

VOS **garanties**
collectives

DHL Global Forwarding (Canada) Inc.

Salariés non horaires

**Contrat numéro 100250 et 105074
À effet du 1^{er} janvier 2015**

Table des matières

Conditions générales.....	1
Votre brochure	1
Conditions d'admission.....	1
Personne à charge.....	2
Adhésion	3
Prise d'effet de la couverture	3
Modification de la couverture	4
Tenue à jour de votre dossier	5
Accès à vos dossiers.....	5
Cessation de la couverture	5
Remplacement de la couverture	6
Demande de règlement.....	7
Actions en justice	7
Attestation d'invalidité	8
Examen médical	8
Droit de recouvrement	8
Définitions.....	8
Invalidité de longue durée	10
Description générale de la garantie	10
Début de l'indemnisation.....	11
Prestations	11
Vos options Invalidité de longue durée.....	12
Vos options Invalidité de longue durée.....	12
Congé de maternité et congé parental	15
Programme en cas d'invalidité partielle	16
Programme de réadaptation.....	16
Périodes successives d'invalidité au cours du délai de carence	17
Périodes successives d'invalidité après le début de l'indemnisation.....	18
Réclamation à un tiers.....	18
Vos responsabilités	18
Fin de l'indemnisation.....	19
Cessation de la couverture	19
Droits après la résiliation de la garantie.....	19
Exclusions	19
Demande de règlement.....	21

Maladies graves	23
Description générale de la garantie	23
Votre couverture Maladies graves facultative.....	23
Vos options Maladies graves facultative.....	23
Couverture Maladies graves facultative du conjoint.....	24
Options Maladies graves facultative de votre conjoint	24
Couverture Maladies graves des enfants.....	24
Prestations	25
Bénéficiaire	26
Affections couvertes pour les salariés, les conjoints et les enfants	26
Affections couvertes pour les enfants uniquement	33
Exclusions	36
Transférabilité	38
Demande de règlement.....	38
Best Doctors.....	38
Assurance-vie.....	40
Description générale de la garantie	40
Votre assurance-vie de base	40
Votre assurance-vie facultative	41
Assurance-vie facultative pour votre conjoint	41
Assurance-vie facultative pour vos enfants.....	42
Bénéficiaire	42
Suicide.....	43
Garantie en cas d'invalidité totale.....	43
Transformation de l'assurance-vie collective	44
Demande de règlement.....	45
Décès et mutilation accidentels	46
Description générale de la garantie	46
Votre couverture de base.....	46
Votre couverture Décès et mutilation accidentels facultative	46
Prestations	47
Limite	49
Transport de la dépouille.....	49
Programme de réadaptation.....	50
Formation professionnelle du conjoint.....	50
Études des enfants.....	50
Transport d'un membre de la famille.....	51
Prestation pour agression criminelle	51
Garantie en cas d'invalidité totale.....	52
Exclusions	52

Transformation.....	53
Demande de règlement.....	53

Conditions générales

Votre brochure

Cette brochure contient des renseignements importants pour vous. Elle décrit les garanties prévues par le contrat collectif établi au nom de votre employeur par nous, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la *Sun Life*), membre du groupe Financière Sun Life.

Les garanties peuvent être modifiées après l'établissement de la brochure. Dans ce cas, vous serez informé de toute modification apportée à votre régime au moyen d'un avis écrit qui complétera cette brochure. Veuillez conserver en lieu sûr cette brochure ainsi que tous les avis de modification que vous pourriez recevoir.

Pour des raisons d'ordre administratif, le numéro 105074 est utilisé pour la garantie Maladies graves au titre du présent contrat.

Si vous avez besoin de précisions sur la présente brochure ou sur vos garanties collectives, veuillez vous adresser à votre employeur.

Conditions d'admission

Pour être admissible aux garanties collectives, vous devez résider au Canada et remplir les conditions suivantes :

- être membre du personnel permanent de l'employeur.
- travailler effectivement pour le compte de l'employeur au moins 25 heures par semaine.
- avoir accompli la période probatoire.

La période probatoire prévue par le régime est de 90 jours de service continu.

Nous vous considérons comme étant effectivement au travail les jours où vous accomplissez toutes les fonctions habituelles de votre emploi pour le compte de l'employeur, pendant le nombre d'heures fixé pour la journée en cause, y compris les jours de congé conventionnels et toute période de vacances payées d'au plus 3 mois consécutifs si vous avez travaillé jusqu'à la fin de la dernière journée de travail prévue à votre horaire. Nous ne vous considérons pas comme étant effectivement au

travail si vous touchez des prestations d'invalidité ou participez à un programme prévu en cas d'invalidité partielle ou à un programme de réadaptation.

La personne à votre charge est admissible au régime à la date à laquelle vous y êtes admissible ou à la date à laquelle elle répond à la définition de personne à charge, si cette date est postérieure. Les personnes à votre charge ne sont admissibles au régime que si vous demandez à y adhérer vous-même.

Personne à charge

Par *personne à charge*, on entend votre conjoint ou votre enfant, qui réside au Canada ou aux États-Unis.

Par *conjoint*, on entend votre conjoint en vertu d'un mariage ou de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou la personne de sexe opposé ou de même sexe qui est publiquement présentée comme étant votre conjoint depuis au moins 1 an. À toute époque, le régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint.

Par *enfant*, on entend tout enfant du salarié ou de son conjoint (sauf un enfant pris en foyer nourricier), qui n'est pas lié à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi, et qui est âgé de moins de 21 ans.

L'enfant de moins de 24 ans qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et dont vous assurez entièrement le soutien sur le plan financier est également considéré comme un enfant.

L'enfant qui souffre d'un handicap avant l'âge limite demeure couvert après l'âge limite :

- s'il ne peut subvenir à ses besoins financiers en raison d'une incapacité physique ou mentale,
- et si vous assurez son soutien sur le plan financier et s'il n'est pas lié à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi.

Dans les cas ci-dessus, vous devez informer la Sun Life dans les 31 jours suivant le jour où l'enfant atteint l'âge limite. Votre employeur peut vous donner des précisions à ce sujet.

Adhésion

Pour adhérer au régime, vous devez faire une demande par écrit en fournissant à votre employeur les renseignements nécessaires à votre admission dans les 31 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible. Si votre employeur ne reçoit pas votre demande au cours de cette période de 31 jours, la couverture par défaut (l'option 1 de l'assurance Invalidité de longue durée) vous sera attribuée. Vous devez demander la couverture des personnes à votre charge pour que celles-ci soient admises au régime.

En ce qui touche votre assurance-vie facultative et l'assurance-vie facultative de votre conjoint, une attestation de bonne santé est exigée lorsque vous demandez une assurance-vie facultative ou toute augmentation de cette couverture. La couverture ne peut prendre effet avant que la Sun Life n'accepte l'attestation.

Vous ne pouvez adhérer à la garantie Maladies graves du personnel que si vous êtes âgé de moins de 65 ans. Vous ne pouvez adhérer à la garantie Maladies graves du conjoint que si votre conjoint est âgé de moins de 65 ans.

Dans le cas de la couverture Maladies graves facultative, une attestation de bonne santé est exigée comme il est indiqué à la section *Maladies graves*. Toute couverture exigeant une attestation de bonne santé ne peut prendre effet avant que la Sun Life n'accepte l'attestation.

Il y a d'autres circonstances où une attestation de bonne santé doit être présentée. Votre employeur vous les indiquera en temps et lieu.

Prise d'effet de la couverture

Votre couverture prend effet à la date à laquelle vous êtes admissible au régime.

Si vous n'êtes pas effectivement au travail le jour où votre couverture devrait normalement prendre effet, vous n'êtes couvert qu'à compter du jour où vous remplissez cette condition.

La couverture des personnes à charge prend effet dès que vous bénéficiez de la couverture prévue pour vous-même et que vous avez une personne à votre charge admissible à la couverture.

Cependant, la personne à charge, autre qu'un nouveau-né, qui est hospitalisée n'est couverte qu'à compter du jour où elle ne l'est plus et

où elle exerce effectivement ses activités habituelles.

Dès que vous bénéficiez de la couverture des personnes à charge, toute nouvelle personne à votre charge est couverte automatiquement.

Si vous n'êtes pas effectivement au travail le jour où la couverture Vie facultative ou la couverture Maladies graves facultative de votre conjoint ou de vos enfants doit normalement prendre effet, la couverture ne prend effet qu'à compter de la date à laquelle vous reprenez effectivement le travail auprès de votre employeur.

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

Modification de la couverture

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

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

Sous réserve des exceptions ci-dessous, toute modification de votre couverture résultant d'un *changement de situation personnelle* prend effet à la date du *changement de situation personnelle*. Toute demande de modification de la couverture par suite d'un *changement de situation personnelle* doit être reçue dans les 31 jours qui suivent la date de ce changement.

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

- lorsqu'une attestation de bonne santé est exigée, la modification ne peut prendre effet avant que la Sun Life n'accepte l'attestation.
- si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date du changement ou à la date à laquelle la Sun Life accepte l'attestation de bonne santé, la modification ne peut prendre effet avant votre retour effectif au travail.
- si une personne à charge, autre qu'un nouveau-né, est hospitalisée

à la date du changement, la modification ne peut prendre effet que lorsque la personne à charge cesse d'être hospitalisée et exerce effectivement ses activités habituelles.

Tenue à jour de votre dossier

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

- de tout changement de situation quant aux personnes à charge.
- de tout changement de nom.
- de tout changement de bénéficiaire.

Accès à vos dossiers

Conformément à la loi, à titre de participant à des garanties assurées, résidant en Alberta ou en Colombie-Britannique, vous pouvez obtenir des exemplaires des documents suivants :

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

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

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

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

- le site Web des Services aux participants de la Financière Sun Life au www.masunlife.ca;
- le Centre de service à la clientèle de la Financière Sun Life au numéro sans frais 1-800-361-6212.

Cessation de la couverture

Les conditions relatives à la cessation de la couverture peuvent varier d'une garantie à l'autre. Pour plus de précisions sur la cessation de la couverture prévue par une garantie particulière, veuillez vous reporter à la section appropriée de la présente brochure.

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

- consultez la section se rapportant à chaque garantie pour connaître l'âge de la retraite applicable.
- vous cessez d'être effectivement au travail.
- la période couverte par la dernière prime payée à la Sun Life en votre nom prend fin.
- le contrat collectif est résilié.

La couverture de la personne à charge prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :

- votre couverture prend fin.
- la personne à charge cesse de répondre à la définition de personne à charge.
- la période couverte par la dernière prime payée relativement à la couverture des personnes à charge prend fin.

Remplacement de la couverture

Le contrat collectif est interprété et géré conformément à toutes les lois pertinentes et aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes ayant trait au maintien de l'assurance après la résiliation du contrat et au remplacement de l'assurance collective.

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

Dans le cas où le versement des prestations auxquelles le salarié avait droit doit reprendre du fait qu'il est de nouveau atteint d'invalidité totale, et où la Sun Life est tenue, aux termes des lois ou directives ci-dessus, de régler les prestations, les prestations versées sont égales aux précédentes et elles sont payables pour une période ne pouvant dépasser la durée non écoulée de la période maximale d'indemnisation.

Demande de règlement

La Sun Life s'engage à vous offrir un service prompt et efficace. En ce qui a trait aux demandes de règlement Maladies graves, vous pouvez vous procurer les formulaires appropriés auprès de la Sun Life. En ce qui a trait aux autres demandes de règlement, vous pouvez vous procurer les formulaires appropriés auprès de votre employeur.

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

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

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

Actions en justice

Sauf si la loi applicable autorise l'utilisation d'un délai de prescription différent, toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du présent contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la loi sur les assurances ou le délai prévu par toute autre loi applicable à une action en justice pour des prestations d'assurance.

Si la loi applicable autorise l'utilisation d'un délai de prescription différent, aucune action en justice ne peut être intentée contre la Sun Life :

- pour des demandes de règlement n'ayant donné lieu à aucun paiement par la Sun Life, plus d'un an après la fin du délai au cours duquel une preuve de sinistre est requise, conformément aux dispositions du contrat, ou
- pour des demandes de règlement portant sur des prestations d'invalidité versées par la Sun Life au cours d'une certaine période, plus d'un an après la date du dernier paiement de prestations d'invalidité, ou

- pour toute autre demande de règlement ayant donné lieu à un versement de prestations par la Sun Life, plus d'un an après la date du dernier paiement de la Sun Life à l'égard de la demande de règlement, ou
- pour des demandes au titre de la clause *Garantie en cas d'invalidité totale* qui ont été initialement approuvées, plus d'un an après la date de cessation de la couverture ou de la date de cessation de l'exonération des primes.

Attestation d'invalidité

La Sun Life peut exiger, à l'occasion, une attestation de votre invalidité totale. Si vous ne lui présentez pas cette attestation dans les 90 jours suivant la demande, vous n'aurez pas droit à des prestations.

Examen médical

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

Droit de recouvrement

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

Définitions

Vous trouverez ci-après la définition de certains termes utilisés dans la présente brochure. D'autres termes sont définis dans les sections portant sur les garanties.

Accident

Blessure causée uniquement et directement par l'action violente, soudaine et imprévue d'une cause extérieure.

Changement de situation personnelle

Par changement de situation personnelle, on entend chacun des points suivants :

- mariage ou tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou union de fait,
- naissance ou adoption d'un enfant,
- divorce ou séparation légale,
- cessation de la couverture de votre conjoint,
- décès d'une personne à charge.

<i>Date du départ à la retraite</i>	Si vous êtes totalement invalide, la date de votre départ à la retraite correspond à votre 65 ^e anniversaire de naissance, à moins que vous n'ayez effectivement pris votre retraite avant cet anniversaire.
<i>Maladie</i>	S'entend également d'une blessure, d'une affection ou d'une infirmité mentale. Toute intervention chirurgicale subie pour faire don d'un organe à une autre personne et qui entraîne une invalidité totale, est considérée comme une maladie.
<i>Médecin</i>	Médecin ou chirurgien autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il donne des soins médicaux.
<i>Période d'adhésion</i>	Période désignée par l'employeur immédiatement avant le 1 ^{er} janvier de chaque année.
<i>Salaires de base</i>	Rémunération que l'employeur verse au salarié, à l'exclusion des gratifications, des heures supplémentaires et des primes de rendement.
<i>Traitement approprié</i>	Traitement donné et prescrit par un médecin ou, lorsque la Sun Life l'estime nécessaire, par un médecin spécialiste. Il doit s'agir d'un traitement raisonnable et de pratique courante qui ne se limite pas à des examens ou à des tests, et la fréquence des soins doit correspondre à celle qu'exige normalement l'affection en cause.

Invalidité de longue durée

Description générale de la garantie La garantie Invalidité de longue durée prévoit le versement de prestations si vous êtes atteint d'invalidité totale. Vous avez droit à ces prestations si vous présentez à la Sun Life une attestation établissant à sa satisfaction :

- que vous avez été atteint d'invalidité totale en cours de couverture,
- et que vous suivez le traitement approprié pour cette invalidité depuis le début de l'invalidité.

Vous êtes considéré comme totalement invalide au titre de la garantie Invalidité de longue durée :

- durant le délai de carence et les 24 mois subséquents (cette période est désignée sous le terme de **période relative à la profession habituelle**), si vous êtes continuellement incapable en raison d'une maladie d'accomplir les tâches essentielles de votre profession habituelle,
- et, par la suite, si vous êtes continuellement incapable en raison d'une maladie d'exercer quelque profession qui convienne à la formation ou à l'expérience que vous avez ou que vous pourriez acquérir.

Si vous comptez au moins 35 années de service auprès de l'employeur, vous êtes considéré comme totalement invalide lorsque vous êtes empêché par la maladie d'accomplir les tâches essentielles de votre profession habituelle.

Si vous devez détenir un permis ou une licence de l'État pour exercer votre profession habituelle et que votre permis ou votre licence vous est retiré ou n'est pas renouvelé pour des raisons médicales uniquement, vous êtes considéré comme totalement invalide pendant une période maximale de 12 mois après l'expiration du délai de carence. Vous ne pouvez exercer aucun autre travail que celui qui s'inscrit dans un

programme en cas d'invalidité partielle ou un programme de réadaptation approuvé par la Sun Life.

Les prestations sont versées à la fin de chaque mois et sont déterminées d'après votre couverture à la date du début de votre invalidité totale.

Dans le cas de mois incomplets d'invalidité totale, nous versons, pour chaque jour d'invalidité totale, une indemnité représentant le trentième de la prestation mensuelle.

Début de l'indemnisation

Le versement des prestations d'invalidité de longue durée commence après une période ininterrompue d'invalidité totale de 15 semaines ou le jour où vous cessez d'avoir droit à des prestations d'invalidité de courte durée, à des prestations pour perte de revenu, ou à toute forme de maintien du salaire, si ce jour est postérieur.

La période d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le versement des prestations d'invalidité est désignée sous le terme de **délai de carence**.

Si votre invalidité totale commence au cours d'une période de mise à pied ou d'absence autorisée durant laquelle votre couverture est maintenue, vous avez droit aux prestations à compter du jour où vous êtes rappelé pour reprendre, ou deviez normalement reprendre, le travail à temps plein auprès de l'employeur si, à cette date, vous êtes totalement invalide de façon ininterrompue depuis au moins 15 semaines.

Prestations

Nous calculons les prestations d'invalidité de longue durée comme suit. Toute référence à des revenus faite dans la présente garantie se rapporte au montant brut, avant déductions.

Vos options Invalidité de longue durée

	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
<i>Couverture</i>	60% de votre salaire de base mensuel	60% de votre salaire de base mensuel	60% de votre salaire de base mensuel	66,67% de la tranche de votre salaire de base mensuel qui ne dépasse pas 2 250 \$, plus 50% de tout excédent de votre salaire mensuel
<i>Prestation maximale</i>	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$
<i>Situation fiscale</i>	non imposable	non imposable	non imposable	non imposable
<i>Indexation sur le coût de la vie</i>	Non	Non	Oui*	Non
*Vos prestations d'invalidité de longue durée sont augmentées chaque année, le 1 ^{er} janvier, en fonction de la hausse de l'Indice canadien des prix à la consommation, sous réserve d'un maximum de 3,00%.				
<i>Période maximale d'indemnisation</i>	5 ans ou jusqu'à votre 65 ^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur	Jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans	Jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans	Jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans
<i>Attestation de bonne santé</i>	Aucune			
<i>Changement d'option</i>	Vous ne pouvez changer d'option qu'au cours de la période d'adhésion ou dans les 31 jours suivant un <i>changement de situation personnelle</i> .			

Vos options Invalidité de longue durée

	Option 5	Option 6	Option 7	Option 8
<i>Couverture</i>	60% de votre salaire de base mensuel	60% de votre salaire de base mensuel	60% de votre salaire de base mensuel	66,67% de la tranche de votre salaire de base mensuel qui ne dépasse pas 2 250 \$, plus 50% de tout excédent de votre salaire mensuel

Contrat numéro 100250

Invalidité de longue durée

<i>Prestation maximale</i>	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$	10 000 \$
<i>Situation fiscale</i>	imposable	imposable	imposable	imposable
<i>Indexation sur le coût de la vie</i>	Non	Non	Oui*	Non
	*Vos prestations d'invalidité de longue durée sont augmentées chaque année, le 1 ^{er} janvier, en fonction de la hausse de l'Indice canadien des prix à la consommation, sous réserve d'un maximum de 3,00%.			
<i>Période maximale d'indemnisation</i>	5 ans ou jusqu'à votre 65 ^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur	Jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans	Jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans	Jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans
<i>Attestation de bonne santé</i>	Aucune			
<i>Changement d'option</i>	Vous ne pouvez changer d'option qu'au cours de la période d'adhésion ou dans les 31 jours suivant un <i>changement de situation personnelle</i> .			

Étape 1 : La prestation de départ est égale au pourcentage de votre salaire de base mensuel qui figure à la section *Vos options Invalidité de longue durée*. La prestation maximale est également indiquée à la section *Vos options Invalidité de longue durée*.

Étape 2 : Nous déduisons de la prestation de départ les revenus suivants auxquels vous avez droit :

- prestations prévues pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure par tout régime parrainé par l'État, à l'exclusion des prestations de personnes à charge et des prestations d'assurance-emploi, ainsi que des augmentations automatiques liées à l'indice du coût de la vie qui sont apportées aux prestations de tout régime parrainé par l'État pendant le service des prestations d'invalidité de longue durée.
- prestations prévues pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure par la loi sur les accidents du travail ou par une loi analogue, à l'exclusion des augmentations automatiques liées à l'indice du coût de la vie qui sont apportées à ces prestations pendant le service des prestations d'invalidité de longue durée.

- prestations d'invalidité prévues par tout régime d'assurance automobile, dans la mesure où cette déduction n'est pas interdite par la loi.
- prestations prévues par tout contrat collectif, y compris tout contrat qui vous couvre en votre qualité de membre d'une association.
- prestations prévues en cas d'invalidité ou de maladie par tout régime de retraite auquel cotise l'employeur.
- prestations prévues par le Régime québécois d'assurance parentale.

Le résultat obtenu à l'étape 2 est la somme que vous recevrez normalement.

Si cette somme, augmentée des revenus ci-dessus ainsi que des autres revenus indiqués ci-après, est supérieure à 85% du salaire de base que vous touchiez avant votre invalidité, vos prestations d'invalidité de longue durée sont réduites de l'excédent. Si vos prestations ne sont pas imposables, elles sont réduites de façon que votre revenu total ne dépasse pas 85% du salaire de base que vous touchiez avant votre invalidité, déduction faite de l'impôt sur le revenu.

Autres revenus auxquels vous avez droit :

- prestations prévues pour une autre invalidité par la loi sur les accidents du travail ou par une loi analogue, à l'exclusion des augmentations automatiques liées à l'indice du coût de la vie qui sont apportées à ces prestations pendant le service des prestations d'invalidité de longue durée.
- prestations prévues par la loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels ou par une loi analogue, lorsque la loi le permet.

Si vous avez droit à l'une des sommes ci-dessus mais que vous n'en avez pas fait la demande, nous les considérons quand même comme faisant partie de vos revenus. Nous pouvons faire une estimation de ces sommes et en tenir compte dans le calcul de vos prestations.

Dans le cas où l'une des sommes ci-dessus est réglée en une seule fois,

nous déterminons l'équivalent mensuel que vous auriez reçu en nous fondant sur les principes comptables généralement reconnus.

Nous ne tenons pas compte des prestations qui commencent à être versées avant le début de votre invalidité. Cependant, toute augmentation de ces prestations liée à votre invalidité est prise en compte.

Nous nous réservons le droit de rajuster, au besoin, le montant des prestations que nous vous versons.

**Congé de maternité
et congé parental**

Le congé de maternité dont vous avez convenu avec votre employeur commence à la date dont vous et votre employeur avez convenu ou le jour de la naissance de l'enfant, si celle-ci a lieu antérieurement. Le congé se termine à la date à laquelle vous avez convenu avec votre employeur de reprendre le travail effectif à temps plein ou à la date réelle de votre retour au travail effectif à temps plein, si cette dernière date est antérieure.

Le congé parental correspond à la période dont vous et votre employeur avez convenu.

La Sun Life détermine toute portion du congé de maternité ou du congé parental qui est prise volontairement et toute portion qui l'est pour des raisons de santé. La portion du congé attribuable à des raisons de santé correspond à la période pour laquelle la femme peut établir, en présentant les attestations médicales appropriées, qu'elle est dans l'incapacité de travailler pour des raisons de santé reliées à l'accouchement ou à son rétablissement à la suite de l'accouchement.

Des prestations d'invalidité de longue durée sont payables pendant la portion du congé attribuable à des raisons de santé que dans les cas où il est nécessaire de le faire pour satisfaire aux normes du travail, aux règles concernant les droits de la personne et aux conditions de l'assurance-emploi. Le versement des prestations commence après une période ininterrompue d'invalidité de 15 semaines, pour autant que votre couverture ait été maintenue.

Toutefois, dans le cas où le régime de votre employeur constitue un régime de prestations supplémentaires de chômage (PSC) conforme à la réglementation de l'assurance-emploi en ce qui concerne la portion du

congé de maternité ou du congé parental qui est attribuable à des raisons de santé, la Sun Life ne verse aucune prestation en vertu du régime pendant toute période où des prestations vous sont payables au titre du régime PSC de votre employeur.

Programme en cas d'invalidité partielle

En cas d'invalidité partielle, vous pouvez être tenu de participer à un programme approuvé par écrit par la Sun Life.

Une fois que vous avez droit à des prestations d'invalidité de longue durée, vous pouvez être appelé à prendre part à un programme consistant à reprendre l'exercice de votre profession habituelle selon un horaire de travail réduit.

Pendant votre participation au programme, vous pouvez toucher de votre employeur un salaire correspondant au nombre d'heures travaillées. Cependant, vos prestations d'invalidité de longue durée sont réduites proportionnellement à la fraction de la semaine de travail normale que vous accomplissez alors auprès de votre employeur.

Pendant votre participation au programme prévu en cas d'invalidité partielle, si votre revenu provenant de toutes sources est supérieur à 100% du salaire de base, indexé sur l'inflation, que vous touchiez avant votre invalidité (diminué des impôts fédéral et provincial dans le cas où vos prestations ne sont pas imposables), les prestations d'invalidité de longue durée sont réduites de l'excédent.

Votre participation au programme en cas d'invalidité partielle est limitée à la période relative à la profession habituelle.

Programme de réadaptation

Vous pouvez être tenu de participer à un programme de réadaptation approuvé par écrit par la Sun Life.

Ce programme peut prévoir la participation d'un de nos spécialistes de la réadaptation. Il peut consister en un travail à temps partiel, en l'exercice d'une autre profession ou en un cours de formation professionnelle destiné à faciliter votre retour au travail à temps plein.

La Sun Life n'est aucunement tenue d'approuver un programme de réadaptation ou la poursuite de votre participation au programme. Nous basons notre décision sur certains critères comme les considérations monétaires et notre opinion quant aux avantages de la réadaptation.

Pendant votre participation au programme de réadaptation, vous pouvez recevoir des prestations d'invalidité de longue durée, ainsi que des revenus provenant d'autres sources. Cependant, si votre revenu total, au cours d'un mois donné, est supérieur à 100% du salaire de base, indexé sur l'inflation, que vous touchiez avant votre invalidité (diminué des impôts sur le revenu fédéral et provincial dans le cas où vos prestations ne sont pas imposables), la prestation d'invalidité de longue durée est réduite de l'excédent.

Vous devriez penser à participer à un programme de réadaptation aussitôt que possible après le début de votre invalidité totale. Votre inscription à un programme de réadaptation au cours du délai de carence n'entraîne pas l'interruption de ce dernier.

**Périodes
successives
d'invalidité au cours
du délai de carence**

Au cours du délai de carence, les périodes successives d'invalidité totale attribuables aux mêmes causes ou à des causes connexes sont considérées comme une seule période d'invalidité et elles s'accumulent pour constituer le délai de carence, pour autant que la présente garantie soit en vigueur et que toutes les conditions suivantes soient remplies :

- la première période d'invalidité totale dure au moins 30 jours sans interruption.
- par la suite, il ne s'écoule aucun intervalle de plus de 30 jours entre les périodes d'invalidité totale.
- toutes les périodes d'invalidité totale entrant dans le délai de carence sont comprises dans les 12 mois du début de ce délai, ou, si le délai de carence est de 365 jours ou plus, dans la période limite approuvée d'avance par la Sun Life.

La différence entre le nombre normal d'heures de travail prévues à votre horaire et le nombre d'heures que vous avez effectivement travaillées, est prise en compte dans le délai de carence.

En cas de résiliation de la présente garantie, seule une période ininterrompue d'invalidité totale peut servir à constituer toute portion du délai de carence restant à courir.

Périodes successives d'invalidité après le début de l'indemnisation

Si, après avoir reçu des prestations d'invalidité de longue durée, vous êtes de nouveau atteint d'invalidité totale en raison des mêmes causes ou de causes connexes, nous considérons cette deuxième période d'invalidité comme le prolongement de la précédente s'il s'est écoulé moins de 6 mois entre les périodes d'invalidité totale. Vous devez être couvert par la garantie au début de la deuxième période d'invalidité.

Les prestations sont déterminées d'après la couverture qui s'appliquait au début de la première période d'invalidité totale et elles sont versées pour une période qui ne peut dépasser la durée non écoulée de la période maximale d'indemnisation.

Réclamation à un tiers

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

Si vous décidez d'intenter une action en justice, vous devez vous conformer aux dispositions pertinentes du contrat collectif.

Si vous touchez une indemnité, vous devez nous verser une somme égale à 75% de l'indemnité nette obtenue du tiers, ou égale au montant total des prestations d'invalidité totale payées ou payables aux termes du régime, si ce montant est moindre. L'indemnité nette ne comprend pas les frais juridiques. Une somme égale à 75% de l'indemnité nette doit être détenue en fidéicommiss pour nous.

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

Vos responsabilités

Pendant toute période d'invalidité totale, vous devez faire des efforts raisonnables pour :

- vous remettre de votre invalidité, par exemple en suivant tout traitement raisonnable ou tout programme de réadaptation qui vous est proposé et en acceptant toute offre raisonnable, que l'employeur peut vous faire, de modifier vos tâches.
- reprendre l'exercice de votre profession habituelle pendant les 24 premiers mois de l'indemnisation.
- recevoir la formation qui vous permettra d'exercer une autre profession dans le cas où il semble que vous serez dans

l'incapacité de reprendre l'exercice de votre profession habituelle dans les 24 premiers mois de l'indemnisation.

- trouver du travail dans une autre profession après les 24 premiers mois de l'indemnisation.
- obtenir toutes les autres prestations auxquelles vous pouvez avoir droit.

Si vous manquez à l'une des responsabilités ci-dessus, la Sun Life peut retenir les prestations ou en cesser le versement.

Fin de l'indemnisation

Le versement des prestations d'invalidité de longue durée prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :

- cessation de votre invalidité totale.
- fin du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans.
- fin du mois au cours duquel vous prenez, ou avez le droit de prendre, votre retraite avec pleine pension ou avec valeur de la pleine pension.
- fin du mois au cours duquel vous décédez.
- (option 1 seulement) expiration d'une période maximale d'indemnisation de 5 ans.

Cessation de la couverture

La couverture prévue par la garantie Invalidité de longue durée prend fin le jour où il reste à courir, avant votre 65^e anniversaire, une période égale au délai de carence de 15 semaines ou le jour de votre départ à la retraite, si votre départ a lieu antérieurement. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

Droits après la résiliation de la garantie

Si la présente garantie prend fin pendant que vous êtes totalement invalide, vous continuez de recevoir des prestations tant que votre invalidité totale subsiste, comme si la garantie n'avait pas pris fin.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable :

- pour toute période au cours de laquelle vous ne recevez pas le traitement approprié.

- pour toute période au cours de laquelle vous exercez une activité rétribuée ou lucrative à moins que la Sun Life n'accepte de verser des prestations.
- pour toute période au cours de laquelle vous ne participez pas à un programme prévu en cas d'invalidité partielle ou à un programme de réadaptation, approuvé par la Sun Life, lorsque celle-ci l'exige.
- pour toute période d'absence autorisée, de grève ou de mise à pied, sous réserve des dispositions énoncées à la section *Congé de maternité et congé parental* ou à moins que la Sun Life n'accepte expressément de verser des prestations dans ces cas.
- pour toute période de plus de 4 mois au cours de laquelle vous vous trouvez hors du Canada pour quelque raison que ce soit, à moins que la Sun Life n'accepte d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.
- pour toute période au cours de laquelle vous purgez une peine de prison ou êtes incarcéré dans un établissement analogue.

Aucune prestation n'est payable pour une invalidité totale attribuable directement ou indirectement à une maladie dont vous souffriez ou aviez déjà souffert au moment de la prise d'effet de votre couverture. Cependant, cette restriction ne s'applique pas si :

- vous êtes couvert par la garantie Invalidité de longue durée du régime de votre employeur depuis au moins 13 semaines, période au cours de laquelle vous êtes demeuré effectivement au travail (cette période n'étant pas considérée comme interrompue lorsque le nombre total de jours d'absence n'est pas supérieur à 3) et vous n'avez été traité pour cette maladie par aucun médecin, ni par aucun auxiliaire qualifié agissant sous la direction du médecin,
- ou votre invalidité totale commence plus de 12 mois après la prise d'effet de votre couverture.

Si, après la cessation de votre couverture, vous êtes réadmis au présent régime, nous nous basons sur la date la plus récente de votre admission lorsqu'il y a lieu d'appliquer la restriction ci-dessus.

L'invalidité attribuable à la consommation d'alcool ou de drogues n'est pas considérée comme une invalidité totale. Cependant, cette restriction ne s'applique pas pendant que vous participez à un programme de traitement approuvé par la Sun Life ou lorsque que vous souffrez d'une maladie organique qui provoquerait l'invalidité totale même si cette consommation cessait.

Aucune prestation n'est payable pour une invalidité totale attribuable à l'une des causes ci-dessous :

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- tentative de suicide ou blessure intentionnellement provoquée par vous, que vous soyez sain d'esprit ou non.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Demande de règlement

Pour présenter une demande de règlement, veuillez remplir la déclaration d'invalidité totale, que vous pouvez vous procurer auprès de votre employeur.

La déclaration d'invalidité doit nous parvenir avant l'expiration d'une période :

- de 60 jours après le début de l'invalidité totale,
- ou de 30 jours après la résiliation de la garantie Invalidité de longue durée, si cette période prend fin antérieurement.

Le processus de demande consiste notamment à remplir les formulaires de demande de règlement en nous donnant le plus de renseignements possible sur l'invalidité. Vous, votre médecin traitant et votre employeur devez remplir ces formulaires.

Pour que vous puissiez recevoir des prestations, ces formulaires doivent nous parvenir dans les 90 jours qui suivent l'expiration du délai de carence.

Nous étudions votre demande et nous vous envoyons, à vous ou à votre employeur, une lettre expliquant notre décision.

La Sun Life peut exiger à l'occasion que vous lui présentiez une attestation de votre invalidité totale. Si vous ne lui présentez pas cette attestation dans les 90 jours de sa demande, vous n'aurez pas droit aux prestations.

Maladies graves

Description générale de la garantie La garantie Maladies graves prévoit le versement d'un capital si, après la date d'effet de la couverture et en cours de couverture, vous ou l'une des personnes à votre charge (conjoint ou enfant) avez été atteint d'une affection couverte dont l'existence a été constatée par un diagnostic ou qui a donné lieu à une intervention chirurgicale, comme il est indiqué ci-après sous *Prestations*.

Pour bénéficier de cette garantie, la personne doit résider au Canada.

Votre couverture Maladies graves facultative

Vos options Maladies graves facultative

	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5
<i>Capital</i>	Aucune couverture	5 000 \$	10 000 \$	25 000 \$	50 000 \$
<i>Attestation de bonne santé</i>	Aucune				
<i>Changement d'option</i>	Vous ne pouvez changer d'option qu'au cours de la période d'adhésion ou dans les 31 jours suivant un <i>changement de situation personnelle</i> .				
<i>Cessation de la couverture</i>	Votre couverture prend fin à votre départ à la retraite ou à votre 70 ^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i> . De plus, votre couverture prend fin à la date à laquelle le capital de la garantie Maladies graves est réglé relativement à une affection couverte dont vous êtes atteint.				

Couverture Maladies graves facultative du conjoint

Options Maladies graves facultative de votre conjoint

	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5
<i>Capital</i>	Aucune couverture	5 000 \$	10 000 \$	25 000 \$	50 000 \$
<i>Attestation de bonne santé</i>	Aucune				
<i>Changement d'option</i>	Vous ne pouvez changer d'option qu'au cours de la période d'adhésion ou dans les 31 jours suivant un <i>changement de situation personnelle</i> .				
<i>Cessation de la couverture</i>	La couverture facultative du conjoint prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes : vous prenez votre retraite, vous atteignez l'âge de 70 ans ou votre conjoint atteint l'âge de 70 ans. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i> . De plus, la couverture du conjoint prend fin à la date à laquelle le capital de la garantie Maladies graves est réglé relativement à une affection couverte dont le conjoint est atteint.				

Couverture Maladies graves des enfants

Couverture facultative Vous pouvez opter pour un capital égal à un multiple de 5 000 \$ pour vos enfants. Le capital maximal est de 20 000 \$.

Une attestation de bonne santé est exigée pour chaque enfant sauf si la demande de couverture est présentée dans les 31 jours suivant l'admissibilité. Toute couverture exigeant une attestation de bonne santé ne peut prendre effet avant que la Sun Life n'accepte l'attestation de bonne santé de l'enfant.

Cessation de la couverture La couverture facultative des enfants prend fin à votre départ à la retraite ou à votre 70^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

De plus, la couverture de tout enfant prend fin à la date à laquelle le capital de la garantie Maladies graves est réglé relativement à une affection couverte dont cet enfant est atteint.

Prestations

Nous versons le capital de la garantie Maladies graves si, après la date d'effet de la couverture et en cours de couverture, vous ou l'une des personnes à votre charge (conjoint ou enfant) avez été atteint d'une affection couverte dont l'existence a été constatée par un diagnostic ou qui a donné lieu à une intervention chirurgicale, sous réserve de la période de survie.

Le capital de la garantie Maladies graves n'est payable que relativement à la première affection couverte dont l'existence est constatée par un diagnostic ou qui donne lieu à une intervention chirurgicale. Dès que le capital est réglé, la couverture de la personne prend fin. Cette personne ne peut être admise de nouveau à la couverture prévue par cette garantie.

Avant de régler le capital prévu par la garantie Maladies graves, nous avons la faculté de faire examiner la personne couverte par un médecin de notre choix et de faire confirmer par ce médecin tout diagnostic ou toute intervention chirurgicale se rapportant à l'affection couverte.

Diagnostic

Acte établi par écrit par le médecin ou médecin spécialiste, autorisé à exercer et pratiquant la médecine au Canada, et attestant que la personne couverte est atteinte d'une affection couverte. Le diagnostic, dont le dossier médical fait état, doit être établi en cours de couverture et il prend effet à la date à laquelle il est établi par le médecin ou médecin spécialiste. Tout diagnostic d'une affection couverte qui a été établi avant la date d'effet de la couverture n'est pas couvert.

Intervention chirurgicale

Toute intervention chirurgicale pratiquée sur la personne couverte, à la recommandation du médecin ou médecin spécialiste, autorisé à exercer et pratiquant la médecine au Canada.

Maintien artificiel des fonctions vitales

Le maintien artificiel des fonctions vitales signifie que la personne couverte est sous les soins d'un médecin ou médecin spécialiste et est maintenue en vie grâce à un soutien nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire lorsqu'un arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales s'est produit.

<i>Médecin</i>	Praticien autorisé en vertu de la loi et des règles régissant l'exercice de sa profession à pratiquer la médecine au Canada. Le médecin posant le diagnostic ou traitant la personne couverte ne peut être la personne couverte, ni avoir un lien de parenté avec la personne couverte ni résider normalement au domicile de la personne couverte.
<i>Médecin spécialiste</i>	Praticien autorisé qui a reçu une formation médicale spécialisée en lien avec la maladie grave couverte faisant l'objet d'une demande de règlement, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. S'il est impossible de consulter un médecin spécialiste, une affection peut être diagnostiquée par un autre médecin qualifié pratiquant au Canada, sous réserve de l'approbation de la Sun Life. Le médecin spécialiste posant le diagnostic ou traitant la personne couverte ne peut être la personne couverte, ni avoir un lien de parenté avec la personne couverte ni résider normalement au domicile de la personne couverte.
<i>Période de survie</i>	Période qui débute à la date du diagnostic de la maladie grave et qui se termine 30 jours après cette date, à moins que la description d'une affection couverte ci-dessous ne modifie expressément cette définition. La période de survie ne comprend pas le nombre de jours de maintien artificiel des fonctions vitales. La personne couverte doit être en vie à la fin de cette période et ne doit pas avoir subi l'arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales.
Bénéficiaire	Le capital de la garantie Maladies graves vous est versé ou, si vous êtes décédé, il est versé à vos ayants droit ou à votre bénéficiaire.
Affections couvertes pour les salariés, les conjoints et les enfants	La couverture est prévue pour les maladies, interventions chirurgicales ou troubles définis ci-dessous :
<i>Accident vasculaire cérébral</i>	Un accident vasculaire cérébral est défini comme le diagnostic formel d'un accident vasculaire aigu se produisant dans le cerveau et causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec : <ul style="list-style-type: none"> ■ apparition aiguë de symptômes neurologiques, et ■ nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés à

l'examen clinique et

qui persistent pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique.

Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions :

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

- accident ischémique cérébral transitoire,
- accident vasculaire intracérébral causé par un trauma,
- infarctus lacunaire, lequel ne satisfait pas à la définition d'accident vasculaire cérébral donnée ci-dessus.

Cancer Le cancer est défini comme le diagnostic formel d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus.

Le diagnostic de cancer doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions :

Aucune prestation n'est payable en cas de récurrence ou de métastase d'un cancer initial qui a été diagnostiqué avant la date d'effet de la couverture.

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour les types suivants de cancer ne mettant pas la vie en danger :

- carcinome in situ,
- mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de

niveau de Clark IV ou V),

- tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases,
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Période moratoire d'exclusion :

Si, dans les 90 jours qui suivent la plus tardive des dates suivantes :

- la date à laquelle l'employeur a reçu les renseignements relatifs à l'adhésion pour tout montant de couverture,
- la date d'effet applicable à ce montant de couverture,

la personne couverte

- a présenté des signes ou symptômes de cancer ou subi des examens menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu aux termes de la présente couverture), sans égard à la date du diagnostic, ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou exclu aux termes de la présente couverture),

aucune prestation ne sera payable relativement au cancer pour ce montant de couverture. En outre, si, par la suite, la personne bénéficie de montants de couverture additionnels, aucune prestation ne sera payable relativement au cancer pour ces montants additionnels. Toute autre couverture demeure en vigueur.

Les renseignements susmentionnés doivent nous être transmis dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne nous sont pas fournis, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par le traitement d'un cancer.

Si, après la cessation de sa couverture Maladies graves, la personne est réadmise à la présente garantie, nous nous basons sur la date la plus récente de son admission lorsqu'il y a lieu d'appliquer la période moratoire d'exclusion.

Cécité La cécité est définie comme un diagnostic formel de la perte totale et

irréversible de la vision des deux yeux mise en évidence par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux yeux, ou
- un champ visuel de moins de 20 degrés dans les deux yeux.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

***Chirurgie
coronarienne***

La chirurgie coronarienne est définie comme une intervention chirurgicale au cœur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire, à l'exclusion de toute intervention non chirurgicale ou utilisant un cathéter, comme l'angioplastie percutanée ou la désobstruction au laser.

Un médecin spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Crise cardiaque

La crise cardiaque (infarctus du myocarde) est définie comme le diagnostic formel de nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :

- symptômes de crise cardiaque,
- modifications électrocardiographiques (ECG) indiquant un infarctus du myocarde,
- apparition d'ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, entre autres, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions :

La crise cardiaque ne comprend pas :

- l'élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, entre autres, l'angiographie coronarienne et l'angioplastie coronarienne en l'absence d'onde Q, ou
- la découverte de changements à l'ECG indiquant un infarctus ancien du myocarde qui ne satisfait pas à la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) donnée ci-dessus.

Insuffisance rénale L'insuffisance rénale est définie comme le diagnostic formel d'une défaillance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale, ou une greffe rénale.

Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Paralysie La paralysie est définie comme le diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires de deux membres ou plus résultant d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours après l'événement déclencheur.

Le diagnostic de paralysie doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant au moins 90 jours après la date de l'événement déclencheur.

Perte d'autonomie La perte d'autonomie est définie comme le diagnostic formel :

- d'une incapacité totale d'effectuer par soi-même au moins 2 des 6 activités suivantes de la vie courante, ou
- d'une déficience cognitive telle que définie ci-après,

pour une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Les activités de la vie courante sont :

- Prendre son bain : capacité de se laver dans une baignoire, sous la

douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.

- Se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres appareils.
- Faire sa toilette : capacité de s'asseoir sur le siège des toilettes et de s'en relever ainsi que d'assurer son hygiène personnelle.
- Être continent : capacité de maîtriser les fonctions intestinale et urinaire avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou appareils de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle acceptable.
- Se mouvoir : capacité de se mettre au lit et d'en sortir, de s'asseoir sur une chaise ou dans un fauteuil roulant et de s'en relever, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.
- Se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

La déficience cognitive est définie comme la détérioration mentale et la perte de l'aptitude intellectuelle, se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables et qui résultent d'une cause organique objective diagnostiquée par un médecin spécialiste. Le degré de déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance journalière continue d'un minimum de 8 heures par jour.

L'établissement de la déficience cognitive sera fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées et valides des déficiences.

Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un médecin spécialiste. Il n'y a aucune autre période de survie à satisfaire une fois que les conditions énoncées ci-dessus sont satisfaites.

Exclusion :

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour tout trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique.

Sclérose en plaques

La sclérose en plaques est définie comme le diagnostic formel d'au

moins un des troubles suivants :

- au moins deux poussées distinctes, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux montrant des lésions multiples de démyélinisation,
- des anomalies neurologiques bien définies persistant pendant au moins 6 mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux montrant des lésions multiples de démyélinisation, ou
- une seule poussée confirmée par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux montrant des lésions multiples de démyélinisation s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois.

Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Surdité La surdité est définie comme le diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz.

Le diagnostic de surdité doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Transplantation d'un organe vital La transplantation d'un organe vital est définie comme un diagnostic formel de défaillance irréversible des fonctions du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, qui rend une transplantation médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation relative à une transplantation d'organe vital, la personne couverte doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, et la transplantation doit se limiter à ces organes.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date de la transplantation.

**Affections couvertes
pour les enfants
uniquement**

La couverture est prévue pour les maladies, interventions chirurgicales ou troubles définis ci-dessous.

Vous ne pouvez demander la garantie Maladies graves pour enfant que lorsque vous avez des enfants vivants.

Les enfants peuvent être assujettis soit à la *période moratoire d'exclusion pour les enfants* soit à la clause *Maladies préexistantes* indiquées ci-dessous. Le cas échéant, la *période moratoire d'exclusion pour les enfants* ou la clause *Maladies préexistantes* s'appliquent à toutes les affections couvertes pour lesquelles l'enfant est couvert.

En ce qui a trait :

- à vos enfants ou aux enfants de votre conjoint qui sont nés au cours de la période commençant 90 jours avant la date à laquelle vous avez été admis à la garantie Maladies graves pour enfant et se terminant 10 mois après cette date, la *période moratoire d'exclusion pour les enfants* s'applique.
- à vos enfants ou aux enfants de votre conjoint qui sont nés ou adoptés après l'expiration de la période de 10 mois suivant la date à laquelle vous avez été admis à la garantie Maladies graves pour enfant, ni la *période moratoire d'exclusion pour les enfants* ni la clause *Maladies préexistantes* ne s'appliquent.
- aux enfants autres que ceux qui sont décrits ci-dessus, la clause *Maladies préexistantes* s'applique à moins qu'une attestation de bonne santé ne soit exigée pour la couverture de l'enfant.

La couverture Maladies graves peut prendre fin pour un enfant et être maintenue pour vos autres enfants. Dans le cas où vous n'avez qu'un enfant vivant pour lequel la couverture prend fin, votre couverture au titre de la garantie Maladies graves pour enfant prend alors fin.

Toute mention à la personne couverte inclut les enfants.

**Cardiopathie
congénitale**

La cardiopathie congénitale est définie comme le diagnostic formel d'au moins une des affections cardiaques suivantes couvertes ou l'une des affections cardiaques décrites ci-dessous pour lesquelles une chirurgie à cœur ouvert est pratiquée afin d'y remédier.

Affections cardiaques couvertes :

- coarctation de l'aorte,
- maladie d'Ebstein,
- syndrome d'Eisenmenger,
- tétralogie de Fallot,
- transposition des gros vaisseaux.

Le diagnostic de l'affection cardiaque doit :

- être posé par un médecin spécialiste, et
- être confirmé au moyen de techniques d'imagerie cardiaque que nous jugeons acceptables.

La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Affections cardiaques couvertes si une chirurgie à cœur ouvert est pratiquée (les affections cardiaques suivantes sont couvertes seulement si une chirurgie à cœur ouvert est pratiquée pour remédier à au moins l'une d'entre elles :

- sténose aortique,
- communication interauriculaire,
- rétrécissement aortique sous-valvulaire modéré,
- sténose pulmonaire,
- communication interventriculaire.

Cette définition ne couvre pas les interventions suivantes :

- fermeture percutanée de la communication interauriculaire,
- interventions au moyen de cathéters, comme la valvuloplastie percutanée.

Le diagnostic de l'affection cardiaque doit être posé par un médecin spécialiste et la chirurgie doit :

- être recommandée par un médecin spécialiste,
- être considérée comme nécessaire à la suite de l'utilisation de techniques d'imagerie cardiaque que nous jugeons acceptables.

La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Diabète sucré de type 1

Le diabète sucré de type 1 est défini comme un diagnostic formel de diabète sucré de type 1 qui se manifeste chez la personne couverte par une absence totale d'insuline et une dépendance continue aux injections d'insuline exogène pour survivre. La dépendance à l'insuline doit persister pendant au moins 3 mois consécutifs.

Le diagnostic de diabète sucré de type 1 doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 90 jours après la date du diagnostic.

Dystrophie musculaire

La dystrophie musculaire est définie comme un diagnostic formel de dystrophie musculaire qui se manifeste chez la personne couverte par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par l'électromyographie et la biopsie musculaire.

Le diagnostic de dystrophie musculaire doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Fibrose kystique

La fibrose kystique est définie comme un diagnostic formel de fibrose kystique qui se manifeste chez la personne couverte par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.

Le diagnostic de fibrose kystique doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Paralysie cérébrale

La paralysie cérébrale est définie comme le diagnostic formel d'un trouble neurologique non progressif qui affecte le contrôle des muscles. Elle est caractérisée par la spasticité et le manque de coordination des mouvements.

Le diagnostic de paralysie cérébrale doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Syndrome de Down Le syndrome de Down est défini comme un diagnostic formel de syndrome de Down, qui est confirmé par la présence de l'anomalie chromosomique associée à la trisomie 21.

Le diagnostic de syndrome de Down doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions Nous ne versons aucune prestation pour les maladies, interventions chirurgicales ou troubles qui ne sont pas expressément définis à la clause *Affections couvertes*.

Aucune prestation n'est payable pour les affections résultant directement ou indirectement de l'une des causes ci-dessous :

- tentative de suicide ou blessure intentionnellement provoquée par la personne couverte, qu'elle soit saine d'esprit ou non.
- acte d'hostilité de forces armées, insurrection, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.
- usage illégal ou illicite de drogues, de médicaments ou d'autres substances, usage abusif ou impropre de médicaments ou d'alcool.

Période moratoire d'exclusion pour les enfants Votre enfant ou l'enfant de votre conjoint est exclu de la couverture Maladies graves si :

- l'enfant est né dans les 90 jours précédant la date à laquelle vous avez obtenu la couverture Maladies graves pour enfant, ou
- l'enfant est né à la date à laquelle vous avez obtenu la couverture Maladies graves pour vos enfants existants ou dans les 10 mois suivants,

et, avant la naissance de l'enfant ou dans les 90 jours suivant sa naissance :

- on diagnostique chez cet enfant l'une ou l'autre des affections couvertes,
- ou l'enfant présente des signes ou symptômes d'une affection couverte, ou subit des examens menant au diagnostic d'une affection couverte dans les 5 ans de la naissance de l'enfant.

*Maladies
préexistantes*

Pour tout montant de couverture

- n'ayant pas nécessité la présentation d'une attestation de bonne santé,
- et qui est en vigueur depuis moins de 12 mois au titre de la garantie Maladies graves de l'employeur,

aucune prestation n'est versée relativement à une affection couverte qui est attribuable à une blessure, à une maladie ou à une affection (qu'un diagnostic ait été établi ou non) pour lesquelles la personne couverte a, au cours des 12 mois précédant la date d'effet de la couverture,

- présenté des symptômes, consulté un médecin ou un autre praticien,
- ou reçu des soins, des conseils ou des traitements d'ordre médical,
- ou aurait consulté un médecin ou un autre praticien si elle avait agi comme l'aurait fait toute personne raisonnablement prudente ayant subi la blessure en cause, ou souffrant de la maladie ou de l'affection en cause.

Si, après la cessation de sa couverture, la personne est réadmise à la présente garantie, la Sun Life se base sur la date la plus récente de son admission lorsqu'il y a lieu d'appliquer la restriction ci-dessus.

La présente exclusion est supprimée dans le cas où la période moratoire d'exclusion pour les enfants s'applique ou dans le cas de tout enfant du salarié ou du conjoint du salarié qui est né ou adopté plus de 10 mois après la date à laquelle le salarié a été admis à la garantie Maladies graves pour enfant.

Transférabilité

En cas de cessation de votre couverture Maladies graves pour toute autre raison qu'à votre demande expresse, vous pouvez demander le transfert de cette couverture à un contrat d'assurance collective contre les maladies graves de la Sun Life établi à cet effet, sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé.

En cas de cessation de la couverture Maladies graves de votre conjoint pour toute autre raison qu'à votre demande expresse, votre conjoint peut demander le transfert de cette couverture à un contrat d'assurance collective contre les maladies graves de la Sun Life établi à cet effet, sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé. La couverture des enfants à charge n'est pas transférable.

La demande doit être présentée dans les 31 jours qui suivent la cessation de la couverture Maladies graves.

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

Demande de règlement

La déclaration de l'affection doit être présentée à la Sun Life dès qu'il est raisonnablement possible de le faire après la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale. Dès réception de la déclaration de l'affection, nous fournissons au demandeur les formulaires de demande de règlement appropriés. La déclaration de l'affection doit être reçue avant l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale et l'attestation de l'affection doit être reçue avant l'expiration d'un délai de 90 jours à compter de cette même date.

Le fait de ne pas présenter la déclaration ou l'attestation de l'affection dans les délais prévus ci-dessus n'a pas pour effet d'invalider la demande de règlement s'il est établi qu'elles ont été présentées aussitôt qu'il était raisonnablement possible de le faire. Cependant, la déclaration et l'attestation de l'affection ne peuvent, en aucun cas, être présentées plus d'un an après le diagnostic ou l'intervention chirurgicale.

Best Doctors

Les services offerts par Best Doctors ne sont ni assurés ni gérés par la Sun Life.

Si vous ou votre conjoint êtes couverts par la garantie Maladies graves, vous, votre conjoint et vos enfants avez accès aux services de Best Doctors. Si seuls vos enfants sont couverts par la garantie Maladies graves, les services de Best Doctors ne sont pas offerts.

Best Doctors offre une variété de services pouvant être utiles si une personne pense qu'elle est atteinte d'une maladie grave ou si un diagnostic de maladie grave a été établi à son endroit, même s'il ne s'agit pas d'une affection couverte par la présente garantie Maladies graves. Pour utiliser ce service, veuillez appeler Best Doctors au 1 877 419-BEST (2378).

Responsabilité de la Sun Life

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

La Sun Life ne peut garantir la disponibilité des services de Best Doctors.

Assurance-vie

Description générale de la garantie L'assurance-vie prévoit le versement d'un capital à votre bénéficiaire si vous décédez en cours de couverture. L'assurance-vie des personnes à charge prévoit le versement d'un capital en cas de décès de toute personne à votre charge en cours de couverture.

Votre assurance-vie de base

Capital Le capital de votre assurance-vie est égal à 2 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$, comme il est indiqué sous Option 1 dans le tableau ci-dessous. Le capital maximal est de 1 000 000 \$.

Attestation de bonne santé Une attestation de bonne santé est exigée pour toute couverture venant en excédent de 600 000 \$, et lorsque cette couverture est augmentée dans une proportion égale ou supérieure à 25% ou à 25 000 \$, si cette dernière somme est plus élevée. La couverture ne peut prendre effet avant que la Sun Life n'accepte l'attestation.

Cessation de la couverture Votre couverture prend fin à votre départ à la retraite ou à votre 65^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

Votre assurance-vie facultative

	Option 1 (Assurance de base)	Option 2 (Assurance facultative)	Option 3 (Assurance facultative)	Option 4 (Assurance facultative)	Option 5 (Assurance facultative)
Capital	2 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$	3 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$	4 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$	5 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$	7 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$
Attestation de bonne santé	Voir ci-dessus.		Exigée pour tout montant		
Maximum global	1 000 000 \$ pour la couverture de base et la couverture facultative combinées				
Changement d'option	Vous ne pouvez changer d'option qu'au cours de la période d'adhésion ou dans les 31 jours suivant un <i>changement de situation personnelle</i> . Vous devez présenter une attestation de bonne santé si vous désirez augmenter votre couverture.				
Cessation de couverture	Votre couverture prend fin à votre départ à la retraite ou à votre 65 ^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i> .				

Assurance-vie facultative pour votre conjoint

	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5
Capital	10 000 \$	20 000 \$	50 000 \$	100 000 \$	150 000 \$
Attestation de bonne santé	Une attestation de bonne santé est exigée pour votre conjoint pour tout montant.				
Changement d'option	Vous ne pouvez changer d'option qu'au cours de la période d'adhésion ou dans les 31 jours suivant un <i>changement de situation personnelle</i> . Vous devez présenter une attestation de bonne santé pour votre conjoint si vous désirez augmenter sa couverture.				
Cessation de couverture	La couverture facultative du conjoint prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes : vous prenez votre retraite ou vous atteignez l'âge de 65 ans, ou votre conjoint atteint l'âge de 65 ans. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i> .				

Assurance-vie facultative pour vos enfants

	Option 1	Option 2	Option 3
<i>Capital</i>	5 000 \$	10 000 \$	20 000 \$
<i>Attestation de bonne santé</i>	Aucune		
<i>Changement d'option</i>	Vous ne pouvez changer d'option qu'au cours de la période d'adhésion ou dans les 31 jours suivant un <i>changement de situation personnelle</i> .		
<i>Cessation de couverture</i>	La couverture facultative des enfants prend fin à votre départ à la retraite ou à votre 65 ^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i> .		

Bénéficiaire

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

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

Si l'une des personnes à votre charge décède, la Sun Life vous règle, en votre qualité de participant, le capital de l'assurance couvrant cette personne.

Un bénéficiaire mineur ne peut recevoir personnellement un capital-décès au titre du régime tant qu'il n'a pas atteint l'âge de la majorité. Si vous résidez à l'extérieur du Québec et que vous désignez un mineur comme bénéficiaire, vous pourriez désigner une autre personne qui recevra le capital-décès pendant la minorité de votre bénéficiaire. Si vous résidez à l'extérieur du Québec et que vous ne désignez pas un fiduciaire, la Sun Life peut être tenue, aux termes des lois actuelles, de verser le capital-décès au tribunal ou à un tuteur ou à un curateur public. Si vous résidez au Québec, le capital-décès sera versé au(x) parent(s) ou au tuteur légal du mineur, en son nom. Vous pourriez aussi désigner vos ayants droit à titre de bénéficiaire et fournir à un fiduciaire des directives dans votre testament. Vous devriez consulter un conseiller juridique.

Suicide

Si vous ou votre conjoint êtes couvert par l'assurance-vie facultative, le décès par suicide, conscient ou non, n'ouvre pas droit au règlement de toute tranche d'assurance-vie qui est en vigueur depuis moins de 2 ans. Toutefois, nous rembourserons le total des primes versées au titre de l'assurance en cause.

Garantie en cas d'invalidité totale

Si vous êtes atteint d'invalidité totale et que vous n'avez pas encore atteint l'âge de 65 ans ni pris votre retraite, vous demeurez couvert par l'assurance-vie, sans qu'aucune prime ne soit exigible, tant que votre invalidité totale subsiste. L'assurance ainsi maintenue est assujettie aux dispositions du contrat qui étaient en vigueur au début de votre invalidité totale, y compris celles qui portent sur la réduction et sur la cessation de l'assurance.

Une attestation de votre invalidité totale doit parvenir à la Sun Life dans les 12 mois suivant le début de votre invalidité. Par la suite, nous pouvons exiger, lorsque nous l'estimons nécessaire, une attestation établissant que cette invalidité subsiste.

Si l'attestation d'invalidité totale est acceptée après la prise d'effet d'un contrat d'assurance-vie individuelle établi par suite de la transformation de l'assurance-vie collective, le capital de l'assurance-vie collective est diminué du capital prévu par le contrat individuel, à moins que le contrat individuel ne soit cédé en contrepartie du remboursement des primes.

L'invalidité totale doit subsister :

- pendant une période ininterrompue d'au moins 6 mois,
- ou pendant le délai de carence de la garantie Invalidité de longue durée, si vous avez droit à des prestations d'Invalidité de longue durée, si ce délai est plus court.

L'assurance-vie est maintenue sans qu'aucune prime ne soit exigible, à compter de la date du début de l'invalidité totale, jusqu'à la date de cessation de votre invalidité totale ou jusqu'à la date à laquelle vous omettez de présenter à la Sun Life toute attestation d'invalidité totale exigée, si cette dernière date est antérieure.

L'assurance-vie facultative du conjoint est également maintenue, sans

qu'aucune prime ne soit exigible, tant que les primes de votre assurance-vie n'ont pas à être payées, mais pas au-delà de la date de résiliation de l'assurance-vie facultative du conjoint.

L'assurance-vie facultative des enfants est également maintenue, sans qu'aucune prime ne soit exigible, tant que les primes de votre assurance-vie n'ont pas à être payées, mais pas au-delà de la date de résiliation de l'assurance-vie facultative des enfants.

En ce qui a trait à votre assurance-vie, vous êtes considéré comme totalement invalide si vous êtes empêché par la maladie d'exercer quelque profession qui convienne à votre formation ou à l'expérience que vous avez ou que vous pourriez acquérir. Cependant, si vous êtes considéré comme totalement invalide en vertu de la garantie Invalidité de longue durée, vous l'êtes également aux termes de l'assurance-vie.

Transformation de l'assurance-vie collective

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

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

Dans le cas où il est nécessaire de le faire pour respecter les lois pertinentes : Si la couverture prévue par l'assurance-vie de votre enfant prend fin en raison de la cessation de votre assurance-vie, vous pouvez demander la transformation de l'assurance-vie collective qui a pris fin en assurance-vie individuelle, sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé.

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

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

**Demande de
règlement**

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

Décès et mutilation accidentels

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

Votre couverture de base

Capital Le capital de votre garantie Décès et mutilation accidentels de base est égal au capital de votre assurance-vie de base.

Cessation de la couverture Votre couverture prend fin à votre départ à la retraite ou à votre 65^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

Votre couverture Décès et mutilation accidentels facultative

	Participant	Conjoint	Enfant
Option 1 <i>(Assurance de base)</i>	2 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$	Aucune couverture	Aucune couverture
Option 2 <i>(Assurance facultative)</i>	3 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$	Aucune couverture	Aucune couverture
Option 3 <i>(Assurance facultative)</i>	4 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$	50% de votre couverture	15% de votre couverture
Option 4 <i>(Assurance facultative)</i>	5 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple	60% de votre couverture	Aucune couverture

	supérieur de 1 000 \$		
Option 5 <i>(Assurance facultative)</i>	7 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$	Aucune couverture	20% de votre couverture
Maximum global	1 600 000 \$ pour toutes les couvertures de base et les couvertures facultatives du participant et des personnes à charge combinées		
Attestation de bonne santé	Aucune		
Changement d'option	Vous ne pouvez changer d'option qu'au cours de la période d'adhésion ou dans les 31 jours suivant un <i>changement de situation personnelle</i> .		
Cessation de couverture	<p>Votre couverture facultative prend fin à votre départ à la retraite ou à votre 65^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i>.</p>	<p>La couverture facultative du conjoint prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes : vous prenez votre retraite ou vous atteignez l'âge de 65 ans, ou votre conjoint atteint l'âge de 65 ans. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i>.</p>	<p>La couverture facultative des enfants prend fin à votre départ à la retraite ou à votre 65^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i>.</p>

Prestations

Nous versons des prestations si vous ou votre conjoint :

- décédez accidentellement par noyade.
- disparaissiez par suite de la destruction, de la submersion, de l'atterrissage forcé, de l'échouement ou de la disparition accidentels du véhicule dans lequel vous vous trouviez et que votre corps n'est pas retrouvé dans l'année qui suit. Il ne doit exister aucune indication que vous ou votre conjoint êtes toujours vivant.
- subissez un accident, y compris tout accident causé par un phénomène naturel, qui conduit directement à votre décès ou à celui de votre conjoint, ou à l'une des autres pertes ci-dessous, dans l'année qui suit.

La prestation que nous versons est égale à un pourcentage du capital de

la garantie Décès et mutilation accidentels. Le pourcentage diffère selon la nature de la perte. Le tableau ci-après indique le pourcentage prévu pour chaque perte.

TABLEAU DES PRESTATIONS

Décès	100%
Perte des deux bras ou des deux jambes	100%
Perte des deux mains ou des deux pieds	100%
Perte d'une main et d'un pied	100%
Perte d'une main ou d'un pied, et de la vision d'un oeil	100%
Perte d'un bras ou d'une jambe	75%
Perte d'une main ou d'un pied	75%
Perte de quatre doigts de la même main	33 1/3%
Perte du pouce et de l'index de la même main	33 1/3%
Perte de quatre orteils du même pied	25%
Perte de l'usage des deux bras ou des deux jambes	100%
Perte de l'usage des deux mains ou des deux pieds	100%
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	75%
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied	75%
Perte de la vision des deux yeux	100%
Perte de l'usage de la parole et surdité des deux oreilles	100%
Perte de la vision d'un oeil	75%
Perte de l'usage de la parole	75%
Surdité des deux oreilles	75%
Surdité d'une oreille	25%
Quadriplégie	200%
Paraplégie	200%
Hémiplégie	200%

Lorsqu'une personne subit plusieurs pertes à un membre, par suite du même accident, seule la prestation la plus élevée est versée. Les prestations versées pour l'ensemble des pertes subies dans un même accident ne peuvent dépasser 100% du capital de la garantie, ou 200% dans les cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie.

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

La perte de l'usage doit être totale et elle doit avoir subsisté pendant au moins un an. Avant que nous versions des prestations, vous devez présenter une attestation établissant que la perte est définitive.

Limite

Si plus d'une personne couverte par le contrat collectif subit, dans le même accident, des pertes ouvrant droit à des prestations, la Sun Life verse un maximum de 3 000 000 \$ pour l'ensemble des pertes résultant de l'accident.

Si le total des prestations payables en raison de l'accident est supérieur au maximum de 3 000 000 \$, nous appliquons à ces 3 000 000 \$ le pourcentage que représentaient les prestations de chaque personne par rapport au total des prestations. Nous versions relativement à chacune de ces personnes la somme ainsi obtenue.

Transport de la dépouille

Si vous décédez à 100 kilomètres ou plus de votre domicile et que le décès résulte directement d'un accident, nous versions jusqu'à concurrence de 10 000 \$ pour le transport de la dépouille au lieu de l'inhumation ou de l'incinération. Nous réglons les frais raisonnables et de pratique courante pour ce service et nous ne versions des prestations que dans la mesure où les frais ne sont pas remboursables par un tiers ou en vertu d'un autre contrat ni couverts par une autre garantie du présent régime.

Nous avons la faculté de verser ces prestations à toute personne qui a engagé des frais pour le transport de la dépouille ou qui peut réclamer le règlement de ces frais à vos ayants droit. La Sun Life est tenue quitte de tout paiement qu'elle effectue ainsi de bonne foi.

Programme de réadaptation

Si vous subissez une perte, autre que le décès, nous réglons les frais engagés pour votre réadaptation, jusqu'à concurrence de 10 000 \$. Seuls les frais liés au programme de réadaptation qui sont raisonnables et de pratique courante sont réglés. Les frais courants comme les frais de logement, de pension, de transport ou d'habillement ne sont pas remboursés.

Nous devons approuver le programme de réadaptation et les frais doivent être engagés en cours de couverture et dans les 3 ans qui suivent l'accident. Nous ne versons des prestations que dans la mesure où les frais ne sont pas remboursables par un tiers ou en vertu d'un autre contrat ni couverts par une autre garantie du présent régime.

Nous approuvons le programme de réadaptation en fondant notre décision sur les chances de succès de la réadaptation. La réadaptation consiste en une formation que vous devez recevoir, par suite de la perte, pour être apte à exercer une nouvelle profession.

Formation professionnelle du conjoint

Si vous décédez et que le décès résulte directement d'un accident, nous réglons, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, les frais de formation engagés par votre conjoint pour acquérir les compétences qui lui manquent et qui sont nécessaires à l'exercice d'une profession. Seuls les frais liés au programme de formation professionnelle qui sont raisonnables et de pratique courante sont réglés. Les frais courants comme les frais de logement, de pension, de transport ou d'habillement ne sont pas remboursés.

Tous les frais doivent être approuvés par nous et être engagés dans les 3 ans qui suivent l'accident. Nous ne versons des prestations que dans la mesure où les frais ne sont pas remboursables par un tiers ou en vertu d'un autre contrat ni couverts par une autre garantie du présent contrat.

Nous approuvons le programme de formation en fondant notre décision sur les chances de succès de la formation.

Études des enfants

Si vous décédez et que le décès résulte directement d'un accident, nous réglons les frais d'études post-secondaires engagés par l'enfant à charge. La prestation annuelle maximale payable à l'enfant est égale à 5% du capital de la garantie à concurrence de 5 000 \$, et elle est payable pendant 4 ans au maximum. L'enfant doit s'inscrire à titre d'étudiant à temps plein dans l'année qui suit votre décès.

Seuls les frais d'études qui sont raisonnables et de pratique courante sont réglés. Les frais courants comme les frais de logement, de pension, de transport ou d'habillement ne sont pas remboursés. En outre, aucun paiement n'est effectué pour les frais d'études engagés avant votre décès.

Transport d'un membre de la famille

Si vous subissez une perte résultant directement d'un accident et que vous êtes hospitalisé dans un hôpital situé à au moins 150 kilomètres de votre domicile, nous réglons, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, les frais raisonnables et de pratique courante engagés pour le transport d'un membre de votre famille immédiate vers le lieu où se trouve l'hôpital et pour son logement dans un hôtel situé à proximité de l'hôpital. On entend par membre de la famille immédiate votre conjoint, père, mère, enfant, frère ou soeur.

Nous remboursons les frais de transport en automobile au taux de 0,20 \$ le kilomètre. Le transport doit se faire par le chemin le plus direct, à destination et en provenance du lieu où est situé l'hôpital. Nous ne versons des prestations que dans la mesure où les frais ne sont pas remboursables par un tiers ou en vertu d'un autre contrat ni couverts par une autre garantie du présent régime.

Prestation pour agression criminelle

Si vous subissez une perte à la suite d'un acte délibéré d'une autre personne (à l'exclusion d'un collègue ou d'un membre de votre famille ou de votre ménage), nous versons une prestation égale à 20 000 \$.

Par acte délibéré, on entend un crime, une tentative de crime, un délit, une tentative de délit, une émeute ou un début d'émeute qui :

- est dirigé contre votre employeur dans le cours normal des activités de son entreprise, contre vous en votre qualité de représentant de votre employeur, ou contre les biens de votre employeur;
- n'est pas une infraction aux règlements de la circulation telle qu'elle est définie en vertu des lois provinciales applicables sur les véhicules motorisés;

Les termes crime, délit et émeute comprennent, sans s'y limiter, le cambriolage, le vol, l'attentat à la bombe, l'enlèvement, le détournement, le vol simple, l'attentat commis par un tireur fou, le

meurtre, l'émeute ou l'incitation à l'émeute. Le code juridique de la province où la perte a eu lieu prévaut.

Garantie en cas d'invalidité totale

Si vous êtes atteint d'invalidité totale en cours de couverture et que les primes de l'assurance-vie cessent d'être exigibles, vous demeurez également couvert par la garantie Décès et mutilation accidentels sans qu'aucune prime ne soit exigible, tant que les primes de votre assurance-vie n'ont pas à être payées, mais non au-delà de l'âge de 65 ans ou de la date de résiliation de la garantie Décès et mutilation accidentels.

La couverture des personnes à charge est également maintenue, sans qu'aucune prime ne soit exigible, jusqu'à ce que se réalise l'une des situations suivantes :

- l'exonération des primes de votre assurance-vie prend fin.
- vous atteignez l'âge de 65 ans.
- la garantie Décès et mutilation accidentels du personnel est résiliée.

Toutefois, la couverture de votre conjoint ne sera pas maintenue au-delà de la date de résiliation de la garantie Décès et mutilation accidentels facultative du conjoint ou du 65^e anniversaire de naissance de votre conjoint. La couverture de vos enfants ne sera pas maintenue au-delà de la date de résiliation de la garantie Décès et mutilation accidentels facultative des enfants.

Le capital de la garantie ainsi maintenue est assujéti aux dispositions du contrat collectif qui étaient en vigueur au début de l'invalidité totale.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable relativement aux pertes :

- résultant de blessures provoquées par la personne couverte, notamment à l'occasion de la manipulation d'une arme à feu.
- résultant de l'absorption de drogues.
- résultant de l'inhalation d'oxyde de carbone.
- résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non.

- occasionnées par un vol à bord de tout appareil de navigation aérienne, un saut hors de l'appareil ou une exposition à un danger inhérent à cet appareil, dans l'un des cas suivants :
 - la personne recevait une formation en aéronautique.
 - elle exerçait une fonction rattachée à l'appareil.
 - elle était transportée pour faire du parachutisme.
 - elle était militaire et l'appareil était placé sous l'autorité de l'armée.
- résultant d'un acte d'hostilité de forces armées, d'une insurrection, ou de la participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- attribuables au service à temps plein dans les forces armées de quelque pays que ce soit.
- résultant de la participation à la perpétration d'un acte criminel.

Transformation

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

Ce droit s'applique également à la couverture de votre conjoint, mais il ne s'applique pas à la couverture des enfants à charge.

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

Demande de règlement

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

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

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

Protection des renseignements personnels

À la Financière Sun Life, la protection des renseignements personnels vous concernant est une priorité. Nous conservons à nos bureaux un dossier confidentiel contenant des renseignements personnels sur vous ainsi que sur les contrats que vous avez auprès de notre organisation. Nous constituons ces dossiers dans le but de vous offrir des produits et des services de placement et d'assurance qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Seuls les employés, les représentants et les tiers fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion et du traitement du ou des contrats que vous avez auprès de notre organisation et des services s'y rapportant, nos réassureurs ainsi que toute autre personne que vous autorisez à le faire, peuvent avoir accès aux renseignements personnels vous concernant. Dans certains cas, ces personnes peuvent être établies dans des territoires hors du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers. Vous avez le droit de consulter les renseignements contenus dans votre dossier et, s'il y a lieu, de les faire corriger en nous le demandant par écrit.

À votre choix

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

Pour en savoir davantage au sujet de nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web à l'adresse www.sunlife.ca. Pour obtenir de plus amples renseignements concernant nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels, par courriel (responsableprotectionvieprivee@sunlife.com) ou par la poste (Responsable de la protection des renseignements personnels, Financière Sun Life, 225, rue King Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3C5).

