

CHUBB

Votre régime d'assurance pour étudiants et étudiantes

Conçu spécialement pour :
Collège Boréal



Police numéro :
SG10318201

Souscrit auprès de :
Chubb du Canada compagnie d'assurance vie

Date d'effet :
1^{er} septembre 2018

La présente brochure a été rédigée pour résumer un régime collectif établi par Chubb du Canada compagnie d'assurance vie « Chubb Vie ». Pour référence rapide, elle contient de brèves descriptions seulement, et elle ne fait pas état de toutes les dispositions contractuelles de la police. Les droits et obligations des parties aux présents sont régis par le contrat et non par la présente brochure. Pour consulter les dispositions exactes de la police, veuillez communiquer avec votre employeur.

TABLEAU DES PRESTATIONS

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. Décès par accident..... | 25 000 \$ |
| 2. Mutilation par accident Divers montants, tel qu'indiqué à la garantie d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident. | |
| 3. Remboursement des frais médicaux en cas d'accident | 10 000 \$ |
| 4. Remboursement des frais d'hospitalisation/médicaux supplémentaires hors de la province | 5 000 \$ |
| 5. Remboursement des frais dentaires en cas d'accident | 3 000 \$ |
| 6. Remboursement des médicaments sur ordonnance | 5 000 \$ |
| 7. Remboursement des frais d'ambulance..... | 250 \$ |
| 8. Remboursement des frais de leçons particulières | 300 \$ |
| 9. Frais de rapatriement..... | 1 000 \$ |
| 10. Frais des lentilles cornéennes et verres correcteurs | 200 \$ (seulement la résultat d'un accident) |

PRESTATION EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Si des blessures accidentelles entraînent l'une des pertes spécifiques mentionnées ci-dessous durant l'année qui suit la date de l'accident, Assurance-vie ACE INA versera le pourcentage du capital assuré d'après le montant indiqué dans la section capital assuré. Cependant, Assurance-vie ACE INA versera une prestation seulement, à savoir la plus élevée, pour toutes les blessures résultant d'un même accident.

| Perte de : | capital assuré |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------|
| La vie..... | 5 000 \$ |
| Les deux mains ou les deux pieds..... | 15 000 \$ |
| La vue complète des deux yeux..... | 15 000 \$ |
| Une main et un pied..... | 15 000 \$ |
| Une main ou un pied et de la vue complète d'un oeil | 15 000 \$ |
| La parole et l'ouïe | 15 000 \$ |
| Un bras ou une jambe ou l'usage d'un bras ou d'une jambe | 11 250 \$ |

| | |
|--------------------------------------------------------------|-----------|
| Une main ou un pied ou l'usage d'une main ou d'un pied | 7 500 \$ |
| La vue complète d'un oeil | 7 500 \$ |
| La parole ou l'ouïe | 7 500 \$ |
| Le pouce et l'index d'une main | 2 500 \$ |
| Un doigt | 500 \$ |
| La quadriplégie..... | 50 000 \$ |
| La paraplégie | 50 000 \$ |
| L'hémiplégie | 50 000 \$ |

Par «perte», on entend, en ce qui concerne une main ou un pied, l'amputation complète à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus; en ce qui concerne un bras ou une jambe, l'amputation complète à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus; en ce qui concerne un oeil, la perte totale et irrémédiable de la vue; en ce qui concerne la parole, la perte totale et irrémédiable de la voix dans la mesure où aucune communication verbale audible n'est possible; en ce qui concerne l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe qui ne peut être corrigée par aucun appareil auditif; en ce qui concerne le pouce et l'index, l'amputation complète à la première phalange ou au-dessus; en ce qui concerne un doigt, l'amputation complète à la première phalange du doigt ou au-dessus.

Par «perte», on entend, en ce qui concerne la quadriplégie (la paralysie totale des membres supérieurs et des membres inférieurs), la paraplégie (la paralysie totale des deux membres inférieurs) et l'hémiplégie (la paralysie totale du membre supérieur et du membre inférieur d'un même côté du corps), la paralysie complète et irréversible des dits membres.

REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX EN CAS D'ACCIDENT

Lorsque la personne assurée subit une blessure corporelle et qu'elle nécessite des soins par un podologue, un physiothérapeute, un chiropracteur, un massothérapeute, un podiatre ou un orthophoniste dûment autorisé, et (ou) qu'elle a engagé des frais pour des béquilles, des attelles, des bandages herniaires, des appareils orthopédiques, des prothèses permanentes, la location d'un fauteuil roulant ou d'un lit d'hôpital, des radiographies, les services d'une infirmière (infirmier) autorisée, des médicaments exigeant une ordonnance écrite d'un médecin ou des soins en chambre à deux lits dans un hôpital, l'assureur remboursera la personne assurée pour de telles dépenses, pourvu qu'elles aient été engagées au cours des 156 semaines qui suivent la date de l'accident. Les services du physiothérapeute, du chiropracteur, du massothérapeute et du pédicure sont limités à un montant maximal de 1,000 \$ par traitement par année scolaire. Le paiement se rapportant à une chambre d'hôpital est limité à la différence entre le tarif d'une salle d'hôpital commune et celui d'une chambre à deux lits.

Un remboursement en vertu de la présente section ne sera pas effectué plus d'une fois, si un paiement est déjà prévu par une autre garantie de la police (autres que les prestations payables en cas de décès ou de mutilation par accident).

L'assureur ne sera pas responsable pour toute partie des frais attribuables à des blessures accidentelles pour lesquelles la responsabilité d'un tiers a été établie et pour lesquelles un paiement est effectué par une tierce partie.

Aux termes des sections Remboursement des frais médicaux en cas, le montant maximal du remboursement pour tous les frais engagés est de 10 000 \$ par accident.

**REMBOURSEMENT DES FRAIS D'HOSPITALISATION/MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES HORS DE LA PROVINCE
(s'applique seulement aux résidents du Canada couverts par le régime provincial des soins de la santé)**

Lorsque la personne assurée subit des blessures corporelles n'importe où au monde (hors de l'Ontario ou de la province de résidence, si ce n'est pas l'Ontario), l'assureur lui remboursera les frais engagés jusqu'à concurrence du montant couvert, relativement à ce qui suit :

- a) les fournitures et les services rendus par un hôpital dûment autorisé, pendant que la personne assurée est hospitalisée dans une salle commune ou dans une chambre à deux lits. Ceci ne comprend pas une maison de convalescence ou de soins infirmiers, un foyer pour personnes âgées ou un club de santé, une facilité pour le traitement d'alcoolisme, de toxicomanie ou de maladie mentale;
- b) les services d'un médecin, d'un chirurgien ou d'un anesthésiste dûment autorisé (autre qu'un membre de la famille);
- c) les services d'une infirmière (infirmier) diplômée (autre qu'un membre de la famille);
- d) un examen radiodiagnostic par un médecin dûment autorisé;
- e) un service d'ambulance dûment autorisé, la location de béquilles, d'attelles, de bandages herniaires ou d'appareils orthopédiques (excluant les frais d'un appareil orthopédique ou d'un appareil semblable utilisé à des fins non thérapeutiques ou utilisé uniquement aux fins de participation à des sports ou toutes autres activités de loisir).

Le remboursement se limite à la partie des frais couverts engagés qui dépassent tout montant payable en vertu d'un régime gouvernemental quelconque. Le remboursement sera calculé au prorata, si la personne assurée est couverte par un autre régime d'assurance qui prévoit le remboursement des frais couverts (par exemple, l'assurance des parents).

Aux termes des sections Remboursement des frais d'hospitalisation/médicaux supplémentaires hors de la province, le montant maximal du remboursement pour tous les frais engagés est de 5 000 \$ par accident.

REMBOURSEMENT DES FRAIS DENTAIRES EN CAS D'ACCIDENT

Lorsque des dommages à des dents saines ou entières nécessitent et entraînent des traitements dans les 30 jours suivant la date de l'accident, des prestations seront versées jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par accident, pour tout traitement raisonnable payable par la personne assurée, ou par un parent ou un tuteur de la personne assurée, et reçu dans les 52 semaines suivant la date de l'accident. Les couronnes seront considérées comme des dents saines ou entières, sauf si un traitement endodontique a été effectué.

Les paiements en vertu de la présente section seront effectués conformément au Guide des tarifs publié par l'Association dentaire de l'Ontario ou ses homologues dans d'autres provinces.

REMBOURSEMENT DES FRAIS D'AMBULANCE

Lorsqu'une blessure nécessite des soins médicaux immédiats, l'assureur remboursera les frais raisonnables et habituels d'un service d'ambulance dûment autorisé. La prestation maximale payable pour les services d'une ambulance terrestre et d'une ambulance aérienne est de 250 \$ par incident.

REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

Lorsqu'une blessure ou une maladie nécessite des drogues ou des médicaments qui exigent une ordonnance écrite d'un médecin dûment autorisé dans les 30 jours suivant la date de l'accident, l'assureur paiera les frais engagés pour tous les médicaments sur ordonnance, à l'exclusion de :

- a) les contraceptifs;
- b) les fécondostimulants;
- c) les remèdes contre la calvitie hippocratique;
- d) les auxiliaires anti-tabagisme (gomme à mâcher Nicorette, bandes adhésives ou autres produits semblables);
- e) les médicaments qui sont disponibles sans ordonnance;
- f) l'accutane;
- g) les vaccins

jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée pendant la durée de son assurance, pourvu que ces drogues ou médicaments soient prescrits et achetés aux fins d'utilisation par la personne assurée pendant la durée de son assurance.

L'insuline sera considérée comme étant une dépense couverte en vertu de la présente section. Les seringues et les fournitures d'analyses pour diabétiques requises aux fins d'utilisation par la personne assurée pendant la durée de son assurance sont des dépenses couvertes en vertu de la présente disposition, sous réserve d'un montant maximal de 200 \$ par année d'assurance.

FRAIS DE LEÇONS PARTICULIÈRES

Si la personne assurée devient invalide à la suite d'un accident et que, dans les 100 jours suivant la date de l'accident, elle est confinée à la maison ou est hospitalisée pendant au moins 30 jours d'école consécutifs, l'assureur remboursera, à compter du premier jour, les frais effectivement engagés pour des leçons particulières par un enseignant (enseignante) qualifié, jusqu'à concurrence de 10 \$ l'heure et sous réserve d'un montant maximal de 300 \$.

FRAIS DE RAPATRIEMENT

Si, pendant que la personne est assurée en vertu de la présente police, elle décède par accident alors qu'elle est à plus de 150 km de sa ville de résidence permanente ou à l'extérieur du Canada, l'assureur remboursera les frais de transport de retour de la dépouille mortelle de la personne assurée aux fins d'inhumation, sous réserve d'un montant maximal de 1 000 \$.

FRAIS DES LENTILLES CORNÉENNES ET VERRES CORRECTEURS (en vigueur uniquement à la suite d'un accident)

Lesdits frais seront remboursables si des traitements médicaux par un médecin ou un ophtalmologiste se révèlent nécessaires en raison d'un accident, et que :

- a) l'assuré ne portait ni lentilles cornéennes ni verres correcteurs avant l'accident et qu'on lui en prescrit maintenant en raison dudit accident ; ou
- b) l'assuré qui portait des lentilles cornéennes ou des verres correcteurs prescrits avant la date de l'accident doit maintenant remplacer lesdits verres ou lentilles en raison d'une altération de sa vision découlant des suites de l'accident ou, encore, si lesdits verres ou lentilles ont été brisés ou perdus en raison de l'accident

Aux termes de section Remboursement des frais des lentilles cornéennes et verres correcteurs, le montant maximal pour tous les frais engagés est 200 \$ par accident.

EXCLUSIONS

La police ne couvre pas : (1) les frais de traitements dentaires, sauf pour ce qui est prévu à la section intitulée Remboursement des frais dentaires en cas d'accident, ni le coût pour réparer des dents artificielles, de prothèses ou d'appareils dentaires; (2) les frais pour réparer, fournir ou remplacer des lunettes, des lentilles cornéennes ou pour une prescription se rapportant à celles-ci; (3) les services d'un masso-thérapeute; (4) le suicide ou la tentative de suicide, ou des blessures corporelles auto infligées intentionnellement, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non; (5) une maladie, que ce soit une cause ou un effet, sauf pour ce qui est prévu à la section Remboursement des médicaments sur ordonnance; (6) une blessure indemnifiable en vertu de la Commission des accidents du travail ou de toute autre loi semblable; (7) un voyage par avion, autre qu'un voyage à titre de passager dans un aéronef appartenant à une société autorisée à effectuer le

transport des passagers; (8) une guerre, que celle-ci soit déclarée ou non ou tout acte de guerre.

NOTA : IL EST INTERDIT PAR LA LOI D'OFFRIR UNE COUVERTURE OU DES GARANTIES QUI SONT DISPONIBLES PAR L'ENTREMISE DU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE DE L'ONTARIO.

DEMANDE DE RÈGLEMENT

Toutes les demandes de règlement doivent être soumises sur les formulaires standard qui sont disponibles au Centre des soins de la santé du Campus.

À la demande de l'assureur, l'apprenant ou l'apprenante devra obtenir tous les renseignements supplémentaires de son médecin ou chirurgien, selon le cas.

Les demandes de règlement en cas de perte de la vie ou d'un membre doivent être soumises à l'assureur dans un délai de 90 jours suivant la date de la dite perte.

NOTA : LES DEMANDES DE RÈGLEMENT DEVRAIENT ÊTRE SOUMISES DÈS QUE VOUS AVEZ ACCUMULÉ 30,00 \$ DE FRAIS ADMISSIBLES, OU TOUTS LES TROIS MOIS, SELON CE QUI ARRIVE EN PREMIER. LES DEMANDES DE RÈGLEMENT EN CAS DE BLESSURES CAUSÉES PAR UN ACCIDENT DOIVENT ÊTRE SOUMISES À L'ASSUREUR DANS LES 30 JOURS SUIVANT LA DATE DE L'ACCIDENT.

CESSATION DE L'ASSURANCE

L'assurance d'un apprenant ou d'une apprenante cesse à la fin du semestre scolaire auquel il ou elle est inscrit.

L'assurance d'un apprenant ou d'une apprenante qui termine son programme d'études cessera à la date de la remise des diplômes.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Bénéficiaire

Tout salarié ou tout conjoint a le droit de désigner un bénéficiaire lorsqu'il demande de participer à l'assurance.

Il est entendu que la désignation de bénéficiaire faite en vertu de la police d'assurance vie collective du titulaire de la police sera reconnue comme le bénéficiaire en vertu de la présente police, à moins qu'une désignation de bénéficiaire supplémentaire soit faite spécifiquement en vertu de la présente police. En l'absence d'une telle désignation, la prestation sera versée à la succession de la personne assurée.

Toutes les autres prestations prévues dans la présente police seront payables à la personne assurée.

Un assuré peut changer sa désignation de bénéficiaire en tout temps, là où la Loi

le permet. L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou de tout changement de bénéficiaire.

Le bénéficiaire désigné par l'adhérent (le cas échéant) a été conservé dans le cadre du remplacement de la police d'assurance collective. Ce dernier doit vérifier le bénéficiaire actuellement désigné afin de s'assurer qu'il correspond à sa volonté réelle.

La police contient une disposition retirant ou limitant le droit de la personne assurée de nommer des personnes à qui ou pour le compte desquelles la prestation d'assurance peut être versée.

Poursuites judiciaires

Aucune poursuite judiciaire ne sera intentée à des fins de recouvrement en vertu de la présente police avant l'expiration de 60 jours après qu'une demande d'indemnisation écrite ait été produite conformément aux exigences de la présente police. Pour les résidents de l'Alberta et de la Colombie-Britannique : Toute action ou procédure contre un assureur visant le recouvrement de prestations versables en vertu du contrat est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais indiqués dans la Loi sur les assurances. Pour les résidents du Manitoba : Toute action ou procédure contre un assureur visant le recouvrement de prestations versables en vertu du contrat est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais indiqués dans La loi sur les assurances. Pour les résidents de l'Ontario : Toute action ou procédure contre un assureur visant le recouvrement de prestations versables en vertu du contrat est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais indiqués dans la Loi de 2002 sur la prescription des actions. Sinon, chaque action doit être intentée dans un délai d'un an à partir de la date de la perte ou dans tout autre délai supérieur accordé par la loi applicable dans la province de résidence de la personne assurée.

Changement d'assureur

Une personne assurée en vertu d'une police antérieure ne peut pas être exclue en vertu de la nouvelle police ni se voir refuser des garanties strictement parce que les restrictions relatives à la clause régissant les états de santé préexistants ne s'appliquaient pas ou n'étaient pas prévues aux termes de la police antérieure, ou parce que la personne assurée n'est pas au travail à la date de l'entrée en vigueur de la nouvelle police.

La personne assurée et tout autre demandeur en vertu de la police peut obtenir sur demande, conformément à toute loi applicable dans la province de résidence de la personne assurée, une copie de la demande de participation de la personne assurée, une preuve écrite d'assurabilité (le cas échéant) et un exemplaire de la police d'assurance, le tout soumis à certaines limitations d'accès.