Votre régime d'assurance collective

ASSOCIATION DES RÉSIDENTS DE MCGILL (ARM)

Contrat nº Q1090

Étudiants réguliers

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

Votre régime d'assurance collective

ASSOCIATION DES RÉSIDENTS DE MCGILL (ARM)

Contrat nº Q1090

Étudiants réguliers

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie
1 866-647-5013

Pour obtenir votre numéro de certificat,
veuillez consulter le site www.aseq.ca

Le présent document constitue un résumé de votre contrat d'assurance collective.

Brochure publiée le 14 février 2025

TABLE DES MATIÈRES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES	1
APERÇU DES GARANTIES	5
DÉFINITIONS	6
DEMANDES DE PRESTATIONS	8
ASSURANCE FRAIS DENTAIRES	9
BON À SAVOIR	17

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Conditions d'admissibilité :

L'étudiant doit être membre de l'Association des résidents de McGill (ARM).

L'étudiant admissible qui participe à un programme d'échange ou à un stage à l'extérieur de sa province de résidence demeure assuré en vertu du régime d'assurance collective à condition qu'il soit couvert en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation pour les frais engagés hors de sa province de résidence.

Prise d'effet de l'assurance de l'étudiant :

L'adhésion à l'assurance est automatique lors de l'inscription à l'établissement d'enseignement.

Les primes du régime d'assurance collective font partie des cotisations automatiques non-obligatoires (CANO).

L'étudiant est assuré d'office avec une protection individuelle et sera couvert en vertu de la garantie suivante durant toute la période de couverture.

- Assurance frais dentaires

Pour des informations additionnelles concernant la garantie, veuillez vous référer à l'Aperçu des garanties.

Prise d'effet de l'assurance des personnes à charge :

Si l'étudiant choisit une protection familiale, couple ou monoparentale, ses personnes à charge sont admissibles à l'assurance à partir du début de la période de couverture.

Cessation de l'assurance de l'étudiant :

L'assurance de l'étudiant prend fin au premier des événements à survenir parmi les suivants :

1) la fin de la période de couverture;
2) la fin de la garantie indiquée à l'Aperçu des garanties;
3) la date à laquelle le preneur met fin au contrat.

Cessation de l'assurance des personnes à charge :

L'assurance des personnes à charge prend fin à la première des dates suivantes :

1) la date de cessation de la couverture de l'étudiant;
2) la date à laquelle la personne n'est plus une personne à charge; ou
3) la fin de la période pendant laquelle les primes requises pour la couverture des personnes à charge ont été versées au nom de l'étudiant.

Période de couverture :

Du 1er juillet au 30 juin de l'année suivante.

Garantie offerte :

Assurance frais dentaires

Pour obtenir des informations additionnelles concernant la garantie, veuillez vous référer à l'Aperçu des garanties.

Types de protection offertes :

L'étudiant peut choisir parmi les types de protection ci-dessous. À défaut de faire un choix, il se verra attribuer une protection individuelle qui demeurera en vigueur jusqu'à la fin de la période de couverture.

- Individuelle : étudiant seulement
- Familiale : étudiant, conjoint et enfants
- Couple : étudiant et conjoint
- Monoparentale : étudiant et enfants

Le type de protection demeurera en vigueur jusqu'à la fin de la période de couverture.

Le type de protection peut être différent d'une garantie à l'autre.

Le type de protection peut être changé à la suite d'un événement de vie, en présentant une demande à l'ASEQ dans les 31 jours qui suivent l'événement.

Un événement de vie est défini comme suit :

- mariage, nouveau conjoint de fait;
- naissance, adoption d'un enfant; ou
- retour aux études d'un enfant à charge.

Droit de retrait :

L'étudiant a la possibilité d'exercer son droit de retrait annuel du régime d'assurance collective pendant la période de retrait et de changement de couverture. Après cette période, l'étudiant ne pourra plus exercer son droit de retrait.

Un étudiant qui demande un retrait annuel du régime d'assurance collective ne sera pas couvert pour toute la durée de la période de couverture.

Période de retrait et de changement de couverture :

La période de retrait et de changement de couverture est déterminée par le preneur. Celle-ci est prévue au début de la période de couverture.

L'étudiant ne pourra plus exercer son droit de retrait ou effectuer des modifications après cette période.

L'étudiant doit consulter le site www.aseq.ca pour connaître les dates de la période de retrait et de changement de couverture.

Procédure pour effectuer des modifications :

L'étudiant doit consulter le site www.aseq.ca pour modifier :

- ses garanties;
- son type de protection; et
- se prévaloir de son droit de retrait.

L'étudiant peut effectuer des modifications uniquement durant la période de retrait et de changement de couverture.

Assurance similaire et validation de couverture :

L'étudiant doit valider s'il est couvert par un autre régime d'assurance offrant des prestations similaires au présent régime. Ce régime pourrait être offert par son employeur, ses parents ou son conjoint. Dans ce cas, il pourrait bénéficier d'une coordination des prestations.

APERÇU DES GARANTIES

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

Année du guide des tarifs dentaires :	Année courante
Montant de la franchise :	Aucune
Pourcentage de remboursement	
Soins de prévention :	
• **Extractions de dents incluses:**	80 %
• **Autres frais :**	70 %
Soins de base, d'endodontie et de parodontie :	60 %
Soins de restauration majeure :	50 %
Montant maximum payable	
Soins de prévention, de base, d'endodontie, de parodontie et de restauration majeure :	800 $ par période de couverture par personne assurée pour l'ensemble des soins.
Limitations :	Les frais pour restaurations en composite sont remboursables pour les dents antérieures ainsi que pour les dents postérieures.
Fin de la garantie :	Le 30 juin de chaque année ou à la date à laquelle l'étudiant cesse d'être assuré, selon la première éventualité.

DÉFINITIONS

Dans le cadre du contrat :

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

Conjoint désigne toute personne admissible qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

1) est légalement mariée ou unie civilement à un étudiant;

2) vit conjugalement avec l'étudiant depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union;

3) vit conjugalement avec l'étudiant, a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux conjoints, un seul sera reconnu par l'assureur pour toutes les garanties d'un même régime. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

1) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'étudiant à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu du contrat;

2) le conjoint à qui l'étudiant est uni légalement par les liens du mariage ou civilement.

En tout temps, une seule personne peut être couverte en tant que conjoint d'un étudiant.

Enfant à charge désigne la personne qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations, n'a pas de conjoint et dépend du soutien financier de l'étudiant ou du conjoint de l'étudiant pour subvenir à ses besoins. Il s'agit d'un enfant naturel de l'étudiant ou du conjoint de l'étudiant ou d'un enfant adopté. Cet enfant :

1) a moins de 22 ans;

2) a moins de 26 ans, fréquente à temps plein, à titre d'étudiant à charge dûment inscrit, un établissement d'enseignement; ou

3) est majeur et atteint d'une incapacité en raison d'une invalidité physique ou mentale survenue lorsqu'il répondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus.

L'enfant est considéré atteint d'incapacité s'il ne peut exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison de son invalidité physique ou mentale, il dépend du soutien financier de l'étudiant ou du conjoint de l'étudiant pour subvenir à ses besoins. De plus, il doit être domicilié chez l'étudiant ou le conjoint de l'étudiant qui exercerait l'autorité parentale ou détiendrait la tutelle légale si cet enfant était mineur.

Étudiant désigne la personne qui réside au Canada et qui est membre de l'Association des résidents de McGill (ARM).

Période de couverture désigne la période qui s'étend du 1er juillet au 30 juin de l'année suivante.

Période de retrait et de changement de couverture désigne la période déterminée par le preneur durant laquelle l'étudiant peut exercer son droit de retrait ou modifier sa couverture. Cette période est prévue au début de la période de couverture. L'étudiant ne pourra plus exercer son droit de retrait ou effectuer des modifications après cette période. L'étudiant doit consulter le site www.aseq.ca pour exercer son droit de retrait et de changement de couverture.

Personne à charge désigne le conjoint ou un enfant qui résident au Canada. Toutefois, une personne à charge qui réside en dehors du Canada est considérée comme résidant au Canada si elle est couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et que l'assureur a préalablement donné son approbation par écrit.

Personne assurée désigne l'étudiant dont l'assurance a pris effet ou l'une de ses personnes à charge assurées, le cas échéant.

Preneur désigne la société ou le groupe dont le nom est inscrit sur la proposition et figure sur la page frontispice du contrat.

Province de résidence désigne

1) pour un étudiant canadien :

   a) la province de résidence habituelle dans laquelle l'étudiant est couvert en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;

   b) la province de résidence temporaire dans laquelle l'étudiant demeure pendant la période scolaire alors qu'il est couvert en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une autre province;

2) pour un étudiant non-canadien : la province de résidence dans laquelle l'étudiant demeure pendant la période scolaire et dans laquelle il est couvert en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation, ou un régime équivalent approuvé par l'assureur. Cependant, pour les soins dentaires, l'étudiant n'a pas à être couvert en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation.

DEMANDES DE PRESTATIONS

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'assureur doit recevoir une déclaration et des preuves de sinistre dans le délai prévu, s'il en est, pour chaque garantie. Advenant la résiliation du contrat, l'assureur n'effectuera aucun versement de prestations à moins que la déclaration et les preuves des pertes subies ne lui soient soumises dans les 90 jours suivant la date de résiliation du contrat.

Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de toute prestation pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, aucune prestation ne sera versée si la demande de prestations, les preuves et les renseignements fournis sont transmis plus d'un an après la date de l'événement donnant lieu à la prestation.

Toute action en justice engagée contre l'assureur pour recouvrer des sommes payables en vertu du contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée au cours du délai fixé par la loi sur les assurances ou toute autre loi applicable dans la province de résidence de l'étudiant.

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Toute demande de prestations au titre du contrat doit être présentée au moyen du formulaire prévu à cette fin par l'assureur.

Toute prestation payable du vivant de l'étudiant est versée à l'étudiant à moins d'indication contraire dans le contrat.

EXAMENS MÉDICAUX

À l'occasion, l'assureur a le droit d'exiger que la personne assurée pour laquelle des prestations pourraient être versées soit examinée par un ou des médecins ou par un ou des professionnels de la santé de son choix.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Il est possible que certains frais médicaux ou dentaires soient couverts par plus d’un régime d’assurance similaire. Si tel est le cas, l’étudiant peut obtenir un remboursement atteignant 100 % des frais engagés en soumettant successivement les réclamations à chacun des régimes. Dans l’industrie de l’assurance, c’est ce qu’on appelle la coordination des prestations.

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Dentiste ou chirurgien dentiste désigne une personne autorisée à pratiquer la médecine dentaire, agréée par l'organisme qui a juridiction à l'endroit où elle fournit les services dentaires.

Guide des tarifs désigne le guide des tarifs des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province où le traitement est donné à la personne assurée, pour l'année indiquée à l'APERÇU DES GARANTIES.

Hygiéniste dentaire désigne une personne autorisée à dispenser des traitements dentaires prophylactiques par une faculté dentaire accréditée.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant qu'une personne assurée, alors couverte en vertu de la présente garantie, a engagé des frais admissibles qui étaient nécessaires et qui avaient trait à des services recommandés par un dentiste, l'assureur rembourse la partie de ces frais qui excède la franchise, s'il y en a une, sous réserve du pourcentage de remboursement indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES, selon les tarifs du guide approprié et des maximums indiqués à l'APERÇU DES GARANTIES, sans excéder les frais engagés et conformément aux autres dispositions applicables du contrat.

Pour être admissibles, les soins doivent être :

1) dispensés par un dentiste; ou

2) dispensés par un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste; ou

3) dispensés par un denturologiste diplômé lorsque ces services sont dans les limites de sa compétence.

Les frais admissibles sont réputés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou à la date à laquelle les fournitures ont été obtenues. Toutefois, en ce qui concerne un pont, une couronne ou une prothèse, l'assureur considère la date de pose de l'appareil comme étant la date à laquelle les frais ont été engagés, et en ce qui concerne les traitements de canaux, l'assureur considère la date du dernier traitement comme étant la date à laquelle les frais ont été engagés.

DÉBUT DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

Si l'entrée en vigueur de l'assurance d'une personne à charge est retardée parce qu'elle est hospitalisée le jour où l'assurance doit normalement entrer en vigueur, cette personne ne devient assurée que 24 heures après son retour au domicile de l'étudiant. Toutefois, un nouveau-né d'un étudiant dont les personnes à charge sont déjà assurées devient assuré dès sa naissance.

FRANCHISE

La franchise est la partie des frais admissibles que l'étudiant doit payer à chaque période de couverture avant que la présente garantie ne donne droit à un remboursement. Le montant de la franchise est indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES.

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

Tout pourcentage de remboursement indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES est le pourcentage des frais admissibles après application de la franchise qui sera remboursé par l'assureur, en vertu des dispositions de la présente garantie.

FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA

SOINS DE PRÉVENTION

EXAMENS

- Examen buccal complet, une fois tous les 36 mois
- Examen buccal de rappel, une fois tous les 6 mois et maximum de 2 par période de couverture
- Examen buccal d'aspect particulier, une fois tous les 6 mois
- Examen buccal d'urgence

RADIOGRAPHIES

- Série complète de radiographies périapicales ou panoramiques, limitée à une série tous les 36 mois
- Radiographies intra-orales et radiographies servant à diagnostiquer un symptôme ou à examiner les progrès dans une série de traitements particuliers
- Interprétation de radiographies provenant d'une autre source
- Photographie
- Radiographie de la main et du poignet, comme aide diagnostique au traitement dentaire

TESTS ET EXAMENS DE LABORATOIRE

- Cultures/frottis bactériologiques pour la détermination d'agents pathologiques
- Biopsies
- Test de vitalité
- Modèles de diagnostic, non montés

PRÉSENTATION ET EXPLICATION DE CAS

- Consultation avec un patient (un jour autre que celui de l'examen)

SERVICES DE PRÉVENTION

- Instruction d'hygiène buccale, une fois tous les 6 mois maximum 2 fois par période de couverture
- Polissage, une fois tous les 6 mois
- Détartrage incluant l'aplanissement des racines (soins de parodontie) : maximum global de 4 unités de 15 minutes par période de couverture par personne assurée
- Application topique de fluorure, une fois tous les 6 mois
- Finition des obturations
- Scellants de puits et fissures, pour les enfants âgés de moins de seize ans
- Meulage interproximal
- Appareils de maintien en l'absence de dents primaires, pour les enfants âgés de moins de seize ans
- Odontotomie prophylactique/améloplastie

CHIRURGIE BUCCALE PRÉVENTIVE

- Extractions de dents incluses

SERVICES ADDITIONNELS

- Seules l'anesthésie générale et la sédation consciente sont couvertes. Ces frais sont admissibles s'ils sont administrés en relation avec une extraction.

SOINS DE BASE, ENDODONTIE ET PARODONTIE

RESTAURATION

- Amalgame (argent)
- Restaurations en composite selon ce qui est indiqué à la partie LIMITATIONS afférentes aux frais dentaires de l'APERÇU DES GARANTIES
- Tenons de rétention pour restauration en amalgame ou en composite
- Couronnes préfabriquées en acier inoxydable et en polycarbonate, pour les enfants de moins de seize ans

- Carie / trauma / contrôle de la douleur, acte distinct d'une restauration

ENDODONTIE

- Traitement d'une maladie de la chambre pulpaire et des canaux dentaires (traitement de canal)

PARODONTIE

Traitements de tissus mous (gencives) et de l'os sur lesquels sont implantées les dents. Toutefois les frais admissibles suivants sont limités :

a) visites post-opératoires, quatre visites par période de couverture

b) curetage dispensé par un dentiste, une fois par période de 60 mois

c) ajustement pour appareil parodontal pour contrôler uniquement le bruxisme, limité à un ajustement par période de couverture

d) aplanissement des racines inclus avec le détartrage (soins de prévention) maximum global de 4 unités de 15 minutes par période de couverture par personne assurée

e) rectification de l'occlusion, limitée à 8 unités de 15 minutes par période de couverture

ENTRETIEN DE PROTHÈSES AMOVIBLES

- Réparation
- Addition (à une prothèse amovible existante)
- Regarnissage
- Rebasage
- Ajustement de prothèses, trois mois après l'insertion
- Ajustements de prothèses avec ajustements mineurs, une fois par période de six mois.

CHIRURGIE BUCCALE

- Extractions - sans complications et complexes, sauf les extractions de dents incluses (soins préventifs)
- Ablation de racines résiduelles
- Exposition chirurgicale des dents
- Alvéoplastie, gingivoplastie, stomatoplastie et ostéoplastie
- Reconstruction du procès alvéolaire

- Extension des replis muqueux
- Excisions
- Incisions
- Frénectomie
- Actes chirurgicaux divers

SOINS DE RESTAURATION MAJEURE

PROTHÈSES

Les frais d'une prothèse dentaire permanente initiale (telle que pont fixe, prothèse amovible partielle ou complète) sont couverts si l'achat est rendu nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable détenue par le preneur en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie.

Les frais de remplacement d'une prothèse dentaire (telle que pont fixe, prothèse amovible partielle ou complète) déjà en place par une prothèse permanente sont couverts si :

a) le remplacement est rendu nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie, ou

b) la prothèse déjà en place date d'au moins cinq ans, ou

c) la prothèse déjà en place est temporaire et est remplacée par une prothèse permanente dans les douze mois suivant la date de l'installation de la prothèse temporaire. En ce qui concerne le remboursement de la prothèse permanente qui remplace la prothèse temporaire, le montant de remboursement est réduit du montant déjà remboursé par l'assureur pour la prothèse temporaire.

Une prothèse temporaire qui date d'au moins 12 mois est considérée comme une prothèse permanente pour les fins d'application de cette clause.

PROTHÈSES AMOVIBLES

- Prothèses complètes
- Prothèses complètes immédiates
- Prothèses hybride standard
- Prothèses de transition

- Prothèses partielles, y compris base coulée en chrome (mais pas en or)
- Prothèses partielles, réfection
- Remontage avec équilibration de l'occlusion
- Garnissage temporaire thérapeutique

PROTHÈSES FIXES (PONTS)

- Piliers et pontiques
- Réparations
- Ablation de pont
- Recimentation

AUTRES RESTAURATIONS SIMPLES

- Recouvrements, facettes, incrustations et couronnes

    a) pour une dent qui est fracturée en raison de caries ou d'une blessure traumatique et qui ne peut être traitée au moyen d'une obturation en amalgame ou en composite

    b) les couronnes de transition sont considérées comme faisant partie de la restauration finale

    c) les frais de remplacement de facette, incrustation, recouvrement et couronne en place sont couverts si ceux-ci datent d'au moins cinq ans

    d) ne sont remboursables que les couronnes en métal sur les molaires

- Réparation en porcelaine
- Tenons de rétention, pivots, corps coulés
- Recimentation
- Ablation d'une incrustation ou d'une couronne

FRAIS ADMISSIBLES HORS DU CANADA

L'assureur ne rembourse les frais engagés pour des soins dentaires reçus à l'extérieur du Canada que dans la mesure où ce remboursement est effectué en vertu de la présente garantie dans le lieu de résidence habituel de la personne assurée lorsqu'elle n'étudie pas au Canada et à condition qu'il ne s'agisse pas de soins d'urgence. Cependant, les frais seront limités aux frais suggérés du guide des tarifs du Québec.

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

Aucun remboursement n'est effectué relativement à toute partie des frais engagés excédant les frais suggérés dans le guide des tarifs approprié ainsi qu'il est indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES. Lorsque deux ou plusieurs traitements sont disponibles pour corriger adéquatement une condition dentaire, ce régime remboursera le traitement le moins coûteux qui donne un résultat approprié du point de vue professionnel.

Le remboursement des frais de laboratoire est limité aux frais de laboratoire raisonnables et habituels de la localité où les services sont rendus. Toutefois, le remboursement total des frais de laboratoire ne doit en aucun cas dépasser 50 % des frais suggérés dans le guide des tarifs approprié ainsi qu'il est indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES pour le traitement dentaire précis nécessitant des services de laboratoire.

Le remboursement des frais pour des restaurations en composite qui sont effectuées sur des dents postérieures peut être limité aux frais remboursables pour les restaurations en amalgame selon ce qui est indiqué à la partie LIMITATIONS afférentes aux frais dentaires de l'APERÇU DES GARANTIES.

L'assureur n'effectue aucun remboursement en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

1) les soins dentaires reçus à des fins esthétiques lorsque la forme et la fonction des dents sont satisfaisantes et qu'aucun état pathologique n'existe;

2) les frais engagés relativement à l'analyse de la diète et aux recommandations;

3) les frais engagés pour des soins, des fournitures dentaires, y compris les radiographies, visant la reconstruction de la bouche entière, la correction de l'espace vertical, la restauration de l'occlusion ou la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire, ou pour un jumelage permanent des dents;

4) les frais imposés par un dentiste pour les rendez-vous auxquels la personne assurée néglige de se présenter et les frais engagés pour faire remplir des demandes de remboursement ou pour les consultations par téléphone;

5) les frais engagés pour des cultures/frottis bactériologiques suivis d'un traitement par Chlorzoïn;

6) les frais engagés pour des implants;

7) les frais engagés pour des duplicatas de modèles de diagnostic (non montés);

8) les frais engagés pour des anesthésies par acupuncture;

9) les soins dentaires qui ne sont pas encore approuvés par l'Association dentaire canadienne ou qui sont dispensés à des fins expérimentales seulement;

10) les services, soins ou produits dentaires que la personne a reçus gratuitement ou qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer;

11) les services, les soins ou les produits fournis à l'étudiant par l'employeur;

12) tout traitement reçu en dehors du Canada, sauf les soins prévus dans la disposition relative aux FRAIS ADMISSIBLES HORS DU CANADA;

13) les services et fournitures dentaires non inclus dans la liste des frais admissibles;

14) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :

a) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;

b) de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou de tout autre régime public;

c) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays, ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire.

EXCLUSIONS AFFÉRENTES AUX PROTHÈSES ET AUX COURONNES

L'assureur n'effectue aucun remboursement en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

1) les frais relatifs au remplacement de prothèses et d'appareils perdus, égarés ou volés;

2) les prothèses avec des attaches de précision ou des rupteurs de force;

3) les attaches de précision et les couronnes télescopiques pour les ponts fixes;

4) les couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate, sauf dans le cas des dents primaires;

5) les chapes de transfert pour une couronne.

COORDINATION DES PRESTATIONS

La présente garantie est assujettie à la disposition relative à la COORDINATION DES PRESTATIONS de la section DEMANDES DE PRESTATIONS du contrat.

ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS

Lorsque le coût global estimatif d'une série proposée de soins dentaires pour une personne assurée dépasse 500 $, il est conseillé à l'étudiant de présenter un plan de traitement détaillé à l'assureur avant le commencement de ce traitement. L'assureur informe alors l'étudiant du remboursement auquel il a droit conformément aux dispositions du contrat. Le plan de traitement doit indiquer le type de soins à fournir, les dates prévues de la série de soins et les sommes exigées pour chaque soin.

Le plan de traitement présenté doit être mis à exécution par le dentiste qui l'a d'abord élaboré, sinon l'étudiant devra présenter un nouveau plan de traitement à l'assureur en vue d'une nouvelle évaluation.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la première des dates indiquées dans la partie CESSATION DE L'ASSURANCE DES ÉTUDIANTS.

Les frais engagés après la date de cessation de l'assurance de l'étudiant ne sont pas remboursables, même si la personne assurée a présenté un plan de traitement détaillé en vertu de la disposition relative à l'ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS et que l'assureur a fixé les versements avant ladite date de cessation.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'étudiant n'a pas à soumettre de demande de prestations à l’assureur si le dentiste utilise l'échange électronique de données (EDI).

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives et être adressées à l'assureur au plus tard dans les 12 mois après la fin de l’période de couverture durant laquelle les frais ont été engagés. Toutefois, si la couverture prend fin avant la fin de l’période de couverture, les demandes de prestations doivent être présentées au plus tard dans les 12 mois suivant la date de fin de la couverture.

L’assureur se réserve le droit de demander des radiographies et d'autres types de diagnostics comme des rapports de spécialiste, des graphiques parodontiques et des modèles d'étude.

BON À SAVOIR

DEMANDES POUR DENTAIRES

Il y a 2 façons de communiquer avec nous pour toute question concernant les frais admissibles en vertu de l'assurance frais dentaires :

Par courriel à : Servicecollectif@dsf.ca

Par téléphone au : 1 800 463-7843

Pour une meilleure expérience client, il est important d'avoir en main le numéro de police et le numéro de certificat lorsqu'un agent est disponible pour répondre à l'appel.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour obtenir votre numéro de certificat, veuillez consulter le site **www.aseg.ca.**

Pour obtenir toute autre information, l'étudiant est invité à visiter le site de Desjardins Sécurité financière à **www.desjardinsassurancevie.com** sous l'onglet « Nous joindre ».

BÉNÉFICIAIRE

Cette clause retire ou restreint le droit de l'étudiant de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes sont payables :

Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'étudiant sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties.

ACCÈS À LA POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE

L'étudiant peut demander à Desjardins Sécurité financière d'obtenir une copie de sa demande d'adhésion, de son rapport d'assurabilité et de la police.

COMMENT DÉPOSER UNE PLAINTE

Si l'étudiant n'est pas satisfait pour quelque chose que nous avons dit ou fait, ou s'il estime avoir été lésé ou s'il veut que nous corrigions une situation, il peut déposer une plainte auprès de l'équipe responsable du traitement des plaintes de Desjardins Sécurité financière. Le rôle de cette équipe consiste à évaluer le bien fondé des décisions et des pratiques de l'entreprise lorsqu'un de ses clients estime qu'il n'a pas obtenu le service auquel il avait droit.

Il peut joindre l'équipe responsable du traitement des plaintes de trois façons :

Par écrit, à l'adresse suivante :

Équipe responsable du traitement des plaintes

Desjardins Sécurité financière,

100, rue des Commandeurs

Lévis (Québec) G6V 7N5

Par courriel à : plaintes@desjardins.com

Par téléphone au : 1 877 938-8184

Pour obtenir des renseignements additionnels sur la procédure à suivre en cas de plainte ou pour obtenir notre formulaire de plainte, l'étudiant est invité à visiter notre site **www.desjardins.com** sous l'onglet « Nous joindre ».

La protection Assuris

Desjardins Assurances est membre d'Assuris, une société à but non lucratif financée par l'Industrie de l'assurance vie. Elle protège les assurés canadiens contre la perte de leurs prestations en cas de faillite d'une société membre.

Pour connaître l'étendue de la protection d'Assuris, consultez le **www.assuris.ca**. Vous pouvez aussi obtenir une brochure en écrivant à l'adresse **info@assuris.ca** ou par téléphone au 1 866 878-1225.

Notre engagement envers vous

Nous sommes toujours là pour répondre à vos questions. Vous pouvez compter sur notre équipe chevronnée pour vous fournir un service hors pair et traiter vos demandes avec efficacité. Nous veillons à votre bien-être et vous procurons un soutien financier au moment où vous en avez le plus besoin.

desjardinsassurancevie.com/adherent

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. Desjardins[MD], Desjardins Assurances[MC] et les marques de commerce associées sont des marques de commerce de la Fédération des caisses Desjardins du Québec utilisées sous licence par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2 / 1 866 647-5013
desjardinsassurancevie.com

03074F12 (2023-10)
100%