes couvert par le présent régime et par d'autres régimes.

La société émettrice du régime au titre duquel vous présentez une demande de règlement en premier est responsable de la gestion et de l'évaluation de la demande. Elle a le droit d'exiger de toute société émettrice d'un autre régime le remboursement des frais venant en excédent de la part qui lui incombe.

Avances

Aucune avance de moins de 200 \$ ne sera consentie. Les avances comprises entre 200 \$ et 10 000 \$ sont réglées en un seul versement.

Le montant maximal des avances est de 10 000 \$ par personne et par voyage, à moins qu'une telle restriction ne vienne compromettre les soins médicaux que vous devez recevoir.

Sommes qui vous sont remboursées

Si, après avoir obtenu d'Allianz Global Assistance confirmation de l'existence de votre couverture et de l'existence d'une urgence médicale, vous engagez des frais pour lesquels vous auriez pu obtenir une avance, la Sun Life vous les rembourse.

Pour recevoir ce remboursement, vous devez présenter à la Sun Life une attestation des frais engagés, dans les 30 jours suivant votre retour dans la province de votre domicile. Vous pouvez vous procurer le formulaire approprié auprès de votre gestionnaire.

Sommes que vous devez rembourser

Vous devez rembourser à la Sun Life les sommes suivantes qu'Allianz Global Assistance vous a versées sous forme d'avances :

- sommes qui doivent vous être remboursées par la régie de l'assurance-maladie de la province de votre domicile.
- tout excédent sur les prestations maximales prévues par le présent régime.
- sommes versées pour des services ou articles non couverts par le présent régime.
- sommes que vous devez prendre à votre charge, notamment les franchises et la quote-part des frais que vous devez payer.

La Sun Life vous facture les sommes qui doivent lui être remboursées. Le paiement est exigible dès réception de la facture. Vous pouvez choisir d'effectuer le remboursement sur une période de 6 mois; des intérêts sont payables sur les sommes dues au taux déterminé par la Sun Life aux moments opportuns. Le taux d'intérêt peut être modifié au cours de la période de 6 mois.

Restrictions

Allianz Global Assistance n'offre pas de services dans certains pays pour diverses raisons. Veuillez communiquer avec Allianz Global Assistance avant votre départ pour vous informer à ce sujet.

Allianz Global Assistance se réserve le droit de suspendre ou de restreindre ses services sans préavis dans quelque région que ce soit dans les cas suivants :

- rébellion, émeute, soulèvement militaire, guerre, conflit de travail, grève, accident nucléaire ou force majeure.

- refus des autorités du pays en cause d'autoriser Allianz Global Assistance à fournir des services aussi complets que possible.

**Responsabilité
de la Sun Life
ou d'Allianz Global
Assistance**

La Sun Life et Allianz Global Assistance ne sont nullement responsables des négligences, erreurs ou omissions imputables au médecin ou à un autre professionnel de la santé qui vous fournit directement des services en vertu du présent régime.

Assurance-vie

Description générale de la garantie L'assurance-vie prévoit le versement d'un capital à votre bénéficiaire si vous décédez en cours de couverture.

Votre assurance-vie

Capital Le capital de votre assurance-vie est de 3 000 \$.

Cessation de la couverture Votre couverture prend fin comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

Bénéficiaire Si vous décédez en cours de couverture, la Sun Life règle en totalité le capital de votre assurance au dernier bénéficiaire que vous avez désigné et qui est inscrit dans ses dossiers.

À défaut de bénéficiaire désigné, le capital de l'assurance est versé à vos ayants droit. Vous pouvez désigner comme bénéficiaire la personne de votre choix. Vous pouvez changer le bénéficiaire à tout moment, à moins que la loi ne l'interdise ou que vous n'indiquiez dans la désignation que le bénéficiaire ne peut être changé.

Un bénéficiaire mineur ne peut recevoir personnellement un capital-décès au titre du régime tant qu'il n'a pas atteint l'âge de la majorité. Si vous résidez à l'extérieur du Québec et que vous désirez désigner un mineur comme bénéficiaire, vous pourriez désigner une autre personne qui recevra le capital-décès en fidéicomis pour le compte du mineur. Si aucun fiduciaire n'est désigné, il peut être exigé, aux termes des lois pertinentes, que le capital-décès payable au mineur soit versé au tribunal, à un tuteur ou à un curateur public. Si vous résidez au Québec et que vous avez désigné un mineur comme bénéficiaire, le capital-décès sera versé au(x) parent(s) ou au

tuteur légal du mineur, en son nom. Vous pourriez aussi (que vous résidiez au Québec ou non) désigner vos ayants droit comme bénéficiaire et donner dans votre testament des directives à l'exécuteur testamentaire ou aux exécuteurs testamentaires sur les droits du mineur. Vous devriez consulter un conseiller juridique.

Transformation de l'assurance-vie collective

En cas de cessation ou de réduction de la couverture prévue par votre assurance-vie pour toute autre raison qu'à votre demande expresse, vous pouvez demander la transformation de l'assurance-vie collective qui a pris fin en assurance-vie individuelle, sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé.

La demande doit être présentée dans les 31 jours qui suivent la réduction ou la cessation.

En vertu du contrat collectif, la transformation de l'assurance-vie est assujettie à certaines conditions et à un maximum. Veuillez vous adresser à votre gestionnaire pour plus de précisions.

Demande de règlement

La demande de règlement doit être présentée le plus tôt possible après le décès. Il est possible de se procurer les formulaires de demande de règlement auprès de votre gestionnaire.

Décès et mutilation accidentels

Description générale de la garantie La garantie Décès et mutilation accidentels prévoit le versement de prestations si, par suite d'un accident survenu en cours de couverture, vous décédez ou subissez l'une des pertes indiquées dans le *Tableau des prestations*. La prestation versée en cas de décès aux termes de la présente garantie s'ajoute au capital de l'assurance-vie.

Votre couverture

Capital Le capital de votre garantie Décès et mutilation accidentels est égal au capital indiqué dans le tableau ci-après prévu pour chaque perte.

Cessation de la couverture Votre couverture prend fin comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

Prestations

Nous versons des prestations si vous :

- décédez accidentellement par noyade.
- subissez un accident, y compris tout accident causé par un phénomène naturel, qui conduit directement à votre décès, ou à l'une des autres pertes ci-dessous, dans l'année qui suit.

TABLEAU DES PRESTATIONS

Décès	5 000 \$
Perte des deux mains ou des deux pieds	10 000 \$
Perte d'une main ou d'un pied, et de la vision d'un oeil	10 000 \$
Perte d'un bras ou d'une jambe	7 500 \$
Perte d'une main ou d'un pied	5 000 \$
Perte du pouce et de l'index de la même main	1 000 \$
Perte de la vision d'un oeil	1 500 \$
Perte de la vision des deux yeux	10 000 \$

Lorsqu'une personne subit plusieurs pertes à un membre, par suite du même accident, seule la prestation la plus élevée est versée. Les prestations versées pour l'ensemble des pertes subies dans un même accident ne peuvent dépasser 10 000 \$.

La perte d'un bras s'entend de l'amputation au coude ou plus haut; la perte d'une main, de l'amputation au poignet ou plus haut et la perte d'un pied, de l'amputation à la cheville ou plus haut. La perte du pouce ou d'un doigt s'entend de l'amputation à la première phalange ou plus haut. La perte de la vision doit être totale et définitive.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable relativement aux pertes :

- résultant de blessures provoquées par la personne couverte, notamment à l'occasion de la manipulation d'une arme à feu.
- résultant de blessures subies lors de la conduite d'un véhicule motorisé alors que l'alcoolémie est supérieure à la norme admise par le code criminel.
- résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide, que la personne ait ou non alors été atteinte d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non voulu ou compris les conséquences de son geste.
- occasionnées par un vol à bord de tout appareil de navigation aérienne, un saut hors de l'appareil ou une exposition à un danger inhérent à cet appareil, dans l'un des cas suivants :
 - la personne recevait une formation en aéronautique.
 - elle exerçait une fonction rattachée à l'appareil.

-
- elle était transportée pour faire du parachutisme.
 - elle était militaire et l'appareil était placé sous l'autorité de l'armée.
 - résultant d'un acte d'hostilité de forces armées, d'une insurrection, ou de la participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
 - résultant de la participation à la perpétration d'un acte criminel.
 - attribuables à une infirmité ou une maladie corporelle ou mentale, ou le traitement médical ou chirurgical de celles-ci.
 - attribuable à une infection à moins qu'elle ne soit causée par une lacération visible sur le corps subie à la suite d'un accident.

Transformation

Si votre garantie Décès et mutilation accidentels prend fin ou est réduite pour toute autre raison qu'à votre demande expresse et si vous demandez la transformation de votre assurance-vie collective en assurance-vie individuelle, vous pouvez également faire ajouter au contrat d'assurance individuelle une garantie en cas de décès accidentel.

En vertu du contrat collectif, la transformation de la couverture est assujettie à certaines conditions et à un maximum. Veuillez vous adresser à votre gestionnaire pour plus de précisions.

Demande de règlement

Pour toutes les pertes, sauf le décès, la demande doit nous parvenir dans l'année qui suit la perte.

En cas de décès, la demande doit être présentée aussitôt que possible après le décès.

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement auprès de votre gestionnaire.

Protection des renseignements personnels

Pour le groupe Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins de conformité et d'exigences réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le www.sunlife.ca/confidentialite.

À votre choix

De temps en temps, nous vous donnerons de l'information sur d'autres produits et services financiers qui, à notre avis, sont susceptibles de répondre à l'évolution de vos besoins. Si vous ne souhaitez pas recevoir ces offres, faites-le-nous savoir en nous appelant au 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433).

Régime souscrit par l'intermédiaire de :

LE RÉSEAU DE SANTÉ ÉTUDIANT