

Assurance scolaire / Assurance-accidents corporels pour les étudiants / Programme de remboursement des frais médicaux

À l'Université Laurentienne, les membres de la population étudiante inscrits à plein temps sont automatiquement protégés par l'assurance scolaire de l'Industrielle-Alliance *Pacifique*, compagnie d'assurance sur la vie. Vous pouvez obtenir des renseignements sur cette protection et les formulaires de demande d'indemnité en continuant la lecture de cette page, en communiquant avec la Gestion des risques et service des achats ou en visitant le Service de santé.

Cette assurance-accidents ne remplace pas le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario.

Régime d'assurance-maladie complémentaire

Les membres de l'Association générale des étudiants (AGE), de l'Association des étudiantes et étudiants francophones (AEF) ou de l'Association des étudiant(e)s aux études supérieures (AÉÉS) peuvent souscrire à un régime d'assurance-maladie complémentaire, parrainé par leur association étudiante.

AVIS DE COLLECTE ET DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les renseignements personnels que vous fournissez sont recueillis conformément à la *Loi constitutive de l'Université Laurentienne de Sudbury, 1960* et à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Ces renseignements seront utilisés aux fins d'administration de tous les régimes d'assurance de la population étudiante et peuvent être divulgués à des tierces parties (assureurs ou courtiers). Ils seront aussi utilisés et divulgués au besoin et de manière convenable pour l'administration de programmes, de services, d'événements ou d'activités approuvés par l'Université et autorisés par la loi. Si vous avez des questions concernant la collecte et la divulgation de ces renseignements, veuillez communiquer avec le directeur du Service de la gestion des risques et des achats, 10^e étage de l'édifice Parker, 935, Chemin du lac Ramsey, Sudbury, ON P3E 2C6, 705-675-1151, poste 1555.

Aucun paiement n'est versé pour des frais de voyage, ou pour des dépenses vestimentaires, non plus que pour des frais d'hébergement et de repas ou autres frais habituels de subsistance.

ADAPTATION DE DOMICILE ET DE VÉHICULE

Si une blessure subie par une assurée n'est pas cause d'un décès, mais d'une perte pour laquelle des indemnités sont exigibles en vertu de la partie des présentes intitulée « Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles » et que cette personne assurée doit subséquemment se déplacer en fauteuil roulant, l'assureur assume les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés, dans les trois années de la date de l'accident ayant causé la perte, pour :

- a) des modifications à la résidence principale de l'assurée et/ou
- b) des modifications à un seul véhicule automobile utilisé par l'assurée, sous réserve de leur approbation, s'il y a lieu, par l'autorité provinciale chargée de l'octroi des permis

en vue d'adapter cette résidence et cette voiture à l'usage d'un fauteuil roulant.

Le maximum exigible de la Compagnie pour l'ensemble des frais engagés est de 5 000,00 \$ par assurée et par accident.

MALADIES GRAVES

Si, la présente police étant en vigueur, une personne assurée effectivement atteinte de poliomyélite, de scarlatine, de diphtérie, de méningite spinale, d'encéphalite, de rage, de tétanos, de tularémie, de fièvre typhoïde ou de leucémie doit être hospitalisée ou doit bénéficier de services infirmiers, la Compagnie rembourse les frais effectivement engagés à cet égard dans les trois ans qui suivent immédiatement la date des premiers frais engagés, à concurrence d'un maximum global de 3 000,00 \$.

Si une personne assurée est atteinte d'une mononucléose diagnostiquée par un médecin et se manifestant alors que la présente police est en vigueur, la Compagnie verse une indemnité de 100,00 \$.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

La présente assurance ne comprend aucune indemnisation pour un sinistre, mortel ou non, ou pour des frais résultant :

- a) d'un suicide ou d'une tentative de suicide, qu'on soit sain d'esprit ou non, ou d'une blessure qu'on s'est soi-même infligée intentionnellement;
- b) d'une guerre, déclarée ou non, ou d'un acte en découlant;
- c) du service actif à temps plein au sein des forces armées de tout pays;
- d) d'un vol à bord de tout aéronef, sauf aux conditions prévues dans la police;
- e) de soins dentaires, de radiographies, de réparations ou de remplacements de dents artificielles, d'obturations ou de couronnes, autres que ceux prévus à la rubrique Remboursement de frais dentaires par suite d'un accident ou Remboursement de frais médicaux par suite d'un accident;

- f) de soins médicaux dispensés par un infirmier ou une infirmière, par un physiothérapeute ou d'un chiropraticien agréé, diplômé ou autorisé qui est à l'emploi de l'Université Laurentienne ou engagé par elle;
- g) de la réparation, de la fourniture ou du remplacement de lunettes, de verres de contact ou de prescriptions à cette fin, autres que ceux prévus à la rubrique Remboursement de frais médicaux par suite d'un accident;
- h) de frais de massothérapie;
- i) d'une maladie ou affection, peu importe qu'elle soit cause ou effet, sauf aux conditions prévues dans la maladie graves;
- j) de frais engagés par un assuré qui n'est pas couvert par un régime canadien, fédéral ou provincial d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie.
- k) d'un vol en qualité de passager, de pilote, d'exploitant ou de membre de l'équipage – voyager à bord de, monter ou descendre de, être heurté par ou forcé d'atterrir dans tout aéronef dont l'Université Laurentienne est le propriétaire, l'exploitant ou le preneur à bail.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Les montants payables en vertu de la présente police couvrent uniquement les frais excédentaires au montant payable ou recouvrable pour des traitements ou des services qui sont des services assurés en vertu du régime provincial d'assurance maladie ou d'assurance hospitalisation de la province où réside l'assuré, que l'assuré soit couvert ou non par ce régime.

Si l'assuré est couvert en vertu d'un autre régime d'assurance offrant des prestations semblables, le remboursement se limite aux frais excédentaires engagés dépassant tout montant payable ou recouvrable en vertu d'une autre police ou autre assurance gouvernementale.

DEMANDE D'INDEMNISATION

Toutes les demandes d'indemnisation doivent être soumises par le biais des formulaires destinés spécialement à cet effet, et disponibles au Service de santé de l'Université Laurentienne. Ce formulaire doit être nécessairement soumis à l'assureur durant les 30 jours qui suivent la date de l'accident pour lequel la demande est soumise.

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

Les demandes d'indemnisation touchant la perte de la vie ou d'un membre doivent être soumises dans un délai maximum de 90 jours à partir de la date de ladite perte.

FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance d'un étudiant prend fin le 31 août 2011.

Assurance de :



**L'INDUSTRIELLE ALLIANCE PACIFIQUE,
ASSURANCE ET SERVICES
FINANCIERS INC.**
Bureau régional de l'Ontario
515, Consumers Road, bureau 400
Toronto, Ontario M2J 4Z2

présentée par :



**CANADA BROKERLINK (ONTARIO) INC.
SUDBURY, ONTARIO**

Le présent dépliant vise à décrire les prestations auxquelles vous êtes admissible et ne crée ni ne confère aucun droit contractuel ou autre. Tous les droits qui se rapportent aux garanties d'un assuré sont régis uniquement par la police collective établie par L'Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc .

^{MC} Marque de commerce de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., dont l'Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc., est un licencié autorisé.

septembre 2010

ASSURANCE POUR ÉTUDIANTS

Conçue pour



En tant qu'étudiant à temps plein de l'Université Laurentienne qui réside en permanence au Canada, vous êtes automatiquement couvert par les prestations décrites dans le présent dépliant.

2010/2011

Le présent dépliant donne un aperçu des prestations auxquelles vous avez droit en vertu de votre régime d'assurance collective. Il ne constitue nullement une police d'assurance et ne sert qu'à expliquer les prestations garanties par le régime.

TABLEAU DES PRESTATIONS

1. Décès accidentel.....	5 000,00 \$
2. Remboursement de frais médicaux par suite d'un accident.....	5 000,00 \$
3. Assurance complémentaire en cas d'hospitalisation ou de soins médicaux d'urgence à l'extérieur de sa province.....	5 000,00 \$
4. Rapatriement d'un défunt.....	5 000,00 \$
5. Remboursement de frais ambulanciers.....	250,00 \$
6. Remboursement de frais dentaires par suite d'un accident.....	1 500,00 \$
7. Cours privés.....	1 000,00 \$
8. Réadaptation.....	5 000,00 \$
9. Adaptation de Domicile de Véhicule.....	5 000,00 \$
10. Maladies Graves.....	3 000,00 \$

Relativement aux garanties spécifiées ci-après, le terme « accident », lorsque utilisé, fait référence à tout événement attribuable à une cause externe, violente, soudaine ou fortuite à l'égard desquelles l'assuré n'a aucune maîtrise. L'événement doit survenir alors que l'assurance est en vigueur.

DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT ET PERTES FONCTIONNELLES

L'assureur verse les prestations précisées ci-dessous pour une perte ou une perte fonctionnelle totale et permanente résultant d'une blessure dans les douze mois de la date de l'accident qui en est la cause :

de la vie.....	5 000,00 \$
des deux mains ou des deux pieds.....	15 000,00 \$
de la vue des deux yeux.....	15 000,00 \$
d'une main et d'un pied.....	15 000,00 \$
d'une main ou d'un pied et de la vue complète d'un œil.....	15 000,00 \$
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles.....	15 000,00 \$
d'un bras ou d'une jambe.....	11 250,00 \$
d'une main ou d'un pied.....	7 500,00 \$
de la vue complète d'un œil.....	7 500,00 \$
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles.....	7 500,00 \$
du pouce et de l'index d'une main.....	2 500,00 \$
de quatre doigts d'une main.....	2 500,00 \$
d'un doigt.....	500,00 \$
Quadruplégie (paralysie totale des membres supérieurs et des membres inférieurs).....	15 000,00 \$

Paraplégie (paralysie totale des membres inférieurs).....	15 000,00 \$
Hémiplégie (paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs d'un même côté de corps).....	15 000,00 \$

« Perte », au sens des prestations ci-dessus, s'entend du sectionnement complet d'une main ou d'un pied au poignet ou à la cheville, ou entre le poignet et le coude ou la cheville et le genou; ou sectionnement complet d'un bras ou d'une jambe au coude ou au genou ou au-dessus du coude ou du genou; du sectionnement complet du pouce et doigts d'une main à, ou au-dessus de, l'articulation métacarpophalangienne; du sectionnement complet des orteils à, ou au-dessus, de l'articulation métatarsophalangienne; de la perte irrémédiable et complète de la vue d'un œil; de la perte irrémédiable et complète de l'usage de la parole; de la perte irrémédiable et complète de l'ouïe; et, par rapport à la quadriplégie, à la paraplégie et à l'hémiplégie, de la paralysie irrémédiable et permanente des membres atteints.

Toute prestation payable quant à la perte d'usage doit être versée seulement si la perte est permanente, totale et irréversible et persiste pendant une période de douze mois après la date de l'accident.

REMBOURSEMENT DE FRAIS MÉDICAUX PAR SUITE D'UN ACCIDENT

Si un assuré devant recevoir les soins réguliers d'un médecin par suite d'une blessure, dans les 30 jours de l'accident qui en est la cause, engage :

- des frais d'hospitalisation couvrant la différence entre l'indemnité pour salle commune prévue par son assurance hospitalisation provinciale et les frais pour chambre à deux lits;
- des frais pour services infirmiers;
- des frais d'honoraires, sur recommandation d'un médecin, pour services d'un physiothérapeute ou d'un chiropraticien agréé, diplômé ou autorisé, autre que l'assuré ou qu'un membre de sa famille immédiate, et qui ne réside pas habituellement chez l'assuré, le tout à concurrence de 15 \$ par traitement, sans dépasser un total de 20 traitements par accident;
- des frais pour les services d'un podiatre autorisé, agréé ou diplômé ou d'un orthophoniste autorisé, agréé ou diplômé, autre que l'assuré ou un membre de sa famille immédiate, et qui ne réside habituellement pas chez l'assuré;
- des frais divers pour attelles, bandages herniaires et béquilles;
- des frais pour appareils orthopédiques (à l'exclusion d'un appareillage orthodontique ou de frais pour un appareil orthopédique ou un appareil semblable utilisé à des fins non thérapeutiques ou dans le seul but de participer à des activités sportives ou de loisir) , leur remplacement n'étant pas compris, le tout sous réserve d'un maximum de 500 \$ par année d'assurance;
- des frais pour prothèses permanentes (yeux et membres artificiels), à concurrence d'un maximum de 500 \$ par accident;
- des frais pour la location d'un fauteuil roulant ou d'un lit de type de ceux utilisés dans les hôpitaux, mais n'excédant pas le

prix d'achat en cours au moment où la location s'est avérée nécessaire;

- des frais de radiographie;
- des frais de médicaments obtenus que sur prescription écrite d'un médecin;
- des frais pour la réparation ou le remplacement de lunettes, de prothèses dentaires, de dents artificielles non fixes, lorsque recommandés par un médecin ou un dentiste;
- des frais pour l'achat d'un appareil auditif;

L'assureur lui rembourse les frais raisonnables et habituels engagés dans les trois ans qui suivent la date de l'accident, le tout à concurrence d'un maximum de 5 000 \$ par accident.

Aucun remboursement en vertu de la présente garantie ne fera double emploi avec quelque autre paiement exigible en vertu de la présente police.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION OU DE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE À L'EXTÉRIEUR DE SA PROVINCE

(ne s'applique qu'aux seuls résidents du Canada assurés en vertu de leur régime provincial d'assurance maladie)

Si un assuré a besoin de soins d'urgence par suite d'une blessure s'étant produite à l'extérieur de sa province de résidence, l'assureur lui rembourse les frais raisonnables et habituels engagés alors qu'il est sous les soins ou les traitements réguliers d'un médecin, à concurrence d'un maximum de 5 000 \$ par accident, pour :

- les services et les fournitures obtenus d'un hôpital alors que l'assuré est hospitalisé en salle commune ou en chambre à deux lits;
- les services d'un médecin ou d'un anesthésiste agréé, diplômé ou autorisé;
- les services infirmiers;
- les examens radiographiques prescrits par un médecin;
- les services de transport en ambulance autorisée;
- la location de béquilles, d'attelles, de bandages herniaires ou d'appareils orthopédiques (étant exclus le coût de tout appareil à usage non thérapeutique ou utilisé uniquement dans le but de participer à des sports ou autres activités de loisir).
- Médicaments et produits pharmaceutiques prescrits par un médecin autorisé, à concurrence de 500 \$ par assuré.

L'assurance commence à la date de départ de l'assuré de sa province de résidence et cesse à la date de retour de l'assuré dans sa province de résidence, ou 30 jours après la date de départ de l'assuré de sa province de résidence.

Aucun remboursement en vertu de la présente garantie ne fera double emploi avec quelque autre paiement exigible en vertu de la présente police.

RAPATRIEMENT D'UN DÉFUNT

Si un assuré décède par suite d'une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la présente police, l'assureur assume les frais nécessaires et raisonnables effectivement engagés pour la préparation de la dépouille et son expédition à la ville où résidait le défunt assuré, le tout sous réserve d'un maximum de 5 000 \$.

REMBOURSEMENT DE FRAIS AMBULANCIERS

Lorsqu'une blessure exige des soins médicaux immédiats, l'assureur rembourse les frais raisonnables et habituels de services ambulanciers autorisés. La prestation maximum versée pour le recours à des services ambulanciers, terrestres ou aériens, est de 250 \$ par événement.

REMBOURSEMENT DE FRAIS DENTAIRES PAR SUITE D'UN ACCIDENT

Si, par suite de dommages à des dents saines et intactes (y compris les dents avec coiffe ou couronne) causés par un choc externe, un assuré doit être soigné dans les 30 jours de la date de l'accident par un dentiste ou un chirurgien stomatologue agréé, diplômé ou autorisé, l'assureur rembourse les frais raisonnables et habituels engagés à cet égard dans les douze mois de la date de l'accident, à concurrence d'un maximum de 1 500 \$.

Tout paiement en vertu de la présente garantie sera conforme aux honoraires spécifiés dans le guide des tarifs, ou son équivalent, publié par l'ordre des dentistes omnipraticiens de la province ou du territoire de résidence de l'assuré au Canada, selon ce que déterminera l'assureur.

COURS PRIVÉS

Si une blessure, dans les 100 jours de la date de l'accident l'ayant causée, entraîne l'invalidité totale d'un étudiant assuré, avec hospitalisation ou obligation de rester chez lui pendant plus de 30 jours scolaires consécutifs, l'assureur remboursera les frais engagés à compter du premier jour où les frais sont effectivement engagés, pour des cours privés donnés par un enseignant diplômé répondant aux normes établis par l'Université Laurentienne pour le niveau scolaire de l'étudiant assuré, à un tarif horaire ne dépassant pas les 20 \$ et à concurrence d'un maximum de 1,000 \$.

RÉADAPTATION

Si une assurée subit une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la partie des présentes intitulée « Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles » et l'obligeant à suivre une formation spéciale pour devenir apte à exercer une profession particulière qu'elle n'aurait pas exercée n'eut été cette blessure, l'assureur assume les frais raisonnables et nécessaires que doit engager l'assurée, dans les trois années de la date de l'accident, en vue d'obtenir la formation exigée, le tout sous réserve d'un maximum de 5 000,00 \$ par sinistre.