

ASSURANCE ACCIDENT POUR ÉTUDIANTS BROCHURE

pour
2025

INSTITUT DE TECHNOLOGIE ET DE FORMATION AVANCÉE DU COLLÈGE CONESTOGA

CHÈRE ÉTUDIANTE, CHER ÉTUDIANT,

L’Institut de technologie et de formation avancée du Collège Conestoga vous offre une protection d’assurance *accident*. Prenez le temps de lire cette brochure, car elle renferme des renseignements importants sur votre couverture.

REMARQUE : les mots en italique sont des termes définis figurant dans la section Définitions.

Numéros de polices

BC09746 – Décès ou mutilation par accident

BC09747 – Assurance médicale d’urgence hors de la province (accident seulement)

Cette couverture est en vigueur 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pendant la période de couverture.

Agent officiel



Police souscrite par



| une Compagnie Berkley

SOMMAIRE DES INDEMNITÉS	MAXIMUM PAYABLE
INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE	100 000 \$
DÉCÈS ACCIDENTEL	10 000 \$
DOUBLE INDEMNITÉ EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL	20 000 \$
PERTE D’UN MEMBRE OU PERTE D’USAGE	100 000 \$
MALADIE GRAVE	7 500 \$
LÉSIONS DENTAIRES	1 000 \$ par dent atteinte
ASSURANCE MÉDICALE D’URGENCE HORS DE LA PROVINCE	25 000 \$ avec régime public d’assurance maladie 7 500 \$ sans régime public d’assurance maladie
FRAIS DE CHAMBRE D'HÔPITAL	2 500 \$
COUNSELLING	1 000 \$
INDEMNITÉ DURANT L'HOSPITALISATION	7 500 \$
FRAIS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION	3 000 \$
FORMATION SPÉCIALE	10 000 \$
FRAIS DE DÉPLACEMENT À DES FINS DE SOINS SPÉCIALISÉS	2 500 \$
TUTORAT	2 500 \$ (75 \$/heure)
RÉPARATION OU REMPLACEMENT D’APPAREILS DENTAIRES OU AUDITIFS	1 000 \$
APPAREIL PROTHÉTIQUE	7 500 \$
FRAIS DE DÉPLACEMENT	1 500 \$
VÊTEMENTS SPÉCIAUX	750 \$
TRANSPORT D’URGENCE	750 \$
LUNETTES ET LENTILLES CORNÉENNES	750 \$
FRACTURE OU DISLOCATION	1 000 \$

QUI EST ADMISSIBLE À L’ASSURANCE?

Pour être admissible à cette assurance, l’étudiant doit :

- être étudiant au Collège Conestoga et acquitter des droits de scolarité à l’établissement; et
- être inscrit à temps plein (au moins trois cours en même temps durant toute période de quatre mois au cours de la période d’assurance) dans un programme d’études postsecondaires ou un programme menant à l’obtention d’un certificat.

Si l’étudiant est inscrit dans un programme d’apprentissage ou travaille à temps plein, il n’est pas admissible à cette assurance.

PÉRIODE D'ASSURANCE

L'assurance débutera à la plus tardive des dates suivantes :

- a) le 1^{er} septembre 2025;
- b) le premier jour de classe prévu à l'horaire; ou
- c) la date à laquelle l'étudiant commence à fréquenter l'Institut de technologie et de formation avancée du Collège Conestoga.

DATE DE FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance prendra fin à la première des dates suivantes :

- a) le 31 août 2026 à 23 h 59; ou
- b) la date à laquelle la *personne assurée* cessera d'être admissible à la couverture.

CE QUE NOUS COUVRONS

L'assureur accordera les indemnités décrites dans cette brochure si la *personne assurée* subit une *blessure* en raison d'un *accident* durant la période d'assurance. L'indemnité au titre des maladies graves s'applique qu'il y ait ou non *accident*. Toutes les indemnités sont assujetties aux limitations, exclusions et dispositions de la police.

INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE – 100 000 \$

Si une *personne assurée* est frappée d'une invalidité totale et permanente dans les 365 jours suivant la date d'un *accident*, que, par conséquent, elle devient incapable d'accomplir au moins deux des six *activités de la vie quotidienne* sans l'aide d'une autre personne et qu'après 12 mois consécutifs, un *médecin* fournit à l'*assureur* des preuves suffisantes démontrant que cette invalidité est totale, permanente et irréversible pour le reste de la vie de la *personne assurée*, l'*assureur* versera 100 000 \$, moins toute somme payée ou payable en vertu du *tableau des pertes* à la suite de l'*accident*.

DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT

L'assureur paiera jusqu'à concurrence du montant indiqué dans les sections suivantes pour une *perte* spécifiée dans le *tableau des pertes* ci-dessous si une *personne assurée* subit une *blessure* en raison d'un *accident* survenant durant la période d'assurance. La *perte* doit :

- a) survenir dans les 365 jours suivant la date de l'*accident* qui en est la cause; et
- b) découler directement et exclusivement de l'*accident*; et
- c) être indépendante de toute autre cause.

Si plus d'une *perte* est subie en raison d'un seul et même *accident*, une seule indemnité, soit la plus élevée des indemnités admissibles, sera versée.

DÉCÈS ACCIDENTEL – 10 000 \$

Si la *personne assurée* subit une *blessure* et décède à la suite d'un *accident*, l'*assureur* versera 10 000 \$.

DOUBLE INDEMNITÉ EN CAS DE DÉCÈS

ACCIDENTEL – 20 000 \$

Si l'*assuré* subit une *blessure* et décède en raison d'un *accident* survenu alors qu'il montait dans un autobus, un tramway, une

rame de métro ou un véhicule appartenant au Collège Conestoga ou loué par celui-ci, qu'il s'y trouvait ou qu'il en descendait, l'*assureur* paiera 20 000 \$.

TABLEAU DES PERTES – JUSQU'À 100 000 \$

Perte des deux mains ou des deux pieds au-dessus du poignet ou de la cheville	100 000 \$
Perte d'une main et d'un pied au-dessus du poignet ou de la cheville	100 000 \$
Perte d'une main ou d'un pied au-dessus du poignet ou de la cheville et perte de la vue d'un œil	100 000 \$
Perte de la vue des deux yeux	100 000 \$
Perte d'un bras ou d'une jambe au niveau de l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus de celle-ci ou perte de l'ouïe des deux oreilles ou de la parole	35 000 \$
Perte d'une main ou d'un pied au-dessus du poignet ou de la cheville ou perte de la vue d'un œil	25 000 \$
Perte du pouce et de l'index au niveau de la jointure ou au-dessus de celle-ci (articulation métacarpophalangienne)	12 500 \$
Perte d'un ou de plusieurs doigts entiers ou du pouce entier au niveau de la jointure ou au-dessus de celle-ci (articulation métacarpophalangienne) ou de tous les orteils d'un pied	1 250 \$
Perte d'une partie d'un doigt ou d'un pouce au niveau de la jointure ou au-dessus de celle-ci (sectionnement complet au niveau de l'articulation interphalangienne proximale ou au-dessus de celle-ci)	450 \$
Perte d'un doigt ou d'un ou plusieurs orteils (la phalange entière)	200 \$

INDEMNITÉ EN CAS DE MALADIE GRAVE – JUSQU'À CONCURRENCE DE 7 500 \$

Si une *personne assurée* reçoit un premier diagnostic visant l'une des maladies graves suivantes durant la période d'assurance, l'*assureur* assumera le coût des soins et des services énumérés ci-dessous durant une période maximale de trois ans à compter du diagnostic initial du *médecin*.

SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise)	Leucémie	Poliomyélite
Cancer	Méningite	Rage
Cardiomyopathie	Sclérose en plaques	Scarlatine
Diphthérie	Dystrophie musculaire	Tétanos
Encéphalite	Myocardite	Tularémie

Syndrome hémolytique et urémique (insuffisance rénale découlant uniquement d'une infection bactérienne à E. coli)	Fasciite nécrosante	Typhoïde
---	---------------------	----------

Soins et services jusqu'à un maximum global de 7 500 \$:

- a) jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour les services d'une infirmière diplômée;
- b) 100 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 2 000 \$, pour les frais d'hôtel, de repas et de blanchissage si le *médecin* recommande que le parent ou le tuteur légal de la *personne assurée* soit avec elle pendant qu'elle est malade;
- c) Jusqu'à concurrence de 500 \$ pour les frais de stationnement et autres dépenses liées à la maladie grave.

INDEMNITÉ POUR LÉSIONS DENTAIRES

ACCIDENTELLES – JUSQU'À 1 000 \$

Si une *personne assurée* subit des dommages à des dents entières et saines, dans les 60 jours suivant l'*accident* responsable des dommages, l'*assureur* remboursera les *frais raisonnables et courants* relatifs aux soins nécessaires nécessaire, au Canada, prodigués par un dentiste ou un chirurgien buccal légalement qualifié, jusqu'à concurrence du montant autorisé par le barème d'honoraires publié par l'association médicale ou dentaire de la province ou du territoire où la *personne assurée* reçoit les soins, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par dent endommagée.

Pour que la *personne assurée* soit admissible au remboursement :

- a) les frais doivent être engagés au Canada, dans les 52 semaines suivant l'*accident* et doivent viser des soins d'ordre thérapeutique, et non électif ou esthétique;
- b) les reçus originaux doivent être fournis à l'*assureur*.

Cette indemnité est complémentaire à toute autre assurance, y compris, sans s'y limiter, l'assurance automobile et tout régime fédéral ou provincial d'assurance *hospitalisation*, d'assurance maladie ou d'assurance médicaments.

- a) Si la *personne assurée* a des coiffes dentaires ou des couronnes dentaires, l'*assureur* les considérera comme étant des dents entières et saines;
- b) s'il existe plusieurs traitements acceptables d'un point de vue professionnel, l'*assureur* ne couvrira que celui qui est le moins coûteux;
- c) il n'y a pas de couverture pour les visites dentaires de routine ou l'entretien dentaire, y compris, mais sans s'y limiter, les nettoyages et les obturations;
- d) les soins d'orthodontie ne sont pas couverts;

- e) il n'y a pas de couverture pour les dents artificielles ou les prothèses dentaires;
- f) il n'y a pas de couverture pour les soins d'ordre cosmétique ou esthétique.

FRAIS DE CHAMBRE D'HÔPITAL – JUSQU'À CONCURRENCE DE 2 500 \$

Si l'*assuré* est blessé à la suite d'un *accident* et qu'il est admis dans un *hôpital* au Canada pendant plus de 24 heures consécutives dans les 30 jours suivant l'*accident*, l'*assureur* couvre le coût d'une chambre individuelle ou d'une chambre à deux lits pendant une période maximale d'un (1). L'*assureur* couvre également les frais de téléphone et de télévision jusqu'à concurrence de 25 \$ par jour. Le plafond global s'élève à 2 500 \$. La *personne assurée* doit être couverte par un *régime public d'assurance maladie* pour bénéficier de cette indemnité.

COUNSELLING – JUSQU'À CONCURRENCE DE 1 000 \$

Si une *personne assurée* décède, perd un membre ou l'usage d'un membre, perd la vue, l'ouïe ou la parole ou est atteinte d'une maladie grave et que son *médecin* recommande des services de counselling pour la *personne assurée*, ses parents, son tuteur légal et/ou sa fratrie, l'*assureur* couvrira jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 1 000 \$ pour les frais réellement engagés dans les 365 jours suivant l'*accident*, pour des services de counselling prodigués par un thérapeute ou un conseiller autorisé, agréé ou certifié.

INDEMNITÉ DURANT L'HOSPITALISATION – JUSQU'À CONCURRENCE DE 7 500 \$

Si la *personne assurée* est blessée à la suite d'un *accident* et qu'elle est continuellement confinée à l'*hôpital* ou à son domicile, sauf pour se rendre à des rendez-vous médicaux, l'*assureur* paiera les montants suivants :

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| jours 1 à 14 | 50 \$ par période de 24 heures |
| jours 15 à 30 | 25 \$ par période de 24 heures |
| chaque mois par la suite | 250 \$ par mois complet |

La *personne assurée* doit être suivie par un *médecin* pendant toute la durée de l'*hospitalisation*. Cette indemnité prend fin à la fin de l'*hospitalisation* continue de la *personne assurée* ou après 21 mois, selon la première éventualité. L'*assureur* ne couvre qu'une seule période d'*hospitalisation* continue par *accident*.

SERVICES PARAMÉDICAUX À LA SUITE D'UN ACCIDENT – JUSQU'À CONCURRENCE DE 3 000 \$

Si une *personne assurée* subit une *blessure* dans les 30 jours suivant l'*accident* l'ayant causée, l'*assureur* remboursera les *frais raisonnables et courants* jusqu'à un maximum global de 3 000 \$ pour :

- a) les soins infirmiers privés prodigués par une infirmière diplômée, jusqu'à concurrence de 50 \$ l'heure et de 2 000 \$ par *accident*;

- b) les services ambulanciers jusqu'à *l'hôpital* agréé le plus proche disposant des services nécessaires à la prestation des soins requis, jusqu'à concurrence de 750 \$ par *accident*;
- c) les frais supplémentaires facturés par un *hôpital* pour une chambre *d'hôpital* à deux lits, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par *accident*;
- d) les frais de location d'un fauteuil roulant, d'un poumon d'acier ou de tout autre équipement durable, à concurrence du prix d'achat;
- e) les honoraires d'un physiothérapeute agréé, jusqu'à concurrence de 300 \$ par *accident*;
- f) le coût des médicaments sur ordonnance, jusqu'à concurrence d'une provision de 30 jours (sauf dans la province de Québec), pour un maximum de 1 000 \$ par *accident*;
- g) les dépenses relatives aux prothèses auditives, aux béquilles, aux attelles, aux plâtres, aux bandages herniaires et aux appareils orthopédiques, à l'exclusion de leur remplacement;
- h) les honoraires d'un chiropraticien agréé, jusqu'à concurrence de 300 \$ par *accident*.

Pour avoir droit à un remboursement :

- a) la *personne assurée* doit être couverte en vertu d'un *régime public d'assurance maladie* fédéral, provincial ou territorial;
- b) les frais doivent être engagés au Canada, dans les 52 semaines suivant *l'accident*, et les services visés doivent être recommandés par un *médecin* qualifié;
- c) les reçus originaux doivent être fournis à l'*assureur*.

Cette indemnité est complémentaire à toute autre assurance, y compris, sans s'y limiter, l'assurance automobile et tout régime fédéral ou provincial d'assurance *hospitalisation*, d'assurance maladie ou d'assurance médicaments.

FORMATION SPÉCIALE – JUSQU'À CONCURRENCE DE 10 000 \$

Si une *personne assurée* subit une *perte* indemnisable en vertu du *tableau des pertes*, et qu'à la suite de cette *perte*, la *personne assurée* a besoin d'une formation pour se qualifier à l'exercice d'un métier qu'elle n'aurait pas exercé si elle n'avait pas subi ladite *perte*, l'*assureur* remboursera les frais réellement engagés pour ladite formation professionnelle. Nous couvrons jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour pour l'hébergement en établissement hôtelier et les repas si la formation a lieu à plus de 160 km du lieu de résidence de l'*assuré*. Le maximum global s'élève à 10 000 \$.

Toutes les dépenses doivent être engagées dans les 36 mois suivant *l'accident* ayant causé la *perte*.

FRAIS DE DÉPLACEMENT À DES FINS DE SOINS SPÉCIALISÉS – JUSQU'À CONCURRENCE DE 2 500 \$

Si la *personne assurée* est *blessée* en raison d'un *accident* et qu'elle nécessite, dans un délai d'un (1) an, des soins spécialisés

prodigués à plus de 160 km de son lieu de résidence, l'*assureur* couvrira ses frais de déplacement jusqu'à concurrence de 60 \$ par jour et d'un montant global de 2 500 \$.

TUTORAT – JUSQU'À CONCURRENCE DE 2 500 \$

Si la *personne assurée* est *blessée* en raison d'un *accident* et qu'elle est continuellement confinée à *l'hôpital* ou à domicile sous les soins d'un *médecin* pendant plus de 30 jours, nous couvrirons les frais de tutorat et de matériel nécessaires à la *personne assurée* durant sa période de confinement. L'*assureur* paiera jusqu'à concurrence de 75 \$ l'heure pendant une période maximale de six (6) mois pour qu'un enseignant donne des cours particuliers à la *personne assurée*, de même que les frais de location du matériel et des logiciels recommandés par le Collège Conestoga. Le maximum global s'élève à 2 500 \$.

RÉPARATION OU REMPLACEMENT D'APPAREILS

DENTAIRES OU AUDITIFS – JUSQU'À CONCURRENCE DE 1 000 \$

Si la *personne assurée* est *blessée* en raison d'un *accident* et qu'elle doit recevoir les soins d'un *médecin* ou d'un dentiste dans les 30 jours pour faire réparer ou remplacer ses prothèses dentaires, ses dents amovibles ou ses appareils auditifs, l'*assureur* couvrira les frais jusqu'à concurrence d'un maximum global de 1 000 \$.

APPAREILS PROTHÉTIQUES – JUSQU'À CONCURRENCE DE 7 500 \$

Si la *personne assurée* est *blessée* en raison d'un *accident* et qu'un *médecin* lui prescrit un membre artificiel, un œil artificiel ou une prothèse auditive, l'*assureur* couvrira jusqu'à 7 500 \$ pour l'achat de l'appareil dans les trois (3) ans suivant *l'accident*. Si la *personne assurée* endommage ou brise son membre artificiel, son œil artificiel et/ou sa prothèse auditive à la suite d'un *accident*, l'*assureur* en couvrira les frais de réparation ou de remplacement jusqu'à concurrence de 300 \$.

FRAIS DE DÉPLACEMENT – JUSQU'À CONCURRENCE DE 1 500 \$

Si la *personne assurée* est *hospitalisée* à la suite d'un *accident* si le *médecin* recommande que le parent ou le tuteur légal de la *personne assurée* soit avec elle, l'*assureur* prendra en charge les frais de déplacement de celui-ci à bord d'un transporteur public. La limite globale est de 1 500 \$.

VÊTEMENTS SPÉCIAUX – JUSQU'À CONCURRENCE DE 750 \$

Si la *personne assurée* est *blessée* en raison d'un *accident* et qu'un *médecin* recommande des vêtements protecteurs spéciaux, l'*assureur* en assumera le coût jusqu'à concurrence de 750 \$.

TRANSPORT D'URGENCE – JUSQU'À CONCURRENCE DE 750 \$

Si la *personne assurée* est *blessée* en raison d'un *accident* et est transportée par ambulance, par taxi ou par un autre moyen de

transport vers l'établissement de *soins médicaux* le plus proche, l'*assureur* en assumera le coût jusqu'à concurrence de 750 \$.

LUNETTES ET LENTILLES CORNÉENNES – JUSQU'À CONCURRENCE DE 750 \$

Si la *personne assurée* est *blessée* en raison d'un *accident* et :

- a) qu'elle endommage ou brise ses lunettes ou ses lentilles cornéennes; ou
- b) qu'elle a besoin de lunettes ou de lentilles cornéennes pour la première fois,

l'assureur paiera jusqu'à concurrence de 750 \$ pour la réparation, le remplacement ou l'achat de nouvelles lunettes ou lentilles. *L'assureur* ne couvre pas le remplacement normal de lunettes ou de lentilles cornéennes en cas de changement d'ordonnance ou de *perte*.

FRACTURE OU DISLOCATION

Si une *personne assurée* subit une *blessure* entraînant une fracture ou une dislocation dans les 30 jours suivant l'*accident* ayant causé la *blessure*, *l'assureur* paiera le montant indiqué dans le tableau ci-dessous, sous réserve d'un maximum de 1 000 \$:

Partie du corps	Montant
Crâne (dépression du crâne)	1 000 \$
Crâne (autre composé)	500 \$
Colonne vertébrale (une vertèbre ou plus)	500 \$
Mâchoire inférieure (à l'exception du processus alvéolaire)	100 \$
Mâchoire supérieure	150 \$
Épaule (luxation) clavicule ou coude	150 \$
Hanche, bassin ou cuisse (fémur)	250 \$
Rotule	125 \$
Base osseuse de la colonne vertébrale (sacrum)	100 \$
Os reliant la colonne vertébrale au bassin (coccyx)	100 \$
Sternum	100 \$
Jambe (tibia ou péroné)	200 \$
Bras (humérus) ou épaule (omoplate)	250 \$
Avant-bras (radius ou cubitus), main ou poignet (sauf les doigts)	150 \$
Pied (sauf les orteils)	100 \$
Cheville	100 \$
Deux orteils, doigts ou côtes ou plus	100 \$
Un orteil, doigt ou côté	100 \$
Tout os non spécifié ci-dessus	100 \$

EXCLUSIONS

La présente assurance ne couvre pas les *pertes* ni les dépenses causées directement ou indirectement, en tout ou en partie, par :

- a) une maladie, une affection ou une incapacité corporelle;
- b) toute *perte* subie alors que la *personne assurée* reçoit des *soins médicaux* ou chirurgicaux pour une maladie, une affection ou une incapacité corporelle ou mentale;
- c) un AVC, un *accident* ou un événement vasculaire cérébral, un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque, une thrombose coronarienne ou un anévrisme;
- d) des infections de toute nature, quelle que soit la manière dont elles ont été contractées, à l'exception des infections bactériennes directement causées par le botulisme, l'empoisonnement à la ptomaine ou une coupure ou une blessure accidentelle indépendante et en l'absence de toute maladie, affection ou condition sous-jacente, y compris, mais sans s'y limiter, le diabète;
- e) une incapacité mentale, que la *perte* ou la réclamation découle directement ou indirectement d'une telle incapacité;
- f) toute *perte*, toute *blessure* ou tout décès survenu alors que l'*assuré* conduisait un véhicule ou un moyen de transport alors que son taux d'alcoolémie, son taux de THC, son taux de toxicomanie ou toute autre combinaison était supérieur au taux autorisé par la loi dans le territoire de compétence où l'incident s'est produit;
- g) toute *perte*, toute *blessure* ou tout décès survenu alors que l'*assuré* est sous l'influence d'une drogue ou d'une substance, à moins que celle-ci ne soit prise sur les conseils d'un *médecin* et en stricte conformité avec ses instructions;
- h) la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte illégal ou d'un acte criminel par une *personne assurée*;
- i) le suicide d'une *personne assurée* ou une tentative de suicide de sa part;
- j) une *blessure* auto-infligée par une *personne assurée* ou une tentative à cet égard;
- k) un décès ou une *blessure* subis lorsque la personne exécute, apprend à exécuter ou enseigne à exécuter des manœuvres en tant que pilote ou membre de l'équipage de tout aéronef;
- l) un décès ou une *blessure* subis pendant que la personne est un passager dans un aéronef non destiné au transport de passagers ou ne détenant pas de permis à cette fin;
- m) un décès ou une *blessures* subis pendant que la personne est un passager dans un aéronef possédé en propre ou un aéronef loué exploité par le *titulaire de police*;
- n) la guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre;
- o) un acte, une tentative de perpétration d'un acte ou une omission commis(e) par la *personne assurée* ou avec son consentement dans le but d'interrompre le flux sanguin vers son cerveau ou de causer son asphyxie, qu'il y ait ou non intention de nuire;

- p) le service ou l'entraînement dans les forces armées, la garde nationale ou une unité de réserve organisée de tout pays ou de toute autorité internationale;
- q) des causes naturelles.

REMARQUE : les exclusions a), c), d) et q) ne s'appliquent pas à la garantie en cas de maladie grave prévue par la police.

ASSURANCE MÉDICALE D'URGENCE HORS DE LA PROVINCE – JUSQU'À CONCURRENCE DE :

- a) 25 000 \$ avec un *régime public d'assurance maladie*;
- b) 7 500 \$ sans *régime public d'assurance maladie*.

Si la *personne assurée* voyage durant la période d'assurance et subit une *blessure* à la suite d'un *accident* survenant à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence et qu'elle a besoin de *soins médicaux d'urgence*, l'*assureur* remboursera les *frais raisonnables et courants admissibles* pour des *soins raisonnables et courants* jusqu'à concurrence des limites indiquées ci-dessus.

L'*assureur* couvrira les *soins médicaux d'urgence* prodigués par un *médecin* autorisé, une infirmière diplômée, un *hôpital*, une clinique de radiologie et une ambulance terrestre ou jusqu'à concurrence de 1 000 \$ pour un autre moyen de transport ambulancier raisonnable, au besoin.

L'*assureur* prend en charge le coût des béquilles, des appareils orthopédiques, des attelles, des bandages herniaires ou autres prothèses, des médicaments *d'urgence*, du sang et/ou du plasma et de la location d'un fauteuil roulant et/ou d'un lit *d'hôpital*.

L'*assureur* ne couvre pas les services d'un membre de la famille. En ce qui concerne les *soins médicaux d'urgence*, la *personne assurée* ou une personne qui l'accompagne doit en aviser immédiatement la *compagnie d'assistance d'urgence*. La *compagnie d'assistance d'urgence* doit approuver tous les *soins médicaux d'urgence*.

ASSISTANCE D'URGENCE 24 HEURES SUR 24
1 844 879-8379 (sans frais du Canada ou des É.-U.)
1 416 285-1722 (à frais virés si disponible)
Courriel : assist@epicamericas.com

Une fois les *soins médicaux d'urgence* terminés, l'*assureur* a le droit de vous ramener au point de départ de votre voyage. Sur la base de preuves médicales, si le *médecin* traitant détermine que la *personne assurée* est en assez bonne santé pour voyager sans danger pour sa vie et pour sa santé, l'*assureur* prendra les dispositions relatives au voyage. Si la *personne assurée* refuse qu'on la ramène au point de départ du voyage, toutes les indemnités prendront immédiatement fin.

Si l'*assureur* ramène la *personne assurée* au point de départ du voyage et que la *personne assurée* décide de regagner la

destination du voyage ou de reprendre l'itinéraire du voyage ou du circuit, la police ne couvrira pas la *personne assurée*. Le plafond global de cette garantie est de 25 000 \$ si la *personne assurée* est couverte par un *régime public d'assurance maladie* et de 7 500 \$ si la *personne assurée* n'est pas couverte par un *régime public d'assurance maladie*.

L'*assureur* et la *compagnie d'assistance d'urgence* sont à votre service conformément aux conditions, limitations et exclusions de la police.

Ni l'*assureur* ni la *compagnie d'assistance d'urgence* n'est responsable des services ou des *soins médicaux d'urgence* dont vous bénéficierez ou non, ni de la disponibilité, de la qualité, de la quantité ou des résultats de ceux-ci.

EXCLUSIONS

L'assurance médicale et *hospitalisation d'urgence* ne couvre pas les *pertes* ni les dépenses causées directement ou indirectement, en tout ou en partie, par :

- a) tous *soins médicaux* qui ne sont pas des *soins médicaux d'urgence* pour le soulagement d'une douleur ou souffrance aiguë, y compris toute chirurgie élective ou esthétique ou tout traitement esthétique, ou que la *personne assurée* choisit de recevoir hors de sa province ou de son territoire de résidence alors que des preuves médicales indiquent qu'elle pourrait retourner dans sa province ou son territoire de résidence pour recevoir de tels traitements, le délai nécessaire à la prestation des soins dans la province ou le territoire de résidence de la *personne assurée* n'a aucune incidence sur l'application de cette exclusion;
- b) les frais engagés durant un *voyage* effectué expressément pour obtenir des *soins médicaux*, que ces soins aient été recommandés ou non par le *médecin* traitant de la *personne assurée*;
- c) les greffes, incluant, mais sans s'y limiter, greffes de cornée ou d'organes ou greffes de moelle osseuse, articulations artificielles, prothèses externes ou implants, incluant tous frais associés. Les implants requis pour stabiliser un problème médical *d'urgence* peuvent être couverts moyennant l'approbation préalable de la *compagnie d'assistance*;
- d) le remplacement d'une ordonnance existante, que ce soit en raison d'une perte, à moins d'être stipulé ailleurs dans cette police, d'un renouvellement ou d'une provision insuffisante, ou l'achat de drogues et de médicaments (vitamines comprises) que l'on peut normalement se procurer sans ordonnance ou qui ne sont ni enregistrés ni approuvés légalement au Canada ou qui ne sont pas requis dans le cadre d'une *urgence*;
- e) les frais visant toute garantie ou les *soins médicaux nécessitant l'approbation au préalable de la compagnie*

- d'assistance* si une telle approbation n'est pas obtenue, sauf dans les cas extrêmes où de tels *soins médicaux* sont administrés en *urgence* immédiatement à l'admission à l'*hôpital*;
- f) tous *soins médicaux* liés à une affection continue, soins courants liés à une affection chronique, soins de santé à domicile, tests approfondis, réadaptation ou soins continus ou un traitement médical prescrit et *soins médicaux* liés à la une *maladie* ou *blessure* aiguë après que l'*urgence* initiale ait pris fin (selon le directeur médical de la *compagnie d'assistance*);
 - g) le non-respect de tout traitement ou *soin médical* prescrit;
 - h) des troubles émotifs, psychologiques ou mentaux ou une maladie, état de santé ou symptôme du même ordre, sauf si la *personne assurée* est *hospitalisée*;
 - i) toute *perte*, tout décès, toute *maladie* ou toute *blessure* en lien avec une mauvaise utilisation ou un abus chronique d'alcool de la part de la *personne assurée*;
 - j) toute *perte*, tout décès, toute *maladie* ou toute *blessure* survenue alors que la *personne assurée* conduisait un *véhicule* ou un moyen de transport avec un taux d'alcoolémie ou de THC supérieur au taux permis par la loi à l'endroit où l'incident est survenu, ou encore dans un état d'intoxication par toute autre substance ou une combinaison de substances;
 - k) toute *perte*, tout décès, toute *maladie* ou toute *blessure* survenue alors que la *personne assurée* était sous l'influence d'une drogue ou d'une substance, à moins que la prise de ladite drogue ou substance se fasse sous les conseils d'un *médecin* et conformément aux directives de celui-ci;
 - l) les soins prénataux de routine; la grossesse de la *personne assurée*, son accouchement ou toute complication en découlant;
 - m) la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte illégal ou d'un acte criminel par une *personne assurée*;
 - n) le suicide d'une *personne assurée*, une tentative de suicide ou une *blessure* auto-infligée;
 - o) l'escalade de rochers ou l'*alpinisme*, le deltaplane, le saut en parachute, saut à l'élastique ou parachutisme; la participation dans tout sport motorisé ou course de véhicule à moteur; participation dans tout sport en tant qu'athlète professionnel (pour lequel la *personne assurée* est rémunérée); plongée sous-marine (à moins d'avoir passé avec succès un programme reconnu et accepté internationalement tel que NAUI ou PADI ou si la profondeur de la plongée n'excède pas 30 mètres);
 - p) un décès ou une *blessure* subis lorsque la personne exécute, apprend à exécuter ou enseigne à exécuter des manœuvres en tant que pilote ou membre de l'équipage de tout aéronef;
 - q) un voyage à, dans ou à travers tout pays, toute région ou toute ville où le gouvernement du Canada ou l'un de ses ministères a, avant la date d'effet ou la *date de départ*, avisé les Canadiens de ne pas voyager ou de ne pas voyager pour des motifs non essentiels, si les dommages découlent du motif de l'émission de l'avis en question;
 - r) la guerre, l'invasion, les actes des ennemis étrangers, les hostilités déclarées ou non, la guerre civile, l'émeute, la rébellion, la révolution ou le pouvoir militaire ou la visite illégale d'une *personne assurée* dans tout pays;
 - s) la contamination résultant de substances radioactives ou de combustible ou de déchets nucléaires ou la libération d'armes de destruction massive (nucléaires, chimiques ou biologiques);
 - t) le service ou l'entraînement dans les forces armées, la garde nationale ou une unité de réserve organisée de tout pays ou de toute autorité internationale;
 - u) les frais de surclassement et les pénalités d'annulation de billets d'avion, à moins d'une approbation préalable de la *compagnie d'assistance*;
 - v) le coût de tout billet d'avion couvert en vertu de la présente police si la *personne assurée* a la possibilité de l'échanger ou de l'utiliser à de mêmes fins;
 - w) les soins ou les services obtenus dans le pays où la *personne assurée* étudie ou travaille à temps plein ou dans son pays d'origine, si l'assuré est un étudiant étranger qui étudie au Canada ou un non-résident travaillant au Canada;
 - x) les services ou les *soins médicaux* normalement couverts ou remboursables en vertu d'un *régime public d'assurance maladie* ou de toute autre assurance que pourrait avoir la *personne assurée*;
 - y) les fournitures ou les services prodigués par une *personne assurée*, par un membre de sa famille immédiate ou par une personne demeurant chez la *personne assurée*.

DÉFINITIONS

Certains termes en italique utilisés dans cette brochure sont définis dans la présente section.

Accident signifie un événement soudain, fortuit, imprévisible et non intentionnel attribuable exclusivement à une cause externe et qui entraîne des *blessures* corporelles durant la période d'assurance.

Activités de la vie quotidienne signifie les six activités suivantes :

1. maintien de la continence : contrôle des urines et des selles, y compris l'habileté à utiliser des fournitures pour stomisés ou d'autres appareils, comme les cathéters;
2. déplacement : se déplacer entre le lit et une chaise ou entre le lit et un fauteuil roulant;
3. habillement : s'habiller et se déshabiller en mettant ou en enlevant tous les articles d'habillement nécessaires;

4. toilettes : aller aux toilettes et en revenir, s'asseoir sur la cuvette et se lever et faire les gestes d'hygiène personnelle qui y sont associés;
5. manger : effectuer toutes les tâches principales nécessaires pour se nourrir;
6. prendre une douche ou un bain : se laver dans une baignoire ou prendre une douche, y compris entrer dans la baignoire ou se placer sous la douche.

Assuré, personne assurée signifie un étudiant admissible dont le nom figure dans le dossier du *titulaire de la police* comme personne couverte en vertu de la police et pour lequel le *titulaire de la police* a acquitté la prime requise.

Assureur signifie Berkley Canada (une compagnie Berkley) fournissant la présente assurance.

Blessure signifie une atteinte corporelle inattendue et imprévue découlant d'un *accident* d'origine externe subi par une *personne assurée* durant la période d'assurance.

Compagnie d'assistance signifie la compagnie désignée par l'*assureur* pour prodiguer des services d'assistance médicale et de réclamation en vertu de la présente police.

Frais raisonnables et courants signifie les frais engagés pour des fournitures ou des services médicaux approuvés et couverts, qui n'excèdent pas les frais normaux d'autres fournisseurs de niveau similaire dans la même région géographique, pour le même traitement d'une *maladie* ou *blessure* similaire, pour prodiguer un niveau approprié de soins ou de traitements selon la gravité de la *maladie* ou de la *blessure* traitée.

Hôpital signifie un établissement reconnu légalement comme étant un *hôpital*; lequel offre en permanence les services d'un ou plusieurs *médecins* disponibles en tout temps, ainsi que les services d'infirmiers diplômés; dont la vocation première est de fournir des services diagnostiques et des *soins médicaux* et chirurgicaux en lien avec une maladie et/ou une *blessure* en phase aiguë ou le traitement actif de *maladies* chroniques; qui possède des installations aux fins de diagnostic, d'interventions chirurgicales majeures et de soins aux patients *hospitalisés*. Le terme « *hôpital* » ne comprend pas les centres de convalescence, de soins infirmiers, de repos ou de soins infirmiers spécialisés, qu'ils fassent partie ou non d'un hôpital général ordinaire, ni des établissements exploités principalement à titre de clinique, de centres de soins palliatifs ou prolongés, de centres de réadaptation, de centres de traitement de la toxicomanie ou de stations de cure.

Hospitalisation ou hospitalisé, en ce qui a trait à l'indemnité qui s'y rapporte, signifie qu'une *personne assurée* occupe un lit d'*hôpital* durant plus de cinq (5) jours consécutifs, sous les soins d'un *médecin*, afin d'y recevoir des *soins médicaux*, et dont l'admission a été recommandée par un *médecin* comme étant nécessaire du point de vue médical en raison d'une *blessure*.

Médecin signifie un praticien dûment autorisé à exercer conformément aux règlements applicables dans le territoire où il exerce.

Perte désigne les définitions suivantes :

- a) « **Quadriplégie** », « **Paraplégie** », et « **Hémiplégie** » : La paralysie complète et irréversible des membres du corps visés;
- b) « **Main ou pied** » : Le sectionnement total à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou;
- c) « **Bras ou jambe** » : Le sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus;
- d) « **Pouce et index** » : Le sectionnement total à la première phalange ou au-dessus;
- e) « **Doigts** » : Le sectionnement total à la première phalange, ou au-dessus, des 4 doigts d'une main;
- f) « **Orteils** » : Le sectionnement total de 2 phalanges de tous les orteils d'un pied;
- g) « **La vue complète d'un œil** » : La perte totale et irrémédiable de la vue d'un œil de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée de cet œil soit égale ou inférieure à 20/200. Un *médecin* reconnu en ophtalmologie doit confirmer le diagnostic par écrit;
- h) « **La vue complète des deux yeux** » : La perte totale et irrémédiable de la vue des deux yeux de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée soit inférieure ou égale à 20/200 et que le champ visuel soit inférieur à 20 degrés dans les deux yeux. Un *médecin* reconnu en ophtalmologie doit confirmer le diagnostic par écrit;
- i) « **Ouïe d'une oreille** » : La perte totale et irrémédiable de l'ouïe d'une oreille, le seuil auditif excédant 90 décibels. Un *médecin* reconnu en otorhinolaryngologie doit confirmer le diagnostic par écrit;
- j) « **Ouïe** » : La perte totale et irrémédiable de l'ouïe des 2 oreilles, le seuil auditif excédant 90 décibels dans chacune d'elles. Un *médecin* reconnu en otorhinolaryngologie doit confirmer le diagnostic par écrit;
- k) « **Parole** » : La perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles; et
- l) « **Perte de l'usage** » : La perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre, à condition que cette perte soit continue pendant 12 mois consécutifs, à la fin desquels elle est déclarée permanente;
- m) « **Mort cérébrale** » : La perte totale et irréversible des fonctions cérébrales et l'absence absolue de toute activité électrique du cerveau, même si le cœur bat encore.

La notion de « **Perte** » peut également désigner la perte accidentelle de la vie.

Régime public d'assurance maladie signifie la garantie de soins de santé offerte par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux canadiens à leurs résidents.

Soins médicaux signifie toute mesure raisonnable de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique, *nécessaire du point de vue médical*, prescrite par un *médecin*, comprenant l'*hospitalisation*, les examens ou tests de base à des fins d'investigation, la chirurgie, les médicaments d'ordonnance (incluant ceux prescrits au besoin), ou de toute autre forme de soins directement attribuables à la *maladie*, à la *blessure* ou au symptôme en question.

Soins raisonnables et courants signifie le niveau de soin ou de traitement approprié selon la gravité de la *maladie* ou de la *blessure* traitée afin de stabiliser l'état de santé.

Tableau des pertes signifie le tableau figurant à la section Décès ou mutilation par *accident* de la présente brochure.

Titulaire de police signifie une société ou un organisme à l'égard de laquelle ou duquel la présente police est émise.

Urgence signifie une *maladie* ou une *blessure* imprévisible et inattendue survenant durant la période d'assurance et à la suite de laquelle *vous* avez besoin de *soins médicaux* immédiats pour le soulagement d'une douleur ou souffrance aiguë pendant un *voyage assuré*, dans la mesure où lesdits *soins médicaux* ne peuvent être repoussés jusqu'à *vos* retour dans *vos* province ou territoire de résidence au Canada, sans égard à *vos* volonté. Il cesse d'y avoir *urgence* lorsque *vous* êtes déclaré apte à voyager par l'équipe médicale de la *compagnie d'assistance* ou que *vous* obtenez votre congé de l'*hôpital*. Dès lors, aucune autre indemnité ne saurait être versée en lien avec l'affection médicale ayant causé l'*urgence*.

PROTECTION DE VOTRE VIE PRIVÉE

L'*assureur* accorde une grande importance à la protection de la vie privée. Des renseignements personnels seront recueillis, utilisés et divulgués uniquement aux fins de fournir les services d'assurance demandés. Ces renseignements demeurent confidentiels conformément aux exigences des lois provinciales et fédérales applicables. Advenant un sinistre, l'*assureur* peut recueillir des renseignements personnels détenus par une tierce partie. Ces renseignements peuvent être communiqués à des employés de l'*assureur* à des fins d'analyse de demandes de règlement et pour mieux vous servir.

L'*assureur* ne divulguera en aucun cas ces renseignements à quelque personne ou organisme ne possédant pas clairement le droit de les consulter, sans obtenir au préalable votre consentement.

Pour plus de détails sur la politique en matière de protection de la vie privée de l'*assureur*, veuillez consulter :

www.berkleycanada.com/privacy

PROCÉDURE EN CAS DE PLAINE

Si un *assuré* a une plainte ou une demande, l'*assuré* peut transmettre sa plainte ou sa demande d'information par écrit à *notre* médiateur :

Berkley Canada
1000-145, rue King Ouest
Toronto (Ontario) M5J 2H2

Courriel : ombudsman@berkleycanada.com

PROCÉDURES DE DEMANDES DE RÈGLEMENT EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

La demande de règlement doit être transmise dans les 30 jours suivant l'*accident* ayant causé la *blessure*. Il est de la responsabilité de la *personne assurée* de fournir tous les documents énumérés ci-après et d'en régler les frais afférents. Pour présenter une demande de règlement, la *personne assurée* doit :

- a) remplir et présenter un formulaire de demande de règlement pour chaque nouvel *accident* ou nouvelle *blessure*;
- b) transmettre une preuve de sinistre écrite dans les 90 jours suivant la date de l'*accident* ou de la *blessure* assurable en vertu de la police;
- c) fournir tout renseignement supplémentaire pertinent à la demande de règlement de la *personne assurée* que peut demander la *compagnie d'assistance* à la suite de la réception de la demande;
- d) si l'*assureur* l'exige, fournir un certificat satisfaisant faisant état de la cause ou de la nature de l'*accident* ou de la *blessure* visés par la demande de règlement et de la durée de la *blessure* ou de la *perte*, de la part d'un *médecin* légalement qualifié.

Pour obtenir un formulaire de demande de règlement, veuillez nous écrire à :

ahclaims@berkleycanada.com

Si une *personne assurée*, ou une personne agissant en son nom, soumet une demande de règlement pour décès ou mutilation par accident, les documents suivants sont requis :

- a) rapport de police, le cas échéant; et
- b) dossiers médicaux; et
- c) certificat de décès (original ou copie certifiée); et
- d) rapport du coroner et/ou rapport d'autopsie; et
- e) preuve de revenu hebdomadaire brut; et
- f) confirmation de toute prestation de revenu hebdomadaire à laquelle peut prétendre la *personne assurée*.

VERSEMENT DES INDEMNITÉS

L'indemnité en cas de *perte* de la vie sera versée conformément à la section relative à la désignation du bénéficiaire.

À moins d'indications contraires dans les présentes :

- a) toutes autres prestations accumulées payables, mais non encore versées à la date du décès de la *personne*

- assurée* seront versées à son bénéficiaire ou sa succession; et
- b) toutes les autres prestations sont payables à la *personne assurée*; ou
 - c) *l'assureur* remboursera la personne qui a engagé les frais réels.

PROCÉDURES DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DES FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE

Les demandes de règlement doivent être soumises dans les 30 jours suivant *l'accident*, la *blessure* ou les premiers frais médicaux. Il est de la responsabilité de la *personne assurée* de fournir tous les documents énumérés ci-après et d'en régler les frais afférents. Pour présenter une demande de règlement, la *personne assurée* doit :

- a) remplir et présenter un formulaire de demande de règlement pour chaque nouvelle *blessure*;
- b) présenter toutes les factures originales détaillées du ou des professionnels de la santé indiquant le nom du patient, le diagnostic, toutes les dates et le type de soins, de même que le nom de l'établissement de soins de santé et/ou du *médecin*;
- c) fournir les reçus originaux des médicaments prescrits (pas les reçus de caisse) du pharmacien, du *médecin* ou de l'*hôpital* indiquant le nom du *médecin* prescripteur, le numéro de l'ordonnance, le nom de la préparation, la date, la quantité et le coût total;
- d) fournir la preuve des *dates de départ* et de retour;
- e) transmettre une preuve de sinistre écrite dans les 90 jours suivant la date de réception des services couverts par la police;
- f) fournir tout renseignement supplémentaire pertinent à la demande de règlement de la *personne assurée* que peut demander la *compagnie d'assistance* à la suite de la réception de la demande;
- g) signer et retourner le formulaire d'autorisation fourni par la *compagnie d'assistance*, permettant à *l'assureur* de recouvrer le paiement auprès du *régime public d'assurance maladie* provincial ou territorial correspondant; *l'assureur* coordonnera et versera les sommes visées par la demande de remboursement de la *personne assurée* aux professionnels de la santé participants et, si cela est autorisé, coordonnera les demandes de remboursement directement avec le *régime public d'assurance maladie* au nom de la *personne assurée*; et
- h) retourner la partie inutilisée du billet d'avion de la *personne assurée* à la *compagnie d'assistance* si la garantie Transport d'urgence est utilisée.

Tous les documents pertinents doivent être envoyés à la *compagnie d'assistance*.

La présente brochure décrit les principales caractéristiques de votre régime d'assurance par l'intermédiaire du Collège Conestoga, mais la police émise par la Compagnie d'assurance Berkley est le document de référence. En cas de divergence entre cette brochure et les dispositions de la police, c'est la police qui prévaut.