



Régime Options équipe TELUS

Pour les membres de l'équipe de première ligne, directeurs de magasin adjoints et directeurs de magasin à temps plein de et TELUS Vente au détail Itée

Table des matières

INTRODUCTION	1
APERÇU	2
Protections de base	
Dollars santé	
Personnes à charge	
Faites votre régime	
Pour modifier vos régimes	
Coordination des prestations	
AVANTAGES SOCIAUX	8
Assurance accidents	
Assurance accidents en voyage d'affaires	
Assurance invalidité de courte durée	
Assurance invalidité de longue durée	
Assurance maladies graves	
Assurance vie	
Compte Soins de santé	
Congé pour des raisons personnelles et Vacances	
Soins dentaires	
• Soins dentaires de base	
• Soins dentaires majeurs	
• Soins d'orthodontie	
Soins médicaux complémentaires	
• Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays	
• Fournitures et appareils médicaux	
• Soins paramédicaux	
• Médicaments d'ordonnance	
• Soins de la vue	
Vacances	
Glossaire	85
Annexe I – Aperçu des tarifs des Options d'avantages sociaux de l'Équipe TELUS pour 2020	88
Annexe II – Promoteurs, règlement, personnes-ressources et assistance	92

Le présent document offre un aperçu des régimes d'avantages sociaux pour les membres de l'équipe de première ligne, directeurs de magasin adjoints et directeurs de magasin à temps plein de TELUS Vente au détail Itée. Les membres de l'équipe doivent être résidents du Canada.

Le guide est un sommaire et, à ce titre, il ne peut pas contenir tous les détails des régimes. En cas de divergence, les prestations seront versées conformément aux documents officiels du régime, aux contrats et aux lois applicables.

Introduction

Vos régimes d'avantages sociaux représentent une partie importante de votre régime de rémunération global à TELUS.

Il est important que vous compreniez les différents éléments de ces régimes afin de choisir les options qui répondent le mieux à vos besoins et à ceux de votre famille. Vous constaterez que les Options d'avantages sociaux de l'Équipe TELUS vous permet de personnaliser les avantages en fonction de vos besoins.

Ce guide comporte des renseignements détaillés sur chacun des avantages sociaux. Il compte deux Annexes :

L'[Annexe I](#) est un résumé des dollars santé et des tarifs pour l'année en cours et vous fournit tout le nécessaire à propos des coûts avant votre inscription.

L'[Annexe II](#) comprend l'information suivante :

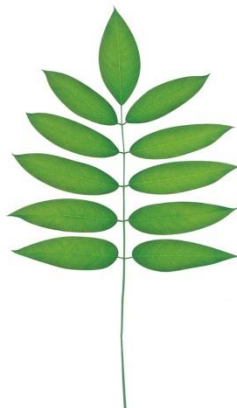
- Promoteurs des régimes d'avantages sociaux et demandes de règlement
- Questions et réponses
- Personnes-ressources et assistance

Une fois que vous avez choisi vos régimes, vous pouvez vous inscrire facilement et rapidement en utilisant l'outil en ligne du régime d'avantages sociaux dans go/flexit360.

La période de validité du régime d'avantages sociaux est du 1^{er} mars 2020 au 28 février 2021.

Besoin d'aide?

- Communiquez avec infoRH en visitant mesRH pour :
 - poser une question par [clavardage](#) ou par [courriel](#)
 - clavarder directement avec un membre de l'équipe infoRH.au 1-866-899-8999



Aperçu des Options d'avantages sociaux de l'Équipe TELUS

En vertu des Options d'avantages sociaux de l'Équipe TELUS, vous profitez d'un ensemble d'avantages sociaux payés par TELUS (les protections de base) et vous recevez également un montant payé par l'employeur (dollars santé). Vous choisissez ensuite la meilleure façon d'utiliser ces dollars santé et de personnaliser votre régime.

Si vous êtes un nouveau membre de l'équipe, vos protections de base (à l'exception de l'assurance invalidité de courte durée) entrent en vigueur dès votre premier jour de travail. Toutes les autres protections et celle de vos personnes à charge sont rétroactives au jour de votre entrée en service après votre inscription. Si vous vous inscrivez durant la période d'inscription annuelle, les protections commencent le 1^{er} mars.

Protections de base

Les protections de base comprennent les avantages sociaux suivants payés par TELUS :

- Assurance accidents de l'employé
- Assurance accidents en voyage d'affaires
- Assurance invalidité de courte durée
- Assurance vie de l'employé
- Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays
- Psychologie/orthophonie

Dollars santé

Chaque année, vous obtenez un montant de dollars santé TELUS déterminé selon le nombre de personnes que vous devez couvrir en vertu de vos régimes. Vous pouvez utiliser vos dollars santé pour payer votre protection de soins médicaux et dentaires. Vous pouvez également les verser à votre Compte Soins de santé ou les ajouter à votre salaire sous forme de revenu imposable, ou une combinaison de ces deux options.

Si vous sélectionnez une option de couverture plus étendue, vous payez le coût supplémentaire de la protection non couverte par vos dollars santé au moyen de retenues salariales après impôt.

Personnes à charge

Les personnes à charge admissibles sont les résidents du Canada qui sont :

- Le conjoint : la personne légalement mariée au membre de l'équipe, ou la personne qui vit maritalement depuis au moins six mois avec le membre de l'équipe. Le conjoint doit être retiré du régime d'avantages sociaux au plus tard dans les six mois suivant la séparation.
- Les enfants à charge (biologiques, adoptés ou dont le membre de l'équipe est le tuteur légal*) qui dépendent grandement du membre de l'équipe sur le plan financier, qui ne sont pas mariés et ayant:
 - moins de 21 ans (ou n'importe quel âge s'ils sont handicapés**)
 - entre 21 et 24 ans inclusivement s'ils fréquentent à temps plein un collège, une université ou toute autre institution d'enseignement reconnue***

* La tutelle légale doit être obtenue en vertu des lois canadiennes, et le tuteur doit fournir une ordonnance d'un tribunal comme preuve.

** La couverture pour une personne à charge invalide de n'importe quel âge est uniquement offerte aux personnes déjà couvertes par les régimes de TELUS à titre d'enfant à charge admissible.

*** La couverture pour soins médicaux complémentaires à l'intention des personnes à charge qui fréquentent l'école à temps plein se termine à la fin de l'année où ces personnes atteignent 25 ans. Au Québec, selon les exigences de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), ces personnes à charge peuvent maintenir leur couverture jusqu'à leur 26^e anniversaire de naissance. Si vous êtes un membre de l'équipe du Québec et que vous devez prolonger la couverture d'une personne à charge dans cette situation, vous devez téléphoner à mesRH pour le traitement de ce prolongement.

Remarque :

Cette définition s'applique à tous les avantages sauf pour le compte Soins de santé et les régimes d'assurance maladie provinciaux, où les personnes à charge sont définies différemment.

Vous pourriez avoir à prouver qu'une personne que vous avez désignée comme personne à charge satisfait aux critères de la définition d'une personne à charge.

Faites votre régime

Vous pouvez choisir parmi les avantages suivants :

- Assurance accidents
- Assurance invalidité de longue durée
- Assurance maladies graves
- Assurance vie
- Compte Soins de santé
- Soins dentaires
 - Soins dentaires de base
 - Soins dentaires majeurs et d'orthodontie

- Soins médicaux complémentaires
- Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays et services et appareils médicaux
 - Médicaments d'ordonnance
 - Soins paramédicaux et de la vue

Avantages par défaut : première inscription

Si vous ne vous inscrivez pas, votre protection par défaut comprendra seulement les éléments suivants :

- Assurance accidents : option 2 – 1 x salaire
- Assurance accidents en voyage d'affaires
- Assurance vie : protection de base – 1x salaire
- Invalidité de courte durée
- Invalidité de longue durée (payée par l'employé) : 60 % de votre salaire plus la rémunération des ventes de l'année précédente
- Soins médicaux complémentaires
 - Médicaments d'ordonnance : option 3 – aucune franchise, niveaux 80 %/70 %/25 %
 - Soins paramédicaux et soins de la vue : option 3 – 150 \$ pour les soins de la vue, 500 \$ pour les soins paramédicaux
 - Fournitures et services médicaux/Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays : option 2 – remboursement à 70 %
- Soins dentaires
 - Soins dentaires de base : option 2 – 100 %, examens de rappel aux 12 mois, Max 400 \$

- Soins dentaires majeurs et soins d'orthodontie : option 1 – aucune protection

Votre protection par défaut NE COMPREND PAS :

- Assurance vie, assurance accidents et assurance maladies graves facultatives de l'employé, du conjoint et des enfants à charge
- Compte Soins de santé

Remarque : *Votre succession est le bénéficiaire par défaut.*

Pour modifier vos régimes

Vous pouvez modifier votre régime aux dates suivantes : au moment de l'adhésion annuelle (pour les modifications entrant en vigueur le 1^{er} mars) et à la suite d'un événement marquant admissible.

Remarques : Certaines protections supérieures sont assujetties à une durée fixe de deux ans pendant laquelle aucun changement ne peut être apporté.

Événements marquants admissibles

Vous pouvez modifier au cours de l'année la plupart de vos régimes dans les 31 jours suivant un événement marquant, qui est défini comme suit :

- ajout d'un conjoint (mariage ou après six mois d'une union de fait)
- divorce ou séparation
- décès du conjoint ou d'un enfant
- naissance, adoption ou garde légale d'un enfant
- cessation de la protection de votre conjoint dans le cadre du programme d'avantages sociaux de son employeur

Ajout d'une personne à charge admissible (ne constitue pas un événement marquant)

Si vous devez ajouter une personne à charge admissible à vos protections actuelles de soins médicaux complémentaires ou de soins dentaires durant l'année, p. ex. l'ajout d'une personne à charge ayant dépassé l'âge limite, mais qui retourne aux études à temps plein, vous pouvez communiquer avec infoRH.

Coordination des prestations

Si votre conjoint adhère au régime d'avantages sociaux offert par son employeur et que ce régime permet la coordination des prestations d'assurance des soins médicaux et dentaires, vous devrez comparer ces avantages avec les vôtres afin de déterminer comment obtenir le remboursement maximal,

Il pourrait être avantageux pour vous et votre conjoint de vous inscrire l'un et l'autre, ainsi que vos enfants en tant que personnes à charge au titre des deux régimes, ou il pourrait être préférable que l'un de vous deux s'inscrive à un régime pour personne

seule (sans personnes à charge). Additionnez les coûts des régimes, comparez les franchises demandées et évaluez les frais médicaux et dentaires que vous prévoyez engager pendant l'année à venir.

Si vous pouvez coordonner les prestations, vous soumettez d'abord vos propres dépenses pour le remboursement par votre régime d'assurance pour soins médicaux complémentaires ou dentaires, puis au régime de votre conjoint

Votre conjoint, pour sa part, demande le remboursement de ses frais auprès de son propre régime, puis du vôtre.

Si vous avez des enfants à charge, soumettez d'abord les demandes de remboursement au régime du parent dont le mois de naissance arrive en premier dans l'année (il ne s'agit pas nécessairement du parent le plus âgé), puis au régime de l'autre parent. Si votre conjoint participe également aux Options d'avantages sociaux de l'Équipe TELUS, chaque personne reçoit ses dollars santé et vous pouvez coordonner les prestations.

En fin de compte

Chaque protection est assortie d'un coût. Dans certains cas, il s'agit d'un pourcentage de votre salaire, dans d'autres, il s'agit d'un tarif fixe ou encore d'un tarif établi en fonction de l'âge (au 1^{er} mars au début de l'année de prestations), du sexe et du fait que la personne protégée fume ou non.

Si le coût des options choisies excède votre solde de dollars santé, la différence est réglée par retenues salariales. Si le coût des options choisies est inférieur à votre solde de dollars santé, le montant restant sera versé à votre compte Soins de santé ou ajouté au montant de votre paie. Les dollars santé ajoutés à votre paie sont calculés au prorata et versés sur 24 paies. Ce montant est imposable.

Maintien de la protection pendant les périodes de congé

Congé d'invalidité

Si à cause d'une invalidité, vous touchez des prestations d'assurance invalidité de courte durée, votre assurance demeure en vigueur et les primes sont déduites de votre salaire. Si vous touchez des prestations d'assurance invalidité de longue durée, vous n'avez aucune prime à payer jusqu'à votre retour au travail ou jusqu'à votre 65^e anniversaire de naissance, tant que vous demeurez à l'emploi de TELUS, conformément aux modalités du régime applicable.

Congé de maternité, parental, de soignant ou pour proches aidants

Votre assurance demeure en vigueur pendant votre congé de maternité, parental, de soignant ou pour proches aidants et vous continuez à payer les primes applicables.

Autres congés

En cas de congé autorisé pour des raisons personnelles ou autres, vous devez conclure une entente avec le service des avantages sociaux pour que la protection soit maintenue pendant cette période. Vous serez responsable du coût des régimes d'avantages sociaux.

Fin de la protection

Votre protection du régime de soins médicaux complémentaires et de soins dentaires prend fin le jour où vous quittez votre emploi. Pour obtenir une protection personnelle, vous pouvez souscrire l'un des régimes individuels de la Sun Life en faisant une demande dans les 60 jours suivant la fin de votre régime d'avantages sociaux collectif, sous réserve des modalités du régime que vous choisissez.

L'assurance vie, l'assurance accidents et l'assurance maladies graves prennent fin à la première des éventualités ci-dessous :

- Vous atteignez l'âge de 72 ans
- Votre conjoint atteint l'âge de 72 ans (pour l'assurance du conjoint seulement)
- La fin de votre emploi
- Votre conjoint ou votre enfant ne correspond plus à la définition de personne à charge admissible

Vous pouvez convertir jusqu'à 200 000 \$ de votre protection de base et optionnelle en une police personnelle et jusqu'à 250 000 \$ de votre assurance accidents (voir Transformation de la protection).

Vous pouvez transformer la protection pour vous ou votre conjoint jusqu'à 100 000 \$ et jusqu'à 20 000 \$ pour votre enfant.

L'assurance invalidité de longue durée prend fin lors de la première des éventualités suivantes :

- Le jour même où vous n'êtes plus un employé actif.
- Le jour de votre cessation d'emploi.
- Six mois avant votre 65^e anniversaire.

Vous ne pouvez pas convertir votre assurance invalidité de longue durée en une police d'assurance privée.

Options d'avantages sociaux de l'Équipe TELUS

La présente section du guide décrit vos régimes d'avantages sociaux.

Régime d'assurance maladie provincial

Les régimes d'assurance maladie provinciaux couvrent les frais d'hospitalisation en salle, les honoraires des médecins et des chirurgiens et les frais des services de laboratoire et de radiologie requis. Les autres avantages sociaux varient selon la province.

Si vous avez des questions concernant les frais remboursés par votre assurance maladie provinciale, communiquez avec le ministère de la Santé de votre province de résidence.

Afin d'être admissibles à la protection au titre du volet de soins médicaux complémentaire du régime, vous devez être assuré en vertu du régime de santé provincial approprié. Si vous n'êtes pas admissible à une protection, vous devrez souscrire une assurance-maladie temporaire pour personnes en attente d'une couverture d'assurance maladie provinciale jusqu'à ce que vous soyez admissible au régime d'assurance maladie de votre province de résidence.

Votre régime d'avantages sociaux

Votre régime rembourse de nombreux frais médicaux qui ne sont pas couverts par votre régime de soins de santé provinciaux. Il vous suffit de choisir le niveau de protection qui répond le mieux à vos besoins.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des avantages pour lesquels vous avez des options. Les dollars santé et les coûts de ce régime se trouvent à l'[Annexe I](#).

	Soins médicaux complémentaires			Soins dentaires		Assurances			
	Médicaments d'ordonnance	Services paramédicaux / soins de la vue	Frais médicaux d'urgence à l'extérieur du pays ou de la province et Fournitures et appareils médicaux	Soins dentaires de base	Soins dentaires majeurs / Orthodontie	Assurance vie	Assurance accidents	Assurance invalidité de longue durée (ILD) – payée par le membre de l'équipe	
Moins de protection	Option 1	<ul style="list-style-type: none"> Renonciation (avec preuve d'une autre protection) 	<ul style="list-style-type: none"> Psychologie/ Orthophonie seulement : 5 000 \$ – inclus dans toutes les options de cette catégorie 	<ul style="list-style-type: none"> Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province/ du pays seulement : 100 % (max. viager 5 millions \$) 	<ul style="list-style-type: none"> Non disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> Non disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> 1 x salaire de base annuel 	<ul style="list-style-type: none"> Non disponible 	<ul style="list-style-type: none"> 60 % du salaire, non indexé Avantage non imposable
	Option 2	<ul style="list-style-type: none"> Franchise : 1 000 \$ Niveau 1 : 80 % Niveau 2 : 70 % Niveau 3 : 25 % 	<ul style="list-style-type: none"> Soins de la vue : examens de la vue seulement, aux 2 ans Services paramédicaux : 300 \$ combiné 	<ul style="list-style-type: none"> Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province/du pays : 100 % (max. viager 5 millions \$) Fournitures et appareils médicaux : 70 % 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % Rappel : 12 mois Max. 400 \$ 	<ul style="list-style-type: none"> Majeurs : 50 % max. : 1 000 \$** Ortho : 50 % max. : 2 500 \$** 		<ul style="list-style-type: none"> 1 x salaire de base annuel 	<ul style="list-style-type: none"> 60 % du salaire, indexé Avantage non imposable
	Option 3	<ul style="list-style-type: none"> Aucune franchise Niveau 1 : 80 % Niveau 2 : 70 % Niveau 3 : 25 % 	<ul style="list-style-type: none"> Soins de la vue : 150 \$ et examens de la vue aux 2 ans Services paramédicaux : 500 \$ combiné 	<ul style="list-style-type: none"> Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province/du pays : 100 % (max. viager 5 millions \$) Fournitures et appareils médicaux : 80 % 	<ul style="list-style-type: none"> 20 % Rappel : 12 mois Aucun maximum 	<ul style="list-style-type: none"> Majeurs : 70 % max. : 2 000 \$** Ortho : 50 % max. : 2 500 \$** 			
Plus de protection	Option 4	<ul style="list-style-type: none"> Aucune franchise Niveau 1 : 90 % Niveau 2 : 80 % Niveau 3 : 35 % 	<ul style="list-style-type: none"> Soins de la vue : 250 \$ et examens de la vue aux 2 ans Services paramédicaux : 1 000 \$ combiné** 		<ul style="list-style-type: none"> 80 % Rappel : 9 mois Aucun maximum 				
	Option 5		<ul style="list-style-type: none"> Soins de la vue : 350 \$ et examens de la vue aux 2 ans Services paramédicaux : 1 500 \$ combiné** 		<ul style="list-style-type: none"> 100 % Rappel : 9 mois Aucun maximum 				

Remarques :

- *Tous les maximums s'appliquent par personne.*
- *Tous les maximums sont payés en vertu du barème de la Sun Life, qui représente les frais usuels et coutumiers dans chaque province.*
- *Médicaments d'ordonnance : option 2 – une franchise de 1 000 \$ signifie que vous ne serez pas admissible à un remboursement jusqu'à ce que vos dépenses admissibles relatives à des médicaments d'ordonnance atteignent 1 000 \$ dans le cadre de votre régime de soins de santé complémentaires.*
- ** Vous devez conserver ces options pendant deux ans avant de pouvoir y apporter des modifications.*
- ***Les enfants de moins de 18 ans ont droit aux soins suivants :*
 - *Soins de la vue : un examen de la vue par année du régime*
 - *Soins dentaires de base : un examen de rappel tous les six mois*
- *Afin d'être admissibles à la protection au titre du volet de soins médicaux complémentaire du régime, vous devez être assuré en vertu du régime de santé provincial approprié. Si vous n'êtes pas admissible à une protection, vous devrez vous procurer un produit d'assurance médicale temporaire pour les personnes en attente de la couverture d'assurance maladie provinciale, jusqu'à ce que vous deveniez admissible à la protection du régime d'assurance maladie de votre province de résidence.*
- *Les membres de l'équipe du Québec doivent s'inscrire au minimum à l'option 3 de la protection de médicaments d'ordonnance, sauf s'ils présentent une preuve de couverture dans le cadre d'un autre régime. Les résidents du Québec doivent inscrire à leur régime d'avantages sociaux leur conjoint et leurs enfants à charge admissibles qui ne bénéficient pas d'une couverture dans le cadre d'un autre régime.*
- *Les membres de l'équipe résidant dans les provinces autres que le Québec doivent fournir une preuve d'adhésion à un autre régime s'ils n'adhèrent pas à la protection de médicaments d'ordonnance.*

Médicaments d'ordonnance

Le régime prévoit le remboursement des médicaments qui requièrent une ordonnance en vertu de la loi, qui portent un numéro d'identification du médicament, qui sont sous réserve des restrictions et caractéristiques de l'assurance médicaments et qui sont préparés par un pharmacien ou un médecin, notamment :

- les médicaments sous ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste;
- les contraceptifs d'ordonnance;
- les préparations d'insuline utilisées dans le traitement du diabète, ainsi que les fournitures nécessaires au contrôle de la glycémie, les aiguilles et les seringues;
- les sérums antiallergiques administrés par un médecin;
- les médicaments contre la stérilité (les coûts liés aux traitements contre la stérilité sont couverts sous la catégorie Fournitures et appareils médicaux. Vous devez bénéficier de la couverture pour les médicaments et pour les fournitures et appareils médicaux afin d'obtenir le remboursement des médicaments et des traitements). Les coûts liés aux médicaments contre la stérilité seront combinés à ceux des traitements connexes sous la catégorie Fournitures et appareils médicaux, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 15 000 \$.
 - Communiquez avec la Sun Life pour confirmer que les dépenses liées à votre traitement ou à vos médicaments contre la stérilité sont admissibles. Seules les demandes de règlement papier sont acceptées.
- les vitamines B-12 utilisées dans le traitement de l'anémie pernicieuse;
- les médicaments de désaccoutumance au tabac : maximum viager de 500 \$;
- certains médicaments en vente libre servant au maintien des fonctions vitales;

- les médicaments permettant la perte de poids (y compris les vitamines B6 et B12 administrées dans le cadre d'un programme supervisé par un médecin). Une autorisation préalable est requise. Maximum annuel de 1 800 \$ et maximum viager de 5 000 \$. Le remboursement comprend le coût des médicaments, pas le coût de l'injection ni de l'administration du médicament.
 - o Une autorisation préalable est requise. Il est possible d'obtenir un formulaire pour médicaments anti-obésité nécessitant une autorisation spéciale auprès de la Sun Life
 - le traitement de la dysfonction érectile est limité à un maximum de 1 200 \$ par année de garantie. ;
 - les narcotiques pour un maximum annuel de 3 000 \$.
- * Il est possible d'obtenir un formulaire d'approbation préalable de la Sun Life.

Remarque : *Les composés dont l'ingrédient principal ne nécessite aucune ordonnance ne sont pas couverts*

Restrictions et caractéristiques de l'assurance médicaments

TELUS gère le coût croissant des demandes de règlement pour médicaments d'ordonnance en s'associant à TELUS Santé et à la Sun Life pour développer et mettre en œuvre des programmes qui aideront à gérer les coûts de l'assurance médicaments. Voici les caractéristiques et restrictions de ces programmes :

- **Option 2 : franchise de 1 000 \$** – Si vous choisissez cette option, vous ne serez pas admissible à un remboursement jusqu'à ce que vos dépenses admissibles relatives à des médicaments d'ordonnance atteignent 1 000 \$ dans le cadre de votre régime de soins de santé complémentaires.
- **Remboursement des frais de médicaments selon différents niveaux :** L'approche à plusieurs niveaux pour le remboursement des frais de médicaments fait en sorte que vous obteniez le remboursement des médicaments dont vous avez besoin et que vous obteniez le médicament d'ordonnance ayant le meilleur rapport coût-efficacité. Le régime d'assurance médicaments Vers l'avant de TELUS reconnaît que: les nouveaux médicaments ou les médicaments plus coûteux ne sont pas nécessairement plus efficaces que les autres pour traiter la même affection, ce qui encourage l'utilisation de médicaments grandement recommandés par les professionnels de la médecine, efficaces sur le plan clinique, sécuritaires et offrant la meilleure valeur. Les médicaments sont examinés au moins dix fois par année par une équipe de professionnels de la santé, incluant des pharmaciens et des économistes de la santé regroupés au sein du Comité de gestion des formulaires de TELUS Santé et un groupe d'experts indépendants, le Comité externe d'évaluation des médicaments de TELUS Santé (CEEM). Les experts du CEEM s'appuient sur leur expertise en analyse clinique et pharmaco-économique pour fournir à TELUS Santé une évaluation objective.

Les médicaments sont classés selon trois niveaux :

Niveau 1 - Les médicaments génériques contiennent les mêmes ingrédients actifs que les autres équivalents de marque et coûtent moins cher. Les médicaments de marque pour lesquels un équivalent générique existe sont compris dans le niveau 1 et remboursés en fonction du plus bas prix du médicament générique.

Niveau 2 - Médicaments de marque pour lesquels aucun médicament générique n'existe, mais qui sont économiques, sécuritaires et grandement recommandés par les médecins comme thérapie de première ligne. Ce niveau comprend aussi les médicaments qui exigent une autorisation préalable, les vaccins, et certains médicaments assortis d'un montant maximal annuel ou viager. Par ex., médicaments pour fertilité, dysfonction érectile, perte de poids, abandon du tabac ou de la drogue. Pour certains médicaments de ce niveau, seule une demande de règlement papier est possible.

Niveau 3 - Médicaments qui ne sont pas génériques ou qui ne sont pas considérés comme des thérapies de première ligne dans le traitement de certaines maladies. Vous pouvez remplacer un médicament classé au niveau 3 par un médicament de substitution compris dans le niveau 1 ou 2, ou vous pouvez le conserver et payer plus cher. Discutez avec votre médecin des différentes options qui s'offrent à vous.

- Pour déterminer à quel niveau le médicament d'ordonnance appartient, consultez l'outil de recherche de médicaments de TELUS (go/druglookup). Dans cet outil, vous ne trouverez aucun médicament d'ordonnance pour lequel une demande de règlement papier est exigée. Veuillez communiquer avec la Sun Life pour confirmer le niveau de protection.
- **Frais d'exécution d'ordonnance** : Le montant maximal des frais d'exécution d'ordonnance admissible est de 9 \$ (par ordonnance). Ce montant est assujéti au niveau de remboursement de l'option choisie. Lorsque les frais d'exécution d'ordonnance ne sont pas ventilés du coût des médicaments, un pourcentage de la demande de règlement sera considéré comme des frais d'exécution d'ordonnance et le remboursement sera limité à 9 \$.
- **Versión générique** : Le régime de médicaments de TELUS prévoit le remplacement obligatoire par un médicament générique ou par un médicament de substitution à moindres coûts. Par conséquent, lorsque vous présentez votre carte-médicaments, le pharmacien doit automatiquement préparer la version générique du médicament qui vous a été prescrit ou le médicament de substitution le moins coûteux. Si vous optez pour le médicament de marque malgré l'existence d'un équivalent générique, vous serez remboursé en fonction du niveau du médicament générique ou du prix le moins élevé.
- **Programme d'autorisation préalable** : Il peut être nécessaire d'obtenir une autorisation préalable pour une nouvelle ordonnance de médicaments de spécialité précis. Afin d'obtenir une autorisation préalable, votre médecin doit remplir un formulaire et l'envoyer à la Sun Life avant que votre médicament soit remboursé. Ainsi, si vous achetez un des médicaments couverts dans le cadre du programme d'autorisation préalable avant d'obtenir l'autorisation, vous devrez payer pour le médicament à la pharmacie et faire une demande d'autorisation. Une fois la demande approuvée, vous pouvez soumettre le reçu de votre achat avec une demande de règlement à la Sun Life pour être remboursé. Une fois l'autorisation accordée, vous pouvez utiliser votre carte d'assurance médicaments pour payer le médicament. Veuillez consulter le site web ou l'application mobile de la Sun Life pour obtenir des renseignements à jour sur notamment les noms des médicaments touchés par ce programme.
- **Programme d'entretien** : Dans le cadre du programme d'entretien de la Sun Life, lorsque cela est possible, vous pouvez obtenir des renouvellements à long terme (c.-à-d. des médicaments d'entretien) pour des provisions de médicaments de trois à six mois au lieu d'être obligé de renouveler l'ordonnance chaque mois. En réduisant le nombre de visites chez le médecin ou à la pharmacie pour renouveler les ordonnances, TELUS

et vous gagnez du temps et économisez de l'argent (par la diminution des frais d'exécution d'ordonnance). Les prescriptions pour les médicaments d'entretien sont limitées à cinq par année. Une fois cette limite atteinte, les frais d'exécution d'ordonnance ne seront plus couverts jusqu'à la prochaine année du régime.

- **Quantités d'essai** : Lorsque cela est approprié, les nouvelles ordonnances sont préparées en quantités d'essai. Le programme d'ordonnance d'essai de la Sun Life cible les médicaments qui sont reconnus comme ayant potentiellement plus d'effets secondaires. Ce programme ne comprend pas les médicaments qui sont normalement préparés en plus petites quantités, les médicaments qui doivent être délivrés dans leur emballage original, ou les médicaments qui doivent être pris pendant des périodes plus longues pour être efficaces. Le programme contribue à diminuer une partie du gaspillage et des coûts inutiles qui surviennent lorsque l'ordonnance originale ne produit pas les résultats escomptés pour le patient.

Lorsque vous présenterez votre carte pour obtenir un médicament qui fait partie de ce programme, le pharmacien vous suggérera de commencer par une quantité initiale, généralement une provision d'une semaine. Si le médicament vous convient (c.-à-d. que vous n'avez pas d'effets secondaires), le médecin préparera le reste de l'ordonnance après quelques jours. Vous n'aurez pas à déboursier d'autres frais d'exécution d'ordonnance. Si vous ressentez des effets secondaires ou si le médicament n'est pas efficace, vous ou votre pharmacien pourrez discuter avec votre médecin d'une solution de rechange.

Soins paramédicaux

Le cas échéant, les demandes de règlement ne sont pas payées tant que le régime provincial n'a pas atteint son plafond de remboursement annuel.

Psychologie et orthophonie

Toutes les options offrent une protection pour les services psychologiques et orthophoniques jusqu'à un maximum combiné de 5 000 \$ par année du régime. La protection offerte pour les services psychologiques comprend tout traitement offert dans votre province de résidence par les praticiens agréés ou autorisés suivant

- conseillers cliniques
- orthophoniste
- psychologues cliniciens
- psychothérapeutes
- travailleurs sociaux

Thérapie virtuelle – la thérapie numérique **BEACON** est un programme confidentiel de thérapie comportementale cognitive (TCC) virtuelle qui constitue une dépense admissible en vertu du volet psychologie des soins paramédicaux. Le programme thérapeutique complet, au coût de 500 \$, comprend jusqu'à 12 semaines d'échanges illimités par messagerie texte avec un thérapeute de BEACON et 12 mois d'accès aux ressources de BEACON.

- Consultez le site Web pour en apprendre davantage : www.mindbeacon.com/telus

Autres soins paramédicaux

La protection rembourse les coûts des traitements fournis dans votre province de résidence pour les praticiens autorisés suivants :

- acupuncture
- audiologistes
- chiropraticiens
- diététistes
- ergothérapeutes
- massothérapeutes autorisés
- naturopathes
- ostéopathes
- physiothérapeutes
- podiatres
- thérapeutes sportifs

Remarque :

Les demandes de règlement sont remboursées en totalité en vertu du barème de la Sun Life, qui représente les frais usuels et coutumiers dans chaque province.

Soins de la vue

La protection de soins de la vue comprend :

- les montures avec verres de prescription, les verres de prescription uniquement et les lentilles cornéennes;
 - la protection des soins de la vue décrits ci-dessus peut également couvrir les frais d'une chirurgie oculaire au laser;
- un examen de la vue tous les deux ans de période de prestations pour les adultes et les enfants de 18 ans et plus;
- un examen de la vue par année de période de prestations pour les enfants de moins de 18 ans (sauf si votre régime d'assurance maladie provincial rembourse les examens de la vue).

Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays

Cette protection rembourse, jusqu'à un maximum viager de 5 millions de dollars par personne, lorsque le membre de l'équipe ou une personne à sa charge nécessite des services médicaux d'urgence pendant un voyage d'agrément ou d'affaires à l'extérieur de la province ou du Canada. Pour être admissibles, les frais doivent être nécessaires du point de vue d'un médecin et être engagés au cours des 180 premiers jours suivant la date de votre départ de votre province de résidence.

On entend par urgence toute blessure ou maladie subite ou imprévisible qui exige des soins médicaux immédiats, avant même que l'une des personnes à votre charge ou vous-même ne soyez en état de rentrer à la maison. Si, au cours des trois mois précédant le départ, l'une des

personnes à votre charge ou vous-même êtes atteints de troubles médicaux nécessitant un traitement ou la modification de votre médication, demandez à votre médecin de vous indiquer si votre état de santé est suffisamment stable pour partir en voyage. Si une demande de règlement fait l'objet d'une contestation, on vous demandera de fournir un certificat médical attestant que les frais étaient imprévisibles.

Pour que les personnes à charge bénéficient de cette protection, il faut choisir la protection de couple ou familiale. Dans le cadre de cette protection, les termes « membres de la famille » désignent le membre de l'équipe et les personnes à sa charge.

Assistance voyage

Allianz Global Assistance est spécialisé dans l'assistance aux voyageurs aux prises avec une urgence médicale.

Les coordonnateurs multilingues d'Allianz Global Assistance ont accès à un réseau mondial de professionnels, notamment dans les domaines de la santé, du droit et de l'aide aux voyageurs.

Voici les services d'assistance en cas d'urgence qui vous sont offerts pendant les 180 premiers jours d'un séjour à l'extérieur de votre province de résidence :

- les services de recommandation de médecins ou d'hôpitaux
- le suivi continu des traitements médicaux si une hospitalisation est nécessaire
- la coordination du transport terrestre ou aérien par ambulance du patient s'il est médicalement nécessaire de le ramener au Canada ou de le transférer à un autre hôpital disposant de l'équipement requis pour son traitement
- une avance de fonds pour le règlement de frais médicaux ou hospitaliers
- les services de recommandation de services juridiques
- les services d'interprètes par téléphone
- les services de messagerie pour les membres de votre famille, vos amis, vos collègues et vous-même

Soins hospitaliers et médicaux

Les frais admissibles correspondent aux frais habituels et raisonnables exigés pour les services suivants, qui ne sont pas remboursés par votre régime d'assurance maladie provincial :

- l'hospitalisation en salle commune et services hospitaliers connexes dans un hôpital général
- les services d'un médecin
- un billet d'avion en classe économique destiné au transport du patient pour le faire soigner dans sa province de résidence
- le transport par un service d'ambulance terrestre autorisé jusqu'à l'hôpital le plus proche disposant de l'équipement nécessaire pour fournir au patient les traitements appropriés, ou jusqu'au Canada, lorsque son état ne permet pas un autre moyen de transport
- les services ambulanciers aériens d'urgence jusqu'à l'hôpital le plus proche doté du matériel nécessaire pour fournir au patient les traitements appropriés, ou jusqu'au Canada, lorsque son état l'empêche d'utiliser un autre moyen de transport. Si l'état du

patient le justifie, les frais associés aux soins infirmiers agréés à bord de l'avion ainsi que le billet d'avion du personnel infirmier sont également remboursés

Si les personnes à votre charge admissibles ou vous-même engagez des frais qui sont remboursés par votre régime d'assurance maladie provincial (tels les frais de médicaments sous ordonnance), demandez-en le remboursement auprès de la Sun Life. Le montant que vous recevrez dépendra de la franchise et du pourcentage de remboursement correspondant au régime choisi.

On entend par urgence toute blessure ou maladie subite ou imprévisible qui exige des soins médicaux immédiats, avant même que le patient ne soit en état de revenir chez lui.

Si, au cours des trois mois précédant le départ, l'une des personnes à votre charge ou vous-même êtes atteints de troubles médicaux nécessitant un traitement ou la modification de votre médication, demandez à votre médecin de vous indiquer si votre état de santé est suffisamment stable pour partir en voyage. Si une demande de règlement fait l'objet d'une contestation, on vous demandera de fournir un certificat médical attestant que les frais étaient imprévisibles.

Frais médicaux et hospitaliers admissibles

Pour le paiement de ces frais :

- Communiquez dès que possible avec la ligne d'assistance téléphonique accessible en tout temps. Si vous n'êtes pas en état de le faire vous-même, demandez à un membre de votre famille, à un ami ou à un médecin de téléphoner à votre place. La présentation de votre carte-médicaments de la Sun Life au médecin, à l'infirmière ou au personnel de l'hôpital NE SUFFIT PAS à assurer le paiement de ces frais.
- Allianz Global Assistance vérifie la protection complémentaire que vous avez souscrite en matière de soins médicaux et celle que vous procure votre régime d'assurance maladie provincial de manière à planifier les paiements à votre nom ou au nom de la personne à charge admissible concernée.
- Vous devez signer le formulaire d'autorisation accordant à Allianz Global Assistance le droit de percevoir les sommes payables par le régime d'assurance maladie provincial.
- Dans le cas des frais dont vous devez payer un certain pourcentage ou qui ne sont pas remboursés par la protection de soins médicaux complémentaires ni par le régime d'assurance maladie provincial, vous devez rembourser à Allianz Global Assistance la part des frais qui vous incombent.
- Si vous recevez par la suite des notes de frais admissibles, faites-les parvenir à Allianz Global Assistance, qui se chargera de coordonner les paiements avec le régime d'assurance maladie provincial et la Sun Life.
- Si vous n'appellez pas la ligne d'assistance téléphonique accessible en tout temps, ou si aucun paiement n'a été prévu, suivez les étapes ci-dessus, même si les frais sont supérieurs à 200 \$.

Frais d'assistance voyage

Les frais habituels et raisonnables engagés pour les services suivants sont admissibles, sous réserve des montants limites prévus :

- Les services d'assistance voyage à la famille, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par urgence :
 - le transport pour ramener un enfant à charge admissible âgé de moins de 16 ans, ou handicapé, s'il est laissé seul parce que votre conjoint ou vous devez être hospitalisé à l'extérieur de votre province de résidence
 - Allianz Global Assistance organise le transport des enfants jusqu'à votre domicile et, au besoin, prévoit un accompagnateur. Le montant limite correspond au prix d'un billet au tarif aller simple en classe économique pour chaque enfant à charge
 - le transport de retour pour les membres de la famille, advenant que l'hospitalisation d'un membre de la famille les empêche de revenir à la maison selon le moyen de transport planifié à l'origine et qu'en conséquence ils doivent acheter de nouveaux billets
 - le montant limite des frais remboursés correspond au prix d'un billet de retour au tarif d'un aller simple en classe économique pour chaque membre de la famille, en déduisant tout remboursement obtenu pour les billets de retour inutilisés
 - La visite d'un parent si un membre de la famille est hospitalisé pour plus de 7 jours alors qu'il voyageait sans un membre de la famille

Les dépenses remboursées sont les frais de repas et d'hébergement, jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour, et le transport aller-retour en classe économique pour un parent. Ces frais sont également remboursés lorsqu'il faut se déplacer pour aller identifier un membre de la famille décédé avant le rapatriement de la dépouille.

On entend par proches votre conjoint, vos parents, vos enfants, vos frères ou vos sœurs qui ne font pas partie des personnes à votre charge admissibles.

- les repas et l'hébergement, jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour par famille, s'il faut prolonger un voyage parce qu'un membre de la famille est hospitalisé
- les services de préparation et de transport de la dépouille de l'un des membres de la famille, jusqu'à concurrence de 5 000 \$
 - ces services comprennent les demandes d'autorisation et les dispositions nécessaires pour ramener la dépouille dans la province de résidence
 - les frais de préparation de la dépouille comprennent l'incinération sur les lieux du décès. Les frais de transport comprennent un conteneur d'expédition de base. Cependant, les frais d'inhumation tels que les frais engagés pour l'achat d'un cercueil ou d'une urne ne sont pas remboursés
- les services nécessaires pour rapporter une voiture, jusqu'à concurrence de 5 000 \$
 - Si l'un des membres de votre famille décède ou ne peut plus conduire une voiture (achetée ou louée) parce qu'il est rapatrié au Canada pour y être soigné, le régime prévoit le remboursement du coût du retour de la voiture dans la province de résidence ou à l'agence de location la plus proche

Exclusions et restrictions

La protection ne prévoit pas le remboursement des frais suivants :

- les frais engagés plus de 180 jours après le départ de la province de résidence
- les frais engagés pour le traitement habituel d'une blessure ou d'une maladie dont vous étiez atteint ou dont souffrait l'une de vos personnes à charge admissibles avant le départ de la province de résidence
- les frais engagés pour une consultation non urgente
- les frais exclus (voir la rubrique Frais non remboursés)
- les frais engagés pour le traitement d'un état de santé jugé instable au cours des trois mois précédant le départ

Les services d'assistance en cas d'urgence ne sont pas nécessairement offerts dans certains pays en raison de situations telles que la guerre, l'instabilité politique, une épidémie ou l'inaccessibilité d'une région géographique. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet des conditions dans certains pays et de l'accessibilité des services d'Allianz Global Assistance dans un pays en particulier, veuillez communiquer avec la ligne d'assistance téléphonique à un des numéros indiqués ci-dessous.

Ligne d'assistance téléphonique accessible en tout temps

Si vous avez perdu votre passeport ou votre visa, si vous devez consulter un conseiller juridique local ou si vous avez besoin de services d'interprétation par téléphone, composez le numéro de téléphone qui figure sur votre carte-médicaments de la Sun Life. Vous pouvez également vous servir de ce numéro pour laisser des messages importants à l'intention de votre famille, de vos amis et de vos collègues, et ceux-ci peuvent aussi vous en laisser pendant que vous voyagez. Europ Assistance garde ces messages pendant 15 jours.

Pour accéder à la ligne téléphonique, vous devrez fournir votre numéro de police et votre numéro d'identification, qui figurent sur votre carte-médicaments de la Sun Life. On peut également vous demander le numéro d'assurance maladie provinciale du patient. Ces numéros sont essentiels pour le traitement de votre demande de règlement.

La ligne d'assistance

Canada et États-Unis

Composez le numéro sans frais **1-800-511-4610**

Tout autre pays

Appel à frais virés : **1-202-296-7493**

Télécopieur : **1-202-313-1528**

Fournitures et services médicaux

Les appareils couverts individuellement sont remboursés en fonction du niveau de copaiement choisi et peuvent être assujettis à un maximum annuel, semestriel ou viager. La Sun Life peut aussi fixer des limites usuelles et coutumières.

Une ordonnance médicale est requise pour bon nombre des articles indiqués ci-dessous. Nous vous conseillons de vous informer auprès de la Sun Life avant de faire un achat.

La couverture inclut :

- Les chaussures orthopédiques sur mesure, les modifications de chaussures à des fins orthopédiques et les orthèses (500 \$ par année du régime) prescrites par un médecin ou un podiatre. Les soins doivent être dispensés par un podiatre, un chiropodiste, un podoporthésiste, un orthoptiste ou un chiropraticien.
- les bandages herniaires, colliers, attelles, béquilles;
- les plâtres en plâtre de Paris ou en fibre de verre;
- les supports et les prothèses, sauf s'ils sont utilisés uniquement pour faire du sport;
- les traitements contre la stérilité (les coûts liés aux médicaments contre la stérilité sont couverts sous la catégorie Médicaments d'ordonnance. Vous devez bénéficier de la couverture pour les médicaments et pour les fournitures et appareils médicaux afin d'obtenir le remboursement des médicaments et des traitements). Les coûts liés aux traitements contre la stérilité seront combinés à ceux des médicaments connexes, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 15 000 \$.
 - Communiquez avec la Sun Life pour confirmer que les dépenses liées à votre test, à votre traitement ou à vos médicaments contre la stérilité sont admissibles. Seules les demandes de règlement papier sont acceptées.
- les membres artificiels ou toute autre prothèse;
- les bonnets couvre-segment;
- l'oxygène;
- les épreuves diagnostiques de laboratoire et radiographiques;
- les glycomètres;
- les prothèses et soutiens-gorge postopératoires;
- les perruques et postiches (requis en raison d'un traitement médical);
- les ambulateurs, les canes et les embouts caoutchouc;
- les accessoires pour stomie et iléostomie;
- la location ou l'achat d'équipement durable nécessaire à un usage thérapeutique temporaire au domicile du patient. L'équipement durable comprend, sans y être limité, les articles suivants :
 - les pompes à perfusion d'insuline et les capteurs, récepteurs et transmetteurs de mesure de glucose en continu :
 - la couverture pour les enfants à charge est de 6 500 \$ tous les quatre ans;
 - la couverture pour les adultes – documentation requise, contacter la Sun Life pour plus d'informations;
 - les appareils respiratoires;
 - un fauteuil roulant et ses réparations;
 - si le coût d'un fauteuil roulant dépasse le maximum prévu, la demande est étudiée. Communiquez avec le Service des avantages sociaux pour de plus amples renseignements;
 - les lits d'hôpital;
 - les dispositifs de traction;

- les coûts occasionnés pour remplir les formulaires suivants :
 - formulaire d'évaluation du praticien (10053)
 - formulaire sur les capacités fonctionnelles (10020)
 - formulaires de suivi médical de TELUS (10030 - 10070) exigés par TELUS
 - formulaires d'attestation médicale requis par la Sun Life pour les personnes à charge handicapées ayant dépassé l'âge limite

Le nom du formulaire doit être indiqué sur le reçu. Les frais facturés par un praticien pour un examen médical ne sont pas couverts.

Opérations d'affirmation de genre

Cette couverture est offerte à tous les membres du régime et à leurs personnes à charge de 18 ans ou plus. La personne couverte par le régime sera remboursée après la chirurgie, à condition que les critères relatifs à la couverture et à la chirurgie soient respectés.

Le régime prévoit le remboursement des frais engagés pour les interventions chirurgicales visant à adapter certains traits féminins ou masculins au genre de la personne en transition, telles que la réduction de la structure osseuse du visage, l'augmentation des joues ou la pose d'implants pectoraux.

Il y a un maximum de 10 000 \$ par année de prestations et un maximum à vie de 50 000 \$.

Soins dentaires découlant d'un accident

Les frais engagés pour des soins dentaires sont admissibles lorsqu'ils sont exigés et prodigués par un dentiste au cours des 52 semaines suivant une blessure accidentelle alors que la personne est protégée par le régime. On entend par blessure accidentelle toute lésion à la dentition naturelle produite immédiatement par un coup direct porté de l'extérieur à la bouche ou au visage. Les frais relatifs à des lésions causées par un objet placé dans la bouche ne sont pas admissibles.

Les remboursements sont effectués conformément au guide des tarifs de l'Association dentaire de la province où les soins sont prodigués. Les soins temporaires ou incomplets, les doubles traitements, ainsi que les frais engagés pour corriger les traitements qui n'ont pas donné les résultats attendus ne sont pas remboursés.

Services ambulanciers d'urgence

Le régime prévoit le remboursement des frais médicaux nécessaires engagés pour des services ambulanciers autorisés à destination de l'hôpital le plus proche dans votre province et dotés du matériel nécessaire pour prodiguer au patient les soins essentiels à sa survie. Les frais de transport aérien sont remboursés en cas d'urgence extrême, lorsque l'état du patient empêche l'utilisation de tout autre moyen de transport.

Appareils de correction auditive

Les appareils auditifs et leur réparation pour vous et les personnes à votre charge sont couverts jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par personne pour chaque oreille toutes les quatre années civiles. Les frais engagés pour l'achat de piles, de chargeurs et de tout autre accessoire semblable ne sont pas remboursés. Les frais de remplacement sont remboursés uniquement lorsque l'appareil déjà en place ne peut être réparé de manière satisfaisante.

Services hospitaliers

Les frais supplémentaires engagés pour une chambre à deux lits ou à un lit dans un hôpital ou un service hospitalier de soins de longue durée sont remboursés, de même que les frais de coassurance demandés pour l'hospitalisation dans un service hospitalier de soins de longue durée. Les frais de location d'un téléphone, d'un téléviseur ou de tout autre matériel semblable ne sont pas remboursés.

Soins infirmiers privés

La protection prévoit le remboursement des frais engagés pour des soins infirmiers privés à domicile prodigués par du personnel infirmier diplômé à un patient atteint d'une maladie aiguë. Seuls les frais habituels et raisonnables pour de tels soins sont remboursés, jusqu'à concurrence de 25 000 \$ tous les trois ans par membre de l'équipe ou personne à charge. Une approbation doit être obtenue avant de se retenir les services d'une infirmière. Communiquez avec la Sun Life pour obtenir les formulaires appropriés.

Frais non remboursés

La protection de soins médicaux complémentaires ne prévoit pas le remboursement des frais suivants :

- Services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainé par l'État, sous réserve des dispositions énoncées ci-dessous sous la rubrique Intégration du régime avec les programmes de l'État.
- Implants, prothèses ou appareils médicaux (par exemple, anneaux gastriques, implants mammaires, implants rachidiens et prothèses de hanche).
- Matériel que la Sun Life exclut de sa garantie (exemples : matelas orthopédiques, appareils d'exercice physique, climatiseurs et purificateurs d'air, baignoires d'hydromassage et humidificateurs).
- Services ou articles qui ne sont pas habituellement fournis pour le traitement d'une maladie, y compris les traitements expérimentaux ou les traitements de recherche. Les traitements expérimentaux ou de recherche sont des traitements qui ne sont pas approuvés pour le grand public par Santé Canada ou par un autre organisme de réglementation gouvernemental.
- Services ou articles qui ne sont pas des frais médicaux admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).
- Services ou articles pour lesquels aucuns frais ne seraient exigés en l'absence de la présente protection.
- Le régime ne couvre pas les demandes de règlement qui se rapportent à une maladie attribuable à l'une des causes suivantes :
 - acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
 - exercice d'une activité rémunérée pour le compte d'une autre personne que l'employeur qui offre le présent régime; ou
 - participation à la perpétration d'un acte criminel.

Le présent régime intègre les prestations qu'il prévoit avec celles qui sont payables ou disponibles au titre du régime ou programme parrainé par l'État (le programme de l'État).

Les frais remboursables au titre de ce régime correspondent à la portion des frais qui n'est pas payable ou couverte au titre du programme de l'État, sans égard à ce qui suit :

- le fait que vous ayez ou non présenté une demande au titre du programme de l'État;
- le fait que votre protection au titre de ce régime ait une incidence sur votre admissibilité ou votre droit à toute prestation prévue par le programme de l'État; ou
- toute liste d'attente.

Détails

Carte-médicaments de la Sun Life

- Vous pouvez utiliser votre carte-médicaments de la Sun Life pour régler la plupart de vos achats de médicaments sur ordonnance. Cette carte permet le traitement immédiat de votre demande à la pharmacie (voir la rubrique Demandes de règlement). Accédez à votre compte Sun Life en ligne pour imprimer ou consulter votre carte-médicaments de la Sun Life.
- Quand vous faites vos achats, présentez votre carte-médicaments de la Sun Life, ainsi qu'une carte d'identité au pharmacien, à défaut de quoi vous devez payer vos médicaments et présenter une demande de règlement à l'assureur (voir la rubrique Demandes de règlement).
- Les demandes de règlement pour les médicaments contre la stérilité, les tests et les traitements connexes doivent être soumises par formulaire papier.
- La protection de soins médicaux complémentaires paie immédiatement sa part des frais et le solde vous incombe. Pour être entièrement remboursé de vos frais grâce à la coordination des prestations avec un autre régime, vous pouvez remplir une demande de règlement et la soumettre à la Sun Life ou remplir votre demande de règlement en ligne au site web de services aux participants de la Sun Life au www.sunlife.ca/participant.

La plupart des pharmaciens canadiens et des autres fournisseurs qui permettent les demandes de règlement en ligne acceptent la carte-médicaments de la Sun Life

Échéances

Entrée en vigueur de la protection

La protection de base entre en vigueur le jour de votre entrée en service si vous êtes un nouveau membre de l'équipe. Toutes les autres protections et celle de vos personnes à charge sont rétroactives au jour de votre entrée en service après votre inscription. Si vous vous inscrivez durant la période d'inscription annuelle, la protection commence le 1^{er} mars.

Modification de la protection

Vous pouvez modifier votre protection au cours de la période d'inscription annuelle (les modifications entreront en vigueur le 1^{er} mars), à moins que vous ayez choisi une option de protection améliorée, que vous devez conserver pendant deux ans. Le seul autre moment où vous pouvez modifier votre protection est à la suite d'un événement marquant admissible (voir la rubrique Événements marquants admissibles).

Fin de la protection

Votre protection de soins médicaux complémentaires prend fin le jour même où vous quittez votre emploi.

Considérations

Au moment de faire votre choix, considérez les points suivants :

- Une autre couverture possiblement offerte par le régime de votre conjoint
- Vos besoins en matière de soins de santé. Si vous ne croyez pas avoir fréquemment recours à des soins de santé ou à des fournitures médicales, vous pourriez ne choisir aucune protection ou choisir un régime à couverture réduite, ce qui vous permettra d'accumuler des dollars santé dans votre compte Soins de santé ou de recevoir un montant en espèces imposable que vous pourrez utiliser pour d'autres avantages sociaux.

Si le coût des options choisies est supérieur à votre solde de dollars santé, vous payez la différence au moyen de retenues salariales après impôt. Si vous affectez des fonds à votre compte Soins de santé, vous pouvez déclarer la retenue salariale après impôt comme dépense admissible (à l'exclusion des taxes de vente provinciales du Manitoba, de l'Ontario et du Québec).

Questions fiscales

Dans les provinces autres que le Québec, les dollars santé utilisés pour payer un régime ne sont pas considérés comme un avantage imposable, ni les remboursements de frais médicaux.

Les résidents du Québec doivent payer de l'impôt provincial sur la valeur moyenne prévue des demandes de règlement, moins les retenues salariales remboursables. Ce montant est ajouté au revenu comme avantage imposable.

Les résidents du Manitoba, du Québec et de l'Ontario doivent également payer la taxe de vente provinciale.

Soins dentaires

La protection de soins dentaires rembourse les services visant à restaurer et maintenir des dents et des gencives saines.

Il n'y a pas de protection de base de soins dentaires. Cette protection est facultative – vous pouvez choisir de ne prendre aucune protection. Si vous désirez une protection, vous devez choisir un régime de soins dentaires. Les dollars santé et les coûts de cette protection se trouvent à l'[Annexe I](#)

Frais remboursés

Les soins ci-dessous sont remboursés jusqu'à concurrence des montants limites indiqués dans la grille tarifaire de l'Association dentaire en vigueur dans la province dans laquelle les soins sont prodigués. Tous les maximums s'appliquent par membre de l'équipe ou par personne à charge. Les frais des spécialistes sont payés à 120 % de ceux figurant dans le guide de frais de l'omnipraticien.

Soins de prévention et de restauration de base

- Examens de rappel : comprend un examen oral et une interprétation des radiographies par le dentiste, le cas échéant (tous les 12 mois pour les adultes, tous les 6 mois pour les enfants de moins de 18 ans, à l'exception de l'option 5 qui couvre un examen de rappel tous les 6 mois et un maximum de 2 par année du régime).
- Polissages, nettoyages et applications topiques de fluorure (tous les 12 mois pour les adultes, tous les 6 mois pour les enfants de moins de 18 ans, à l'exception de l'option 5 qui couvre un examen de rappel tous les 6 mois et un maximum de 2 par année du régime).
- Détartrages et aplanissements des racines (maximum combiné de 16 unités par année du régime; le nombre de visites peut dépasser celui pour les examens de rappel).
- Obturations (à l'amalgame, mixtes, acryliques ou l'équivalent).
- Extractions.
- Extractions de dents incluses et anesthésie connexe.
- Scellements des puits et fissures (enfants de moins de 18 ans).
- Mainteneurs d'espace pour les dents primaires manquantes.
- Dispositifs pour prévenir le grincement et le serrement des dents.
- Réparations des prothèses (prothèses dentaires, ancrage, etc.).
- Traitements d'endodontie (traitement de canal et obturations canalaires).
- Périodonties (traitement d'une maladie des gencives).
- Autres examens :
 - examens complets (un tous les cinq ans);
 - examens urgents (un tous les 12 mois);
 - examens périodontiques limités (un tous les six mois);
 - examens précis (un tous les 12 mois).
- Radiographies :
 - radiographies péricoronaires (une tous les 12 mois);
 - séries complètes OU radiographies panoramiques (une tous les 24 mois).

Les soins de restauration majeurs incluent :

- Incrustations en profondeur et de surface.
- Couronnes et réparation de couronnes.
- Le coût de l'installation d'un implant est remboursé jusqu'à concurrence du coût de l'installation d'une couronne ou prothèse extrinsèque. Les frais pour la chirurgie et les établissements ne sont pas couverts.
- Services de prothèse (confection et mise en place de ponts ou de prothèses amovibles standard).

Réparations de ponts
Lorsqu'un traitement à moindres frais est adéquat, le régime rembourse les frais correspondant à ce traitement plutôt qu'à un autre plus coûteux.

Le remplacement de prothèses, de couronnes ou de ponts existants est limité à un par période de cinq ans.

Les services orthodontiques incluent :

- Traitements de malposition des dents (appareils) :
 - ajustements, réparations et entretien;
 - examens;
 - services de laboratoire;
- appareils amovibles ou fixes, ou une combinaison des deux.

Frais non remboursés

Dans le cadre de la protection de soins dentaires, les frais suivants ne sont pas admissibles :

- Soins dentaires donnés à des fins principalement esthétiques.
- Frais de remplacement d'appareils perdus, égarés ou volés.
- Frais de rendez-vous non respectés.
- Frais de rédaction de demandes de règlement.
- Services ou articles pour lesquels aucuns frais ne seraient exigés en l'absence de la présente protection.
- Appareils normalement rattachés à l'exercice d'un sport (par exemple, un protège-dents).
- Frais de soins et d'articles relatifs à la restauration buccale complète (mise en place de couronnes sur toutes les dents), à la rectification de la dimension verticale (changement de la façon dont les dents entrent en contact), y compris l'abrasion (usure des dents), la modification ou la reconstitution de l'occlusion (du contact entre les mâchoires), ou à la contention au moyen d'une prothèse (mise en place de couronnes pour rendre les dents plus solides).
- Transplants et modification des rapports entre maxillaires.
- Traitements expérimentaux.
- Le régime ne couvre pas les soins dentaires résultant de ce qui suit :
 - acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
 - malformations dentaires présentes à la naissance ou apparues pendant la croissance;
 - participation à la perpétration d'un acte criminel.

- tout autre article dont le remboursement ne fait pas explicitement partie des prestations.

Détails

Guide des tarifs

Le remboursement est calculé selon les frais engagés, jusqu'à concurrence des montants limites indiqués dans le guide des tarifs de l'Association dentaire en vigueur dans la province dans laquelle les soins sont prodigués. Les frais des spécialistes sont payés à 120 % de ceux figurant dans le guide de frais de l'omnipraticien.

Vérifiez au préalable auprès de votre dentiste la part des frais susceptible de vous être remboursée. Si le dentiste demande des tarifs supérieurs à ceux qui sont prévus par le régime, vous devrez payer la différence entre le paiement du régime et des frais du dentiste.

Autorisation préalable

Si un traitement dentaire onéreux ou important doit être entrepris, votre dentiste peut faire parvenir à la Sun Life une description du traitement proposé afin que l'assureur vous indique les frais et services qui vous seront remboursés et si une autorisation préalable est nécessaire.

Maintien de la protection pendant les périodes de congé

Congé d'invalidité

Si à cause d'une invalidité, vous touchez des prestations d'assurance invalidité de courte durée, votre assurance demeure en vigueur et les primes sont déduites de votre salaire. Si vous touchez des prestations d'assurance invalidité de longue durée, vous n'avez aucune prime à payer jusqu'à votre retour au travail ou jusqu'à votre 65^e anniversaire de naissance, tant que vous demeurez à l'emploi de TELUS, conformément aux modalités du régime applicable.

Congé de maternité, parental, de soignant ou pour proches aidants

Votre assurance demeure en vigueur pendant votre congé de maternité, parental, de soignant ou pour proches aidants et vous continuez à payer les primes applicables.

Autres congés

En cas de congé autorisé pour des raisons personnelles ou autres, vous devez conclure une entente avec le service des avantages sociaux pour que la protection soit maintenue pendant cette période. Vous serez responsable du coût des régimes d'avantages sociaux.

Échéances

Modification de la protection

Vous pouvez modifier votre protection au cours de la période d'inscription annuelle. Les modifications entreront en vigueur le 1^{er} mars, à moins que vous ayez choisi l'option 2 ou 3 pour les soins dentaires majeurs et l'orthodontie, option que vous devez conserver pendant au moins deux années civiles. Le seul autre moment où vous pouvez modifier votre protection est à la suite d'un événement marquant admissible (voir la rubrique Événements marquants admissibles).

Considérations

Au moment de faire votre choix, considérez les points suivants :

- Si vous êtes assuré par le régime de votre conjoint, vous pouvez ne choisir aucune protection
- Vos besoins en matière de soins dentaires. Si vous ne croyez pas avoir fréquemment recours à des soins dentaires, vous pouvez ne choisir aucune protection afin d'accumuler des dollars santé dans votre compte Soins de santé

Si le coût des options choisies est supérieur à votre solde de dollars santé, vous payez la différence au moyen de retenues salariales après impôt. Si vous affectez des fonds à votre compte Soins de santé, vous pouvez déclarer la retenue salariale après impôt comme dépense admissible (à l'exclusion des taxes de vente provinciales du Manitoba, de l'Ontario et du Québec).

Compte Soins de santé

Le compte Soins de santé constitue une excellente manière d'obtenir un remboursement exempt d'impôt* pour vos demandes de règlement des frais médicaux ou dentaires qui :

- sont admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (pour lesquels vous ne demandez pas un remboursement sur votre déclaration de revenus)
- ne sont couverts par aucun régime de soins médicaux ou dentaires (public ou privé)

* Les résidents du Québec doivent payer l'impôt provincial sur les remboursements.

Vous devez utiliser la totalité du montant que vous avez alloué au compte Soins de santé avant la fin de l'année de période des prestations; sinon, vous le perdez. Toutefois, vous pouvez reporter des frais à l'année de période des prestations suivante (mais pas au-delà d'une année).

Cotisations facultatives

À chaque période d'inscription, vous choisissez le montant de dollars santé que vous désirez déposer dans votre compte Soins de santé. Ce compte joue en quelque sorte le rôle de compte chèques à usage particulier.

- Le montant minimal alloué chaque année est de 50 \$. Dépôt maximal permis par année : le montant total des dollars santé attribués pour l'année. La décision est irrévocable
- Les fonds de votre compte Soins de santé peuvent être utilisés dès le mois de mars suivant votre inscription annuelle
- Les fonds du compte Soins de santé doivent être utilisés dans l'année de période de prestations où ils sont déposés, sinon ils seront perdus
- Pour pouvoir demander un remboursement ou reporter des frais à l'année suivante, vous devez avoir un compte Soins de santé au moment où les frais sont engagés

Considérations

Déterminez vos frais médicaux et dentaires annuels – ce sont les frais qui ne vous sont pas remboursés par un autre régime d'assurance. Ils comprennent les franchises, la coassurance (lorsque le régime rembourse moins la totalité des frais et que vous payez la différence) et les frais qui dépassent les plafonds prévus par le régime (p. ex., les verres correcteurs qui coûtent plus que le maximum prévu par votre assurance maladie supplémentaire ou celle de votre conjoint). Ils peuvent également comprendre les frais pour soins médicaux et dentaires qui ne sont pas remboursés par un régime.

Questions fiscales

Tous les dollars santé que vous déposez dans votre compte Soins de santé sont exempts d'impôt. Les remboursements des frais admissibles sont exempts d'impôt dans toutes les provinces à l'exception du Québec.

Pour les résidents du Québec, les remboursements au titre du compte Soins de santé sont assujettis à l'impôt provincial sur le revenu.

Voici un exemple pour un résident du Québec :

Si vous affectez 400 \$ à votre compte Soins de santé et que vous utilisez la totalité de ce montant, vous créez un avantage imposable d'environ 459 \$, qui comprend la taxe sur la prime, la taxe de vente et certains frais administratifs.

Si votre taux marginal d'imposition provincial est de 23 %, l'impôt provincial sur ce montant s'élève à 106 \$. Le compte Soins de santé est toutefois exempté d'impôt fédéral, c'est là son principal avantage.

Frais remboursés

La liste de frais admissibles est administrée par l'Agence du revenu du Canada. Si vous n'êtes pas certain de l'admissibilité d'une dépense, communiquez avec la Sun Life pour obtenir des précisions.

Vous pouvez demander le remboursement de primes versées pour souscrire un régime privé d'assurance maladie avec des dollars après impôt (p. ex., Options d'avantages sociaux TELUS, le régime d'avantages sociaux de votre conjoint ou une assurance maladie en voyage), le remboursement des franchises et de la coassurance.

La liste des dépenses admissibles est longue et comprend notamment les éléments suivants :

- dispositifs d'assistance;
- soins hospitaliers;
- soins dentaires;
- médicaments;
- Soins médicaux et paramédicaux;
- transport, repas et hébergement pour raison médicale;
- autres dépenses médicales;
- dispositifs et appareils médicaux sur ordonnance;
- soins de la vue.

La plupart des régimes d'avantages sociaux d'employeur remboursent plusieurs des frais admissibles, mais le remboursement autorisé peut être inférieur à 100 %. Le compte Soins de santé peut servir à combler la différence. Si vous ne bénéficiez pas d'une autre protection ou si vous avez atteint le montant limite de votre régime, vous pouvez présenter une demande de règlement dans le cadre du compte Soins de santé pour obtenir le remboursement de la totalité des frais.

Frais non remboursés

Voici des exemples de frais qui ne sont pas remboursés par le compte Soins de santé, même s'ils font l'objet d'une ordonnance médicale, parce qu'ils ne figurent pas explicitement dans la liste des frais admissibles prescrite par l'Agence du revenu du Canada :

- climatiseurs, humidificateurs, déshumidificateurs ou purificateurs d'air (même pour des personnes affligées de troubles respiratoires chroniques)
- sérums contre les allergies, en excluant les honoraires d'un médecin
- fournitures chiropratiques (p. ex., un oreiller Normalizer, un oreiller d'eau)
- cours de réanimation cardiorespiratoire (p. ex., un cours sur les soins d'urgence de l'Ambulance Saint-Jean)

- primes d'assurance invalidité
- médicaments ou remèdes d'un naturopathe
- bouchons d'oreille (même sur ordonnance par suite d'une chirurgie)
- pansements oculaires
- primes des régimes d'assurance maladie provinciaux
- primes d'assurances collectives relatives aux soins de santé et aux soins dentaires payées au moyen de dollars santé plutôt que de dollars après impôt
- soins homéopathiques, sauf s'ils sont prodigués par un naturopathe
- coussin d'air lombaire, coussin de soutien lombaire cylindrique
- bracelet Medic Alert
- services de sages-femmes, sauf s'ils sont prodigués par une infirmière autorisée
- chaise OBUS
- traitement de réflexologie
- traitements de shiatsu
- programmes de désaccoutumance au tabac

Détails

Report des frais

Selon la réglementation fiscale, il faut utiliser les fonds déposés dans le compte Soins de santé au cours de l'année, à défaut de quoi vous les perdrez. Vous pouvez reporter à l'année de période de prestations suivante des frais impayés pour lesquels vous pouvez être remboursé au moyen de fonds déposés dans votre compte Soins de santé pour l'année suivante, à la condition de disposer d'un compte Soins de santé au moment d'engager ces frais.

Voici un exemple de report des frais.

Report des frais : compte Soins de santé							
Date du dépôt 1 ^{er} mars	Montant du dépôt	Frais de l'année précédente	Solde du compte après paiement des frais reportés	Frais de l'année en cours	Solde du compte au 28 février	Frais reportés	Fonds perdus
Année 1	600 \$	0 \$	600 \$	800 \$	0 \$	200 \$	0 \$
Année 2	700 \$	200 \$	500 \$	400 \$	100 \$	0 \$	100 \$
Année 3	500 \$	0 \$	500 \$	650 \$	0 \$	150 \$	0 \$
Année 4	600 \$	150 \$	450 \$	500 \$	0 \$	50 \$	0 \$

Demandes de règlement

Pour demander un remboursement dans le cadre du compte Soins de santé :

- Assurez-vous d'abord que tous les régimes vous ont remboursé leur part.
- Vous pouvez remplir votre demande de règlement en ligne sur le site web de service aux participants de la Sun Life et votre remboursement sera déposé directement dans

vosre compte bancaire. Visitez le site www.sunlife.ca/participant pour vous inscrire et obtenir votre NIP afin de remplir vos demandes de règlement en ligne.

- Vous pouvez également remplir le formulaire de demande de règlement à partir du compte Soins de santé que vous pouvez imprimer sur le site de la Sun Life. L'adresse postale figure au bas du formulaire.
- Pour obtenir un remboursement rapide et exact, remplissez le formulaire en entier sans oublier d'indiquer le numéro de police, votre nom et votre numéro d'employé. Ces numéros figurent sur votre carte-médicaments de la Sun Life.
- Joignez vos reçus originaux ou le Relevé d'indemnités de la Sun Life ou celui de tout autre assureur au formulaire.
- Si vous voulez que votre portion des frais soit prélevée directement dans votre compte Soins de santé une fois que votre régime de soins de santé complémentaires aura remboursé sa portion, assurez-vous de cocher la case autorisant la Sun Life à envoyer directement votre demande de règlement au compte Soins de santé.
- Les retenues salariales pour payer les coûts des régimes de soins de santé complémentaires et de soins dentaires peuvent être réclamées au moyen de votre relevé de paie, sur lequel les renseignements confidentiels auront été masqués. Le montant à réclamer correspond aux coûts totaux des régimes de soins de santé complémentaires et de soins dentaires moins les dollars santé exempts d'impôt fournis par TELUS.
- Conservez une copie de vos reçus et de vos formulaires de demande de règlement dans vos dossiers.

Les remboursements à partir du compte Soins de santé sont traités et expédiés aussitôt que vous les envoyez, s'il vous reste des dollars dans votre compte.

Vous avez jusqu'au dernier jour de février pour engager des frais qui vous seront remboursés à partir de votre compte Soins de santé pour l'année de période de prestations. Les demandes de règlement doivent être reçues par la Sun Life au plus tard le 31 mai, ou dans les 90 jours après la date de votre cessation d'emploi, selon la première éventualité. Si vous dépensez tous les dollars santé de votre compte Soins de santé, ou si vous attendez le 31 mai pour demander le règlement de vos frais, vous pouvez reporter ceux-ci et demander le remboursement en utilisant les dollars santé attribués à votre compte pour l'année de période de prestations suivante, à condition de continuer de participer à un compte Soins de santé.

Échéances

Entrée en vigueur de la protection

Si vous vous inscrivez au compte Soins de santé au cours de la période d'inscription annuelle, tous les fonds déposés dans votre compte Soins de santé peuvent être utilisés à partir du 1^{er} mars suivant l'inscription annuelle. Si vous êtes un nouveau membre de l'équipe, tous les fonds qui vous sont attribués peuvent être utilisés à partir du premier jour de la période de paie suivant votre inscription.

Modification de la protection

Vous pouvez seulement modifier vos fonds du compte Soins de santé au cours de la période d'inscription annuelle. Les modifications entreront en vigueur le 1^{er} mars. Vous ne

pouvez pas diminuer votre allocation au compte Soins de santé à la suite d'un événement marquant admissible.

Expiration du compte Soins de santé

Le compte Soins de santé prend fin le jour où vous quittez votre emploi ou le jour où vous passez à un autre régime d'avantages sociaux de TELUS et ne participez plus au compte Soins de santé, mais vous pouvez demander le règlement de frais engagés pendant que vous étiez encore en fonction ou participiez au compte Soins de santé. Les dollars santé du compte Soins de santé disponibles pour remboursement consisteront en des dollars santé excédentaires. Vous devez envoyer votre réclamation dans les 90 jours suivant la date de la fin de votre emploi ou de votre participation au compte Soins de santé.

Congé pour des raisons personnelles

Afin de vous aider à atteindre l'équilibre entre votre travail et vos engagements personnels, TELUS Vente au détail offre journées de congé pour raisons personnelles par année civile. Ces congés rémunérés s'ajoutent aux journées de vacances qui vous sont allouées. Au début de chaque année civile, vous recevrez deux (2) journées de congé pour raisons personnelles. Vous recevez un salaire pour ces congés, avec les retenues habituelles et ils doivent être utilisés au cours l'année durant laquelle ils sont attribués. Tout congé pour raisons personnelles qui n'est pas utilisé est perdu à la fin de l'année ou à la fin de votre emploi.

Les journées de congé additionnelles peuvent être utilisées dès le 1er janvier. Si vous venez d'être embauché, vous pouvez profiter de ces congés une fois que vous êtes inscrit au régime. Les dates de ces congés doivent être approuvées par votre supérieur immédiat.

Les membres de l'équipe qui ont pris un congé autorisé toute l'année et qui reviennent au travail après le 30 novembre n'ont pas droit aux journées de congé additionnelles avant l'année suivante.

Les membres de l'équipe qui quittent l'entreprise avant le 1er juillet sont admissibles à la moitié du nombre annuel de journées de congé additionnelles. Si plus de la moitié de ces journées a été prise, la valeur de l'excédent sera prélevée de la dernière paie du membre de l'équipe.

Vacances

Tous les employés de TELUS ont droit à des vacances annuelles. Le nombre de journées accordé est calculé en fonction du nombre d'années de service. Les vacances peuvent être prises entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre. Les vacances peuvent être accumulées tout au long de l'année sur 26 périodes de paie.

Veillez consulter le site mesRH pour obtenir de plus amples renseignements sur le nombre de journées de vacances auxquelles vous avez droit.

Assurance vie

Les tarifs de la couverture d'assurance vie se trouvent à l'[Annexe I](#).

Assurance vie de l'employé

L'assurance vie de l'employé verse un montant forfaitaire à votre bénéficiaire advenant votre décès.

Prestations de décès ou protection de base

Vous, comme tous les membres de l'équipe, avez droit à une assurance vie de base correspondant à votre salaire annuel de base.

En plus de votre assurance vie de base, vous pouvez souscrire des montants d'assurance vie additionnels pour vous, votre conjoint et vos enfants.

TELUS assume la totalité du coût de chaque option.

Remarque : Les membres de l'équipe permanents à temps partiel qui travaillent 51 % ou plus du temps obtiennent une protection correspondant au salaire d'un membre de l'équipe permanent à temps plein; les membres de l'équipe permanents à temps partiel qui travaillent 50 % ou moins du temps obtiennent une protection correspondant à 50 %.

Si vous choisissez la protection de base correspondant à votre salaire de base annuel, vous pouvez souscrire des montants d'assurance vie additionnels.

Lors de chaque période d'inscription annuelle, vous pouvez accroître la protection de votre assurance vie facultative d'une unité de 10 000 \$ sans présenter de déclaration d'état de santé. Vous devez cependant remplir et soumettre un formulaire de preuve d'assurabilité si le montant des unités additionnelles achetées dépasse 10 000 \$ par année, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$, ou 100 unités. L'assureur doit approuver le montant d'assurance additionnel pour qu'il entre en vigueur. Le coût est calculé en fonction des facteurs suivants :

- de votre âge au 1^{er} mars de chaque année
- de votre sexe
- du fait que vous fumez ou non

Lors de chaque période d'inscription annuelle, vous pouvez accroître la protection dont vous bénéficiez d'une unité de 10 000 \$ sans avoir à fournir de preuve d'ordre médical.

Vous recevrez la protection de base sans fournir d'information médicale. Si vous décidez de souscrire des unités additionnelles d'assurance vie de l'employé, vous devez remplir et soumettre une preuve d'assurabilité. La compagnie d'assurance doit approuver le montant d'assurance additionnel pour qu'il entre en vigueur.

Assurance vie du conjoint

L'assurance vie du conjoint verse un montant forfaitaire au bénéficiaire lors du décès de votre conjoint.

L'assurance vie du conjoint ne comprend pas une protection de base. La protection est facultative. Le coût est calculé en fonction des facteurs suivants :

- de l'âge de votre conjoint au 1^{er} mars de chaque année
- du sexe de votre conjoint
- du fait qu'il fume ou non

Vous pouvez souscrire des montants d'assurance vie du conjoint en unités de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 1 million de dollars ou 100 unités.

Si vous souscrivez l'assurance vie du conjoint, ce dernier doit remplir une preuve d'assurabilité, et la compagnie d'assurance doit approuver le montant d'assurance pour que la protection entre en vigueur.

Double protection

Si votre conjoint est employé par TELUS et qu'il est admissible, vous pouvez tous les deux souscrire une assurance vie de conjoint.

Assurance vie des enfants

L'assurance vie des enfants verse un montant forfaitaire au bénéficiaire advenant le décès d'un de vos enfants, quelle qu'en soit la cause. Vous pouvez assurer les enfants à charge admissibles à partir de l'âge de 24 heures. Seuls les enfants qui répondent à la définition d'enfants à charge admissibles dans le cadre du régime Flex Équipe TELUS peuvent être assurés.

Le montant que vous choisissez couvre chacun de vos enfants. Le coût est le même quel que soit le nombre d'enfants, et chaque enfant est assuré pour le même montant.

Vous pouvez souscrire des montants d'assurance vie des enfants en unités de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 20 000 \$ ou deux unités.

Double protection

Si votre conjoint est employé par TELUS et qu'il est admissible à l'assurance vie des enfants facultative, vous pouvez tous les deux souscrire une assurance vie des enfants, jusqu'à concurrence de 40 000 \$. Chaque assurance vie permet d'assurer tous vos enfants.

Détails de l'assurance vie

Fumeur ou non-fumeur

Vous êtes considéré comme non-fumeur si vous n'avez pas fumé ou utilisé de cigarettes, cigarettes électroniques, cigarillos, pipe, cigares, timbres ou gomme de nicotine, tabac à chiquer, hookah ou autre produits de tabac ou de nicotine au cours des 12 derniers mois.

Vous devez déclarer si vous êtes fumeur ou non-fumeur au moment de votre adhésion initiale. Si vous commencez à fumer au cours de l'année, vous devez le signaler afin que votre protection demeure valide. Si vous vous êtes inscrit comme non-fumeur et qu'il est prouvé que vous avez consommé l'un des produits de la liste ci-dessus, la Sun Life peut invalider votre assurance et refuser de verser le capital assuré à vos bénéficiaires.

Vous pouvez également aviser l'assureur si vous devenez non-fumeur au cours de l'année.

Le fait que votre enfant fume ou non n'a aucune incidence sur son assurance vie.

Preuve d'assurabilité

En déclarant que vous êtes en bonne santé, vous indiquez à l'assureur que vous ne constituez pas un risque important pour lui. Pour ce faire, vous devez remplir le formulaire de preuve d'assurabilité, que vous pouvez vous procurer à go/flexit360.

Vous n'avez pas à remplir de formulaire de preuve d'assurabilité pour la protection de base.

Si vous augmentez votre protection d'assurance vie de 20 000 \$ (deux tranches supplémentaires) ou plus au moment de l'inscription annuelle, vous devez remplir une preuve d'assurabilité.

En tout temps, si vous désirez augmenter votre capital assuré, vous devez remplir une preuve d'assurabilité, peu importe le capital demandé.

En plus de cette preuve d'assurabilité, l'assureur peut demander un supplément d'information, notamment un prélèvement sanguin ou un examen médical.

Maintien de la protection pendant les périodes de congé

Congé d'invalidité

Si à cause d'une invalidité, vous touchez des prestations d'assurance invalidité de courte durée, votre assurance demeure en vigueur et les primes sont déduites de votre salaire. Si vous touchez des prestations d'assurance invalidité de longue durée, vous n'avez pas de primes à payer jusqu'à votre retour au travail ou jusqu'à votre 65^e anniversaire de naissance.

Congé de maternité, parental, de soignant ou pour proches aidants Votre assurance demeure en vigueur pendant votre congé de maternité, parental, de soignant ou pour proches aidants et vous continuez à payer les primes d'assurance vie facultative applicables.

Autres congés

En cas de congé autorisé pour des raisons personnelles ou autres, vous devez conclure une entente avec le Service des avantages sociaux pour que la protection soit maintenue pendant

cette période, moyennant le versement des primes. Vous serez responsable du coût des régimes d'avantages sociaux.

Transformation de la protection

Vous pouvez transformer l'assurance vie de l'employé ou du conjoint en une assurance vie individuelle d'un capital assuré égal ou inférieur à celui de l'assurance vie de l'employé ou du conjoint, jusqu'à concurrence de 200 000 \$, si vous êtes âgé de 65 ans ou moins et que :

- vous quittez votre emploi à TELUS;
- vous n'êtes plus admissible à cette protection;
- vous devenez invalide sans être admissible à l'exonération des primes.

Vous ne pouvez pas transformer l'assurance vie des enfants en une assurance vie individuelle.

Vous devez demander une telle transformation et payer votre première prime dans les 31 jours qui suivent la modification de votre situation.

Échéances

Entrée en vigueur de la protection

- L'assurance vie de base entre en vigueur le jour de votre embauche.
- Si, au moment de l'inscription annuelle, vous souscrivez la tranche d'assurance vie supplémentaire pour laquelle vous n'êtes pas tenu de fournir une preuve d'assurabilité, celle-ci entre en vigueur le 1^{er} mars.
- L'assurance vie pour les enfants entre en vigueur le jour de votre embauche après votre inscription, ou le 1^{er} mars si vous adhérez durant la période d'inscription annuelle.
- Toute autre tranche d'assurance vie supplémentaire pour laquelle vous êtes tenu de fournir une preuve d'assurabilité entre en vigueur après que l'assureur a approuvé votre demande.
- L'augmentation du capital assuré ne peut entrer en vigueur pendant un congé autorisé.

Modification de la protection

Vous pouvez modifier l'assurance vie de l'employé selon les modalités suivantes :

En tout temps

- Vous pouvez modifier une désignation de bénéficiaires révocable en allant sur go/Flexit360 et en sélectionnant Bénéficiaires en haut à gauche sur la page d'accueil. Faites les changements, signez et datez le formulaire et envoyez-le par la poste à l'équipe des avantages sociaux, 6 – 3777 Kingsway, Burnaby BC V5H 3Z7. Conservez une copie du formulaire pour vos dossiers. Pour modifier une désignation de bénéficiaires irrévocable, veuillez envoyer un courriel à

benefits@telus.com.

- Vous pouvez augmenter le montant de votre capital assuré supplémentaire. Vous trouverez le formulaire de preuve d'assurabilité à go/flexit360. Toute augmentation du capital assuré entre en vigueur après l'approbation par l'assureur de votre preuve d'assurabilité.
- Vous devez mettre fin à la protection d'assurance vie des enfants si vous n'avez plus d'enfant admissible à votre charge.

Durant la période d'inscription annuelle

- Vous pouvez modifier le capital assuré de l'assurance vie de l'employé, et ces modifications entreront en vigueur le 1^{er} mars. Vous pouvez augmenter votre capital assuré d'une tranche de 10 000 \$ sans avoir à remplir une preuve d'assurabilité.
- Si vous souscrivez un capital assuré supplémentaire de 20 000 \$ ou plus, vous devez remplir une preuve d'assurabilité.
- Toute augmentation du capital assuré entre en vigueur dès l'approbation de la Preuve d'assurabilité par l'assureur.

Après un événement marquant admissible

- Vous pouvez augmenter le capital assuré de l'assurance vie de l'employé à la suite d'un événement marquant admissible. Toute augmentation du capital assuré entre en vigueur dès l'approbation de la preuve d'assurabilité par l'assureur.

Fin de la protection

L'assurance vie de l'employé prend fin à la première des éventualités ci-dessous :

- votre 72^e anniversaire;
- votre conjoint atteint l'âge de 72 ans (pour l'assurance conjoint uniquement);
- la fin de votre emploi;
- votre conjoint et / ou votre enfant n'est plus admissible à titre de personne à charge admissible

Vous pouvez transformer votre assurance vie collective en une assurance vie individuelle (voir la rubrique Transformation de l'assurance vie).

Considérations

Si vous envisagez de souscrire un montant d'assurance vie facultative de l'employé ou du conjoint ou d'assurance vie des enfants, vous devriez prendre en considération quelques-uns des points suivants :

- le nombre de vos personnes à charge – si plusieurs personnes dépendent de vous ou de votre conjoint comme soutien financier, il peut être préférable de souscrire un capital assuré plus élevé. Si vous n'avez pas de personnes à charge, la prestation de décès de 10 000 \$ ou le régime de base pourrait vous convenir. En effet, vous n'avez peut-être pas besoin d'un capital assuré supplémentaire

- l'âge de vos personnes à charge – si vous avez de jeunes enfants, vous souhaitez peut-être souscrire un montant d'assurance vie suffisant pour aider à payer le coût de leurs études
- l'autonomie financière des membres de votre famille – par exemple, si votre conjoint travaille et que vous n'avez pas de jeunes enfants, vous pourriez choisir une protection moins élevée pour l'assurance vie facultative de l'employé
- les dettes que vous laisseriez – un emprunt hypothécaire important pourrait justifier un capital assuré plus élevé
- les frais funéraires
- les frais de déplacement pour les membres de la famille qui habitent à l'extérieur
- la possible absence au travail non rémunérée
- d'autres polices d'assurance vie que vous pourriez détenir, y compris :
 - une police individuelle
 - un régime de conjoint payé par l'employeur
 - une police souscrite par le biais d'une association professionnelle ou une autre organisation
- d'autres sources de prestations possibles pour vos bénéficiaires advenant votre décès :
 - montant forfaitaire ou rente du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec
 - REER collectif de TELUS

Bénéficiaire

- Il est préférable de nommer une personne en particulier comme bénéficiaire plutôt qu'une succession afin d'assurer le paiement rapide et direct du capital assuré. Si le capital assuré est versé à votre succession, il servira d'abord à payer les dettes avant d'être versé aux bénéficiaires de votre succession.
- Si vous nommez un enfant de moins de 18 ans comme bénéficiaire, vous devez aussi nommer un fiduciaire pour gérer les fonds, sinon un fiduciaire sera nommé par l'État.
- Vous pouvez nommer des bénéficiaires subsidiaires pour votre couverture d'assurance. Il s'agit de bénéficiaires qui touchent le capital assuré dans l'éventualité où les bénéficiaires désignés décèdent avant ou en même temps que vous.
- Si la ou les personnes que vous désignez comme bénéficiaires ou bénéficiaires subsidiaires sont décédées, le capital assuré sera versé à votre succession.

Questions fiscales

Votre bénéficiaire ne paie pas d'impôt sur le versement du capital assuré. Si votre succession est le bénéficiaire, les fonds pourraient être assujettis à l'impôt successoral.

Les primes d'assurance vie payées par l'employeur sont un avantage imposable en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu. Par conséquent, la protection d'assurance vie de base de l'employé constitue un avantage imposable. L'assurance facultative que vous souscrivez n'est pas un avantage imposable puisque vous en payez le coût par voie de retenues salariales après impôt.

Les résidents du Québec, de l'Ontario et du Manitoba doivent payer la taxe de vente provinciale sur les primes d'assurance vie.

Assurance maladies graves

Les tarifs de couverture d'assurance maladies graves se trouvent à l'[Annexe I](#).

L'assurance maladies graves prévoit le versement d'un montant forfaitaire dans le cas où l'employé, le conjoint ou l'enfant est frappé par une maladie grave, par exemple, le cancer, une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral et qu'il survit au diagnostic tel qu'il est décrit dans la partie Frais remboursés. L'assurance maladies graves vise à assurer les personnes qui sont actuellement en bonne santé. Cette assurance peut vous aider à composer avec les coûts supplémentaires associés aux traitements et au rétablissement que les régimes provinciaux de soins de santé et la protection de soins de santé complémentaires ne couvrent pas, notamment :

- Garde d'enfants
- Perte de revenu pour vous ou la personne responsable des soins
- Nouvelles options de traitement
- Frais de déplacement, comme le transport et l'hébergement

Assurance maladies graves de l'employé

Il n'y a pas de protection de base. La couverture est facultative. Vous devez être âgé de moins de 72 ans la première fois que vous souscrivez cette assurance.

Vous pouvez souscrire une assurance maladies graves facultative de l'employé par tranches de capital assuré de 10 000 \$. Il est nécessaire de présenter une preuve d'un bon état de santé pour toute demande d'augmentation de la protection, à l'exception d'une nouvelle embauche, d'un événement marquant ou durant la période d'inscription annuelle où la couverture n'excédant pas 50 000 \$ est offerte sans présentation de preuve de bon état de santé. Vous pouvez acheter une protection minimale de 10 000 \$, jusqu'à un maximum de 200 000 \$. Le coût est calculé en fonction des facteurs suivants :

- votre âge au 1^{er} mars de chaque année;
- votre sexe et
- le fait que vous fumez ou non.

Assurance maladies graves du conjoint

Il n'y a pas de protection de base. La couverture est facultative. Votre conjoint et vous devez être âgés de moins de 72 ans la première fois que vous souscrivez cette assurance.

Vous pouvez souscrire une assurance maladies graves facultative du conjoint par tranches de capital assuré de 10 000 \$. Il est nécessaire de présenter une preuve d'un bon état de santé pour toute demande d'augmentation de la protection, à l'exception d'une nouvelle embauche, d'un événement marquant ou durant la période d'inscription annuelle où la couverture n'excédant pas 50 000 \$ est offerte sans présentation de preuve de bon état de santé. Vous pouvez acheter une protection minimale de 20 000 \$, jusqu'à un maximum de 200 000 \$. Le coût est calculé en fonction des facteurs suivants :

- l'âge de votre conjoint au 1^{er} mars de chaque année;
- le sexe de votre conjoint;
- le fait qu'il fume ou non.

Double protection

Si votre conjoint est employé par TELUS et qu'il est admissible à l'assurance maladies graves facultative, vous pouvez tous les deux souscrire cette assurance, jusqu'à concurrence de 400 000 \$.

Assurance maladies graves des enfants

L'assurance maladies graves facultative des enfants couvre également six autres maladies touchant particulièrement les enfants. Il n'y a pas de protection de base. La couverture est facultative, toutefois, vous devez avoir souscrit une assurance maladies graves de l'employé ou du conjoint pour acheter une assurance maladies graves des enfants. Vous devez être âgé de moins de 72 ans la première fois que vous souscrivez cette assurance.

Vous pouvez souscrire une assurance maladies graves des enfants par tranches de capital assuré de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 20 000 \$.

L'assurance maladies graves des enfants peut uniquement être achetée au moment de l'embauche, de l'inscription annuelle ou à la suite d'un événement marquant. Il n'est pas nécessaire de fournir une déclaration d'état de santé pour s'inscrire à cette protection.

L'assurance maladies graves des enfants protège tous vos enfants admissibles, quel que soit leur nombre.

Seuls les enfants qui répondent à la définition d'enfants à charge admissibles dans le cadre du régime Flex Équipe TELUS peuvent être protégés en vertu d'une assurance maladies graves des enfants.

Double protection

Si votre conjoint est employé par TELUS et qu'il est admissible à l'assurance maladies graves des enfants, vous pouvez tous les deux souscrire cette assurance, jusqu'à concurrence de 40 000 \$. Chaque assurance vie permet d'assurer tous vos enfants.

Frais remboursés

« **Maladie grave** » désigne l'une ou l'autre des maladies, conditions ou interventions chirurgicales qui, pendant que la personne est assurée par la présente assurance, entraîne une

Intervention chirurgicale ou le premier diagnostic d'une maladie grave qui est couverte par la présente assurance. Pour être couverte, cette intervention ou maladie grave doit faire partie de la liste ci-dessous et un Spécialiste doit avoir confirmé qu'elle répond à la définition qui en est donnée à la présente Police. Dans le cas d'une Intervention chirurgicale, un Spécialiste doit en confirmer la nécessité médicale.

Accident vasculaire cérébral	Insuffisance hépatique à un stade avancé
Anémie aplasique	Insuffisance rénale
Angioplastie coronarienne	Lupus érythémateux disséminé
Arthrite rhumatoïde grave	Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie
Brûlures graves	Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques
Cancer (mettant la vie en danger)	Maladie du motoneurone
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)	Mélanome malin au stade 1A
Carcinome canalaire in situ du sein	Méningite purulente
Cardiomyopathie dilatée	Paralysie
Cécité	Perte d'autonomie
Chirurgie de l'aorte	Perte de l'usage de la parole
Coma	Perte de membres
Crise cardiaque	Pontage aortocoronarien
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe	Remplacement d'un genou par chirurgie
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	Remplacement d'une hanche par chirurgie
Dystrophie musculaire	Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque
Greffe d'un organe vital	Sclérose en plaques
Hépatite virale fulminante	Sclérose généralisée évolutive
Hypertension artérielle pulmonaire primitive	Surdité
Infection au VIH dans le cadre du travail	Tumeur cérébrale bénigne

Les maladies graves et troubles de la santé qui ne sont pas expressément définis dans la présente police et inclus dans la liste ci-dessus ne sont pas couverts par l'assurance et aucune prestation n'est payable à leur égard.

Dix-huit conditions additionnelles spécifiques aux enfants

« **Maladie grave** » à l'égard de l'Enfant à charge assuré, désigne l'une des maladies, conditions ou interventions chirurgicales qui, pendant que la personne est assurée par la présente assurance, entraîne une Intervention chirurgicale ou le premier diagnostic d'une maladie grave qui est couverte par la présente assurance. Pour être couverte, cette intervention ou maladie grave doit faire partie de la liste ci-dessous et un Spécialiste doit avoir confirmé qu'elle répond à la définition qui en est donnée à la présente Police. Dans le cas d'une Intervention chirurgicale, un Spécialiste doit en confirmer la nécessité médicale.

Brûlures graves	Insuffisance rénale
Cancer (mettant la vie en danger)	Maladie congénitale du cœur nécessitant une chirurgie
Cécité	Paralysie
Coma	Paralysie cérébrale
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe	Perte de l'usage de la parole
Déficiência mentale	Spina bifida cystica
Dystrophie musculaire	Surdité
Fibrose kystique	Syndrome de Down (Trisomie 21)
Greffe d'un organe vital	Tumeur cérébrale bénigne

Les maladies graves et troubles de la santé qui ne sont pas expressément définis dans la présente police et inclus dans la liste ci-dessus ne sont pas couverts par l'assurance et aucune prestation n'est payable à leur égard.

Définitions des maladies couvertes

Accident vasculaire cérébral désigne le Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intra crâniennes ou par une embolie de source extra crânienne, avec apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques et nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, étant entendu que ces nouveaux symptômes et nouveaux déficits neurologiques objectifs doivent persister pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du Diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent aussi être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- infarctus lacunaire ne correspondant pas à la précédente description de ce qu'est un accident vasculaire cérébral.

Anémie aplasique désigne le Diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie, et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants : stimulation de la moelle osseuse; immunosuppresseurs; greffe de moelle osseuse.

Brûlures graves désigne le Diagnostic formel de brûlures du troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

Cancer (mettant la vie en danger) désigne le Diagnostic formel d'une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Les types de cancer qui sont couverts comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC (American Joint Committee on Cancer).

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le cancer s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans les 90 premiers jours suivant la dernière fois où l'assurance de la personne est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- la personne assurée a présenté des symptômes ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un Diagnostic de cancer (couvert ou non par l'assurance), et cela sans égard à la date d'établissement du Diagnostic;
- la personne assurée a fait l'objet d'un Diagnostic de cancer (couvert ou non par l'assurance).

Restriction : L'Assureur doit être informé de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du Diagnostic, sans quoi il aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation pour un cancer ou pour toute Maladie grave causée par un cancer ou par son traitement.

Références : Aux fins de l'assurance, les définitions se trouvant dans la septième édition du manuel de stadification du cancer de l'AJCC sont celles qui s'appliquent aux références à Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC. De même, la référence à la classification de Rai s'applique tel que prévu dans la publication *Clinical Staging of Chronic Lymphocytic Leukemia*, (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46 :219, 1975).

Cardiomyopathie dilatée désigne une condition affaiblie de la fonction ventriculaire entraînant une déficience physique significative d'au moins classe III selon la New York Heart Association Classification (NYHA). Le Diagnostic de cardiomyopathie dilatée doit être confirmé par de nouvelles anomalies cardiaques démontrées par échocardiographie avec une faible fraction d'éjection (moins de 40 %) pendant au moins 3 mois.

La classe III de déficience cardiomyopathique de la NYHA correspond à l'état du patient qui ne ressent pas d'inconfort au repos, mais qui présente des symptômes dans les activités exigeant de moins grands efforts que les activités normales et quotidiennes malgré la consommation de médicaments et des ajustements diététiques, avec des preuves d'anomalies de la fonction ventriculaire mises en évidence par un examen physique et des analyses de laboratoire.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : causes ischémiques et toxiques de la cardiomyopathie dilatée (y compris l'alcool et les médicaments avec ou sans prescription).

Cécité désigne le Diagnostic formel de la perte totale et Irréversible de la vue des deux yeux, attestée par une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux ou par un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Chirurgie de l'aorte désigne une Intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Aux fins de la présente description, le terme «aorte» désigne l'aorte thoracique et l'aorte abdominale, mais non pas les branches de l'aorte.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; intervention non chirurgicale.

Coma désigne le Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le coma :

- un coma médicalement provoqué;
- un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue;
- un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque désigne le Diagnostic formel de la nécrose du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine et qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, le tout accompagné d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;
- apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne et à défaut de nouvelles ondes Q;
- changements à l'ECG suggérant un précédent infarctus du myocarde, mais qui ne correspondent pas à la précédente description de crise cardiaque.

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe désigne le Diagnostic formel d'une insuffisance Irréversible du cœur, des deux poumons, du foie ou de la moelle osseuse, cette insuffisance rendant la greffe nécessaire du point de vue médical. Pour qu'une personne assurée puisse avoir droit à une prestation pour cette Maladie grave, elle doit être inscrite comme receveur dans un centre reconnu où s'effectue la forme de greffe requise et qui se situe au Canada ou aux États-Unis. Aux fins de la définition de la Période de survie, la date d'établissement du Diagnostic est réputée être la date d'inscription de la personne assurée à un tel centre de greffe.

Déficience mentale désigne le Diagnostic formel d'un développement insuffisant de l'intelligence démontré par un quotient intellectuel (QI) de moins de 70 selon les résultats de tests normatifs.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer désigne le Diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire accompagnée d'au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- perturbation des fonctions exécutives (par exemple, l'incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

L'état de la personne doit aussi être caractérisé par ce qui suit :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score

équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et

- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes, obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins 6 mois.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : troubles affectifs ou schizophréniques; délire.

Dystrophie musculaire désigne le Diagnostic formel de tous les signes suivants :

- présentation clinique comportant une faiblesse des muscles squelettiques, des douleurs musculaires et la myotonie;
- changements caractéristiques d'électromyographie;
- biopsie musculaire confirmant le Diagnostic de dystrophie musculaire.

Fibrose kystique désigne le Diagnostic formel d'une maladie génétique touchant les glandes sudoripares et muqueuses, particulièrement dans les poumons et le système digestif, caractérisée par des sécrétions de mucus excessives menant progressivement à une maladie respiratoire chronique et à des problèmes nutritionnels.

Greffe d'un organe vital désigne une intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire, comme démontré par le Diagnostic d'une insuffisance Irréversible du cœur, des deux poumons, du foie ou de la moelle osseuse. Pour qu'une greffe soit considérée comme greffe d'un organe vital aux fins de l'assurance, la personne assurée doit subir une intervention chirurgicale pour se faire greffer un cœur, un poumon, un foie ou de la moelle osseuse.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable à titre de greffe d'un organe vital : greffe de tout autre organe que ceux qui sont prévus dans la présente description.

Hépatite virale fulminante désigne le Diagnostic formel de nécrose submassive à massive du foie causée par un virus qui entraîne précipitamment une insuffisance hépatocellulaire. La prestation ne sera payable que si toutes les caractéristiques suivantes sont satisfaites :

- diminution rapide du volume du foie confirmée par une échographie abdominale;
- nécrose impliquant entièrement les lobules, ne laissant qu'une trame réticulaire, confirmé par histologie, si applicable;
- tests démontrant une détérioration rapide des fonctions hépatiques;
- amplification d'ictère.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- hépatite chronique;
- insuffisance hépatocellulaire causée par l'alcool ou par des toxines ou des drogues.

Hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique ou hypertension artérielle pulmonaire familiale) désigne le Diagnostic formel d'hypertension artérielle pulmonaire primitive avec un élargissement substantiel du ventricule droit, confirmé par des analyses et incluant un cathétérisme cardiaque, entraînant une déficience physique irréversible et permanente d'au moins classe IV selon la classification des insuffisances cardiaques de la New York Heart Association (NYHA). Dans la 39^e édition du *Current Medical Diagnosis and Treatment*, il est mentionné que la classe IV rend la personne incapable d'entreprendre quelque activité sans ressentir d'inconfort et que des symptômes peuvent se manifester même au repos.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : hypertension artérielle pulmonaire de quelque autre forme que ce soit.

Infection au VIH dans le cadre du travail désigne le Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH durant l'exercice des fonctions normales de son travail habituel. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu pendant que la personne est couverte par la présente assurance. De plus, la prestation ne sera payable que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- la blessure accidentelle doit être signalée à l'Assureur dans les 14 jours suivant l'accident;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- une sérologie du VIH doit être effectuée entre 90 et 180 jours après la blessure accidentelle et le résultat doit être positif; la personne assurée doit survivre au moins 14 jours à compter de la date de cette seconde sérologie;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis;
- la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne sera payable en rapport avec cette Maladie grave :

- la personne assurée a refusé de se faire administrer l'un ou l'autre des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé contre l'infection au VIH était disponible avant la blessure accidentelle;
- l'infection au VIH résulte d'une blessure qui n'est pas accidentelle (y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par l'usage de drogues injectables).

Insuffisance hépatique à un stade avancé désigne le Diagnostic formel d'insuffisance hépatique due à une cirrhose. La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- ictère permanent;

- ascite;
- encéphalopathie.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : insuffisance hépatique entraînée par une consommation d'alcool ou de drogues (sauf s'ils sont pris seulement en conformité avec la prescription du médecin).

Insuffisance rénale désigne le Diagnostic formel du stade terminal d'une insuffisance chronique et Irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale ou une éventuelle greffe rénale.

Maladie congénitale du cœur nécessitant une chirurgie désigne le Diagnostic formel d'une malformation cardiaque grave présente à la naissance et pour laquelle une chirurgie correctrice a été réalisée.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques

Maladie de Parkinson désigne le Diagnostic formel de la maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins l'un des symptômes suivants :

- rigidité musculaire;
- tremblement de repos.

Syndromes parkinsoniens atypiques désigne le Diagnostic formel de paralysie supra nucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multi systémique.

Le Diagnostic de Maladie de Parkinson ou de Syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un neurologue. Dans tous les cas, la personne assurée doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : toute autre forme de parkinsonisme.

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la maladie de Parkinson ou des syndromes parkinsoniens atypiques s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans l'année suivant la dernière fois où l'assurance de la personne est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- la personne assurée a présenté des symptômes ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un Diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, et cela sans égard à la date d'établissement du Diagnostic;
- la personne assurée a fait l'objet d'un Diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de toute autre forme de parkinsonisme.

Restriction : L'Assureur doit être informé de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du Diagnostic, sans quoi il aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation portant sur la maladie de

Parkinson ou sur un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute Maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou par un syndrome parkinsonien atypique ou par leur traitement.

Maladie du motoneurone désigne le Diagnostic formel d'une des maladies suivantes :

- sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig);
- sclérose latérale primitive;
- atrophie musculaire progressive;
- paralysie bulbaire progressive;
- paralysie pseudo-bulbaire.

Méningite purulente désigne le Diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours à compter de la date d'établissement du Diagnostic.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : méningite virale.

Paralysie désigne le Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres, par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, et cela pendant une période d'au moins 90 jours à compter de l'événement déclencheur.

Paralysie cérébrale désigne le Diagnostic formel d'une maladie chronique qui se manifeste au cours des premières années de la vie, causée par une lésion aux zones motrices du cerveau et caractérisée par différents degrés de faiblesse des membres, par des mouvements involontaires et par des difficultés d'élocution.

Perte d'autonomie désigne le Diagnostic formel d'une incapacité totale à effectuer soi-même au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous pendant une période continue d'au moins 90 jours, sans espoir raisonnable de rétablissement.

Aux fins de la détermination de cette maladie grave, les activités de la vie quotidienne sont les suivantes :

- se laver - capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se vêtir - capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se servir des toilettes - capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;

- être continent - capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux, de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle;
- se mouvoir - capacité de se coucher, de se lever du lit, de s'asseoir ou de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se nourrir - capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

Perte de l'usage de la parole désigne le Diagnostic formel de la perte totale et Irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la perte de la parole : toute cause psychiatrique.

Perte de membres désigne le Diagnostic formel de l'amputation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville ou plus haut, par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Pontage aortocoronarien désigne une Intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou plusieurs artères coronaires, au moyen d'une ou de plusieurs greffes.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec ce genre d'intervention chirurgicale : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; intervention non chirurgicale.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque désigne une Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec ce genre d'intervention chirurgicale : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques désigne le Diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :

- au moins 2 poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation;
- des anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de 6 mois et confirmées par IRM du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation;
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

Sclérose généralisée évolutive désigne le Diagnostic formel de sclérodermie généralisée évolutive avec atteinte systémique du cœur, des poumons ou des reins. Le Diagnostic doit être catégoriquement confirmé par des signes cliniques et sérologiques et une biopsie si disponible.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- sclérodermie localisée (sclérodermie ou morphee linéaire);
- fasciite éosinophile;
- syndrome de CREST.

Spina bifida cystica désigne le Diagnostic formel d'une anomalie congénitale causée par l'échec de la colonne vertébrale de correctement fermer, ce qui permet à la moelle épinière et à son enveloppe protectrice (méninges) de traverser la peau, le tout caractérisé par divers des degrés suivants :

- hydrocéphalie;
- paralysie;
- problèmes intestinaux;
- problèmes urinaires.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : spina bifida occulta.

Surdité désigne le Diagnostic formel de la perte totale et Irréversible de l'ou ie des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un registre de 500 à 3 000 hertz.

Syndrome de Down (Trisomie 21) désigne le Diagnostic formel d'une anomalie congénitale causée par la présence d'un chromosome supplémentaire à la 21^e paire, cette anomalie étant caractérisée principalement par différents degrés de retard mental, d'autres troubles peuvent se manifester, dont la cardiopathie congénitale.

Tumeur cérébrale bénigne désigne le Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte du c r ne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs c raniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et Irréversibles.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la tumeur cérébrale bénigne s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans les 90 premiers jours suivant la dernière fois où l'assurance de la personne est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- la personne assurée a présenté des symptômes menant à un Diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou non par l'assurance) et cela sans égard à la date d'établissement du Diagnostic;

- la personne assurée a fait l'objet d'un Diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou non par l'assurance).

Restriction : L'Assureur doit être informé de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du Diagnostic, sans quoi il aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation portant sur une tumeur cérébrale bénigne ou sur toute Maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.

Garantie Complémentaire en cas de Certaines Maladies (applicable à un employé assuré et à un conjoint assuré)

En plus des Maladies graves décrites à la section « Définitions des maladies couvertes », les maladies suivantes sont couvertes en vertu de la Garantie complémentaire en cas de certaines maladies.

1. Angioplastie coronarienne
2. Arthrite rhumatoïde grave
3. Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
4. Carcinome canalaire in situ du sein
5. Lupus érythémateux disséminé
6. Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie
7. Mélanome malin au stade 1A
8. Remplacement d'une hanche ou d'un genou par chirurgie

Angioplastie coronarienne

Une Intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang.

Arthrite rhumatoïde grave

Le Diagnostic formel d'arthrite rhumatoïde séropositive grave qui doit comporter la destruction générale des articulations, affectant au moins 3 grosses articulations (celles des épaules, des coudes, des hanches, des genoux ou des chevilles) et 3 petites articulations (les articulations métacarpophalangiennes, ou interphalangiennes proximales, les articulations interphalangiennes du pouce, les articulations du poignet et les deuxième, troisième, quatrième et cinquième articulations métatarsophalangiennes). Le Diagnostic doit être confirmé par la démonstration clinique et radiologique de destruction articulaire et de déformation des articulations.

Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)

Le Diagnostic formel d'un cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, confirmé par un examen pathologique du tissu prostatique.

Carcinome canalaire in situ du sein

Le Diagnostic de carcinome canalaire in situ du sein, confirmé par biopsie.

Lupus érythémateux disséminé

Le Diagnostic formel de lupus érythémateux disséminé qui atteint les reins et nécessite au moins 6 mois consécutifs de corticothérapie, et qui est confirmé par des tests d'atteinte permanente à la fonction rénale démontrant un débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 30 ml/min./1,73 m². De plus, un test positif anticorps-antinucléaire (AAN) doit être réalisé.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : toute autre forme de lupus, tel le lupus discoïdal et les formes de lupus qui ne touchent que les articulations et le système sanguin.

Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie

Le Diagnostic formel de maladie de Crohn confirmé par des résultats caractéristiques d'endoscopie et de données histologiques. Cette maladie doit aussi se caractériser par la présence d'abcès ou de fistules à l'intérieur de l'abdomen ou à l'anus ou par une obstruction ou perforation intestinale, ou ne pas répondre aux traitements non chirurgicaux. De plus, les symptômes doivent avoir persisté malgré un maximum de thérapie non chirurgicale et il doit être médicalement nécessaire de procéder à une Intervention chirurgicale comportant l'ablation d'au moins un segment de l'intestin.

Mélanome malin au stade 1A

Le Diagnostic confirmé par biopsie de la présence d'un mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V.

Remplacement d'une hanche ou remplacement d'un genou par chirurgie

Une Chirurgie avec ouverture menant au remplacement total d'une hanche ou de la totalité du genou par une prothèse, sous réserve de ce qui suit :

- a) Pour que le remplacement d'une hanche soit considéré comme tel en vertu de la présente assurance, le col du fémur doit être remplacé. De plus, la chirurgie doit être effectuée à la fois avec arthroplastie totale et hémiarthroplastie (autant monopolaire que bipolaire).
- b) Pour que le remplacement du genou soit considéré comme tel en vertu de la présente assurance, les trois compartiments du genou (fémoro-tibial interne, fémoro-tibial externe et fémoro-rotulien) doivent être remplacés.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le remplacement d'une hanche ou le remplacement d'un genou : traitement arthroscopique des surfaces des articulations; reprise d'un remplacement total antérieur de la hanche ou du genou.

Capital assuré se rapportant à la garantie complémentaire en cas de certaines maladies

Si l'Employé assuré ou le Conjoint assuré reçoit le Diagnostic d'une des maladies énumérées ci-dessus pendant que son assurance est en vigueur et sous réserve des dispositions de la section « Période de survie » ainsi que de celles de la section « Conditions de réadmission », alors l'Assureur s'engage à payer à l'Employé assuré ou au Conjoint assuré :

- 1) Dans les cas suivants, 10 % du Capital assuré, sous réserve d'un maximum de 25 000 \$:

- Angioplastie coronarienne
- Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
- Carcinome canalaire in situ du sein
- Mélanome malin au stade A

Pour les cas prévus au regroupement 1) ci-dessus, le paiement de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies vient en complément du Capital assuré et ne peut être versé qu'une seule fois la vie durant, le tout sous réserve des limites mentionnées à la section « Conditions de réadmission ».

2) Dans les cas suivants, 10 % du Capital assuré, sous réserve d'un maximum de 10 000 \$:

- Arthrite rhumatoïde sévère
- Lupus érythémateux disséminé
- Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie

Pour les cas prévus au regroupement 2) ci-dessus, le paiement de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies vient en complément du Capital assuré et ne peut être versé qu'une seule fois la vie durant, le tout sous réserve des limites mentionnées à la section « Conditions de réadmission ».

3) Dans les cas suivants, 10 % du Capital assuré, sous réserve d'un maximum de 10 000 \$:

- Remplacement d'une hanche par chirurgie
- Remplacement d'un genou par chirurgie

Pour les cas prévus au regroupement 3) ci-dessus, le paiement de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies vient en complément du Capital assuré et ne peut être versé qu'une seule fois la vie durant, le tout sous réserve des limites mentionnées à la section « Conditions de réadmission ».

Prestation en cas de Récidive de Cancer

L'Assureur versera le Capital assuré si l'Employé assuré ou le Conjoint assuré reçoit un Diagnostic de Cancer alors qu'il en a déjà reçu un, plus de soixante (60) mois auparavant et pourvu qu'aucun traitement directement ou indirectement lié au cancer n'ait été reçu au cours des soixante (60) mois en question. À ces fins, les médicaments utilisés à des fins préventives et les rencontres de suivi chez le médecin ne sont pas considérés comme des traitements. Le second de ces Diagnostics doit être reçu pendant que l'assurance de la personne est en vigueur.

Garantie Prestations Multiples

Si l'Employé assuré ou le Conjoint assuré est atteint d'une Maladie grave couverte pour laquelle le Capital assuré a été versé et reçoit par la suite le Diagnostic d'une autre Maladie grave couverte, l'Assureur versera le Capital assuré, sous réserve des dispositions de la section « Conditions de réadmission ».

Pour donner droit à un montant en vertu de la Garantie prestations multiples, le subséquent Diagnostic doit être posé 90 jours ou plus après le Diagnostic de l'autre Maladie grave couverte.

Conditions de Réadmission

Si une prestation a déjà été versée à un Employé assuré ou à un Conjoint assuré pour une Maladie grave couverte, l'assurance de la personne concernée est quand même maintenue, à condition que le paiement de la prime soit aussi maintenu. Le paiement éventuel d'autres prestations est assujéti à ce qui est prévu à L'annexe des Exclusions de Readmission.

AXA Assistance Canada inc. Programme Seconde opinion médicale

SSQ, Société d'assurance inc., s'engage, en coopération avec AXA Assistance Canada inc., à offrir le programme Seconde opinion médicale aux personnes assurées (ci-après appelées « Assuré ») en vertu du contrat no 1SP40 établi au nom de : TELUS

En vertu de cette entente :

- 1) Les services suivants seront rendus, sans frais sauf lorsque contrairement stipulé, à tout Assuré qui a reçu un Diagnostic de Maladie grave couverte en vertu du contrat identifié ci-dessus :
 - a) sélection du spécialiste le plus habilité à fournir les services médicaux du programme Seconde opinion médicale en fonction du Diagnostic reçu par l'Assuré;
 - b) transmission, au spécialiste choisi, des documents médicaux pertinents et nécessaires qui ont été envoyés par l'Assuré ou par le médecin;
 - c) communication du délai établi après évaluation;
 - d) selon le besoin, organisation d'une rencontre avec le spécialiste, si le spécialiste juge nécessaire la présence de l'Assuré et que ce dernier l'accepte. Les frais engagés seront à la charge de l'Assuré;
 - e) analyse des documents médicaux et remise d'un diagnostic, par le spécialiste au dossier, ainsi que de recommandations sur les possibilités de traitement, le tout étant inclus dans un rapport d'expertise;
 - f) transmission du rapport d'expertise à l'Assuré et au médecin traitant;
 - g) à la demande de l'Assuré, référencement vers trois (3) spécialistes médicaux qualifiés pour traiter l'Assuré.
- 2) Pour l'obtention de soins médicaux à l'extérieur du pays, les services suivants seront rendus à tout Assuré qui a reçu un Diagnostic de Maladie grave couverte en vertu du contrat identifié ci dessus. Les frais engagés seront à la charge de l'Assuré :
 - a) organisation de rendez-vous médicaux avec des médecins ou des spécialistes à l'extérieur du Canada;
 - b) admission dans des cliniques médicales situées à l'extérieur du Canada;
 - c) réservations de chambres d'hôtel;
 - d) organisation du transport;
 - e) recherche de traducteur ou services d'interprète lorsqu'approprié;
 - f) aide administrative pour les honoraires et les réclamations médicales à l'extérieur du Canada, lorsque demandée par l'Assuré.

L'Assuré qui souhaite obtenir des services du programme Seconde opinion médicale doit être préparé à donner les informations suivantes au moment de téléphoner :

- le nom de la personne qui appelle, son numéro de téléphone et sa relation avec l'employé assuré;
- le nom de l'employé assuré, et le numéro de la police d'assurance;
- le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du lieu de travail du médecin traitant, et des spécialistes consultés s'il y a lieu.

Le numéro de téléphone à utiliser est le 1-877-266-6550.

AXA Assistance aidera l'Assuré afin que celui-ci puisse obtenir une deuxième opinion médicale ou les soins médicaux requis à l'extérieur du pays. Toutefois, SSQ, Société d'assurance inc. et AXA Assistance déclinent toute responsabilité quant à la disponibilité, l'indisponibilité, la quantité, la qualité ou aux résultats des soins reçus ou à l'impossibilité d'obtenir de tels soins.

SSQ, Société d'assurance inc. pourrait remettre au Contractant des cartes sur lesquelles figure le numéro de téléphone à utiliser pour obtenir les services du programme Seconde opinion médicale. L'accès au programme Seconde opinion médicale est possible 24 heures sur 24, 365 jours par année.

Détails

Problème de santé préexistant

Problème de santé préexistant désigne la présence des symptômes dans les douze (12) mois précédant la date d'entrée en vigueur de la couverture individuelle de la personne assurée pour lesquels une personne raisonnablement prudente chercherait à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement; ou une maladie ou un état de santé pour lesquels la personne assurée, durant les douze (12) mois précédant la date d'entrée en vigueur de sa couverture individuelle, a engagé des frais médicaux, reçu un traitement médical, pris des médicaments sous ordonnance ou sans ordonnance ou consulté un médecin.

Protection pour l'employé et le conjoint en cas de multiples maladies

Si vous ou votre conjoint avez reçu un diagnostic d'une maladie grave couverte pour laquelle vous avez reçu une prestation, puis recevez plus tard un diagnostic d'une autre maladie grave couverte (au moins 90 jours après le versement de la prestation), vous ou votre conjoint recevrez une deuxième prestation complète, sous réserve de certaines exclusions liées au renouvellement de la protection.

Transformation de la protection

Si vous ou votre conjoint avez moins de 65 ans et perdez votre couverture d'assurance en raison d'une perte d'emploi, d'un changement de statut matrimonial ou d'un départ à la retraite, vous pouvez transformer votre protection jusqu'à concurrence de 100 000 \$ pour vous et votre conjoint et de 20 000 \$ pour votre enfant en communiquant avec SSQ dans les 31 jours suivant la perte de votre assurance.

Preuve d'assurabilité

En déclarant que vous êtes en bonne santé, vous indiquez à l'assureur que vous ne constituez pas un risque important pour l'assureur. Pour ce faire, vous devez remplir le formulaire de déclaration d'assurabilité, que vous pouvez vous procurer à go/flexit360.

Vous devez remplir ce formulaire si vous augmentez votre protection au-delà des montants maximaux supérieurs sans preuve d'assurabilité au moment de l'inscription annuelle, en tant que nouvel employé ou à la suite d'un événement marquant.

En plus de ce formulaire, l'assureur peut demander un supplément d'information, notamment un prélèvement sanguin ou un examen médical.

Maintien de la protection pendant les périodes de congé

Congé d'invalidité

Si à cause d'une invalidité, vous touchez des prestations d'assurance invalidité de courte durée, votre assurance demeure en vigueur et les primes sont déduites de votre salaire. Si vous touchez des prestations d'assurance invalidité de longue durée, vous pouvez prendre des dispositions afin que votre assurance demeure en vigueur moyennant le versement des primes, tant que vous demeurez à l'emploi de TELUS, conformément aux modalités du régime applicable.

Congé de maternité, parental, de soignant ou pour proches aidants

Votre assurance demeure en vigueur pendant votre congé de maternité, parental, de soignant ou pour proches aidants et vous continuez à payer les primes d'assurance vie facultative applicables.

Autres congés

En cas de congé autorisé pour des raisons personnelles ou autres, vous devez conclure une entente avec le Service des avantages sociaux pour que la protection soit maintenue pendant cette période, moyennant le versement des primes. Vous serez responsable du coût des régimes d'avantages sociaux.

Échéances

Entrée en vigueur de la protection

Si, au moment de l'inscription annuelle, vous souscrivez une assurance pour laquelle vous n'êtes pas tenu de fournir une déclaration d'assurabilité, celle-ci entre en vigueur le 1er mars.

Si, lors d'une nouvelle embauche, vous souscrivez une assurance pour laquelle vous n'êtes pas tenu de fournir une déclaration d'assurabilité, celle-ci sera rétroactive au jour de votre embauche après votre inscription.

Toute couverture pour laquelle vous êtes tenu de fournir une déclaration d'assurabilité entre en vigueur après que l'assureur a approuvé votre demande.

Modification de la protection

Vous pouvez modifier l'assurance maladies graves de l'employé ou du conjoint selon les modalités suivantes :

En tout temps

Vous pouvez augmenter le capital assuré de l'assurance maladies graves en remplissant une déclaration d'assurabilité pour l'assurance maladies graves, que vous pouvez vous procurer à go/flexit360. L'augmentation entre en vigueur dès l'approbation de la preuve d'assurabilité par l'assureur.

Vous pouvez modifier l'assurance maladies graves de l'employé, du conjoint ou des enfants selon les modalités suivantes :

Durant la période d'inscription annuelle

Vous pouvez modifier le montant du capital assuré de votre assurance maladies graves à compter du 1^{er} mars. Toute augmentation du capital assuré pour laquelle vous êtes tenu de fournir une déclaration d'assurabilité entre en vigueur dès l'approbation de la déclaration par l'assureur.

Après un événement marquant admissible

Vous pouvez augmenter le capital assuré de l'assurance maladies graves à la suite d'un événement marquant admissible en remplissant une déclaration d'assurabilité pour l'assurance maladies graves, que vous pouvez vous procurer à go/flexit360. Toute augmentation du capital assuré entre en vigueur après l'approbation par l'assureur de votre déclaration d'assurabilité.

Fin de la protection

L'assurance maladies graves de l'employé prend fin à la première des éventualités ci-dessous :

- votre emploi prend fin;
- vous ou votre conjoint atteignez l'âge de 72 ans;
- votre conjoint ou votre enfant ne correspond plus à la définition de personne à charge admissible.

Remarque : L'assurance maladies graves des enfants prend fin lors du paiement d'une demande de règlement pour un enfant. La protection demeure en vigueur pour les autres enfants admissibles pour lesquels aucune demande de règlement n'a été présentée.

Considérations

Si vous envisagez de souscrire une assurance maladies graves de l'employé, du conjoint ou des enfants, vous devriez prendre en considération quelques-uns des points suivants :

- la situation financière pour les membres de la famille si vous, votre conjoint ou votre enfant deviez tomber soudainement malade;
- la possibilité d'absence de travail non rémunérée;
- la possibilité d'embaucher une personne responsable des soins;

- les frais pour soins d'enfant;
- les dépenses pour les nouvelles options de traitement;
- les possibles frais de déplacement, comme le transport et l'hébergement.

Questions fiscales

Vous n'avez pas à payer l'impôt sur le montant forfaitaire versé par l'assurance maladies graves. Cette assurance facultative que vous souscrivez n'est pas un avantage imposable puisque vous en payez le coût par voie de retenues salariales après impôt.

Les membres de l'équipe au Manitoba, en Ontario et au Québec doivent payer la taxe de vente provinciale sur les primes d'assurance maladies graves.

Assurance accidents

Les tarifs de l'assurance accidents se trouvent à [l'Annexe I](#).

L'assurance accidents s'ajoute à l'assurance accidents en voyage d'affaires.

Assurance accidents de l'employé

L'assurance accidents de l'employé verse un montant forfaitaire à votre bénéficiaire si vous décédez à la suite d'un accident, ou à vous-même, si vous perdez l'usage d'un membre, de la vue, ou de l'ouïe ou si vous subissez une perte de mobilité.

Protection de base

Si vous choisissez d'adhérer au régime, TELUS assume entièrement le coût de l'assurance accidents de l'employé, dont le capital assuré correspond à une fois le salaire de base annuel.

Vous pouvez souscrire l'assurance accidents facultative en unités de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 500 000 \$ (50 unités).

Assurance accidents du conjoint

L'assurance accidents du conjoint verse un montant forfaitaire au bénéficiaire si votre conjoint décède à la suite d'un accident, ou à votre conjoint s'il perd l'usage d'un membre, de la vue, ou de l'ouïe ou s'il subit une perte de mobilité.

L'assurance accidents du conjoint ne comprend pas de protection de base. La couverture est facultative.

Vous pouvez souscrire l'assurance accidents facultative du conjoint en unités de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 500 000 \$ (50 unités).

Assurance accidents des enfants

L'assurance accidents des enfants verse un montant forfaitaire au bénéficiaire si votre enfant décède à la suite d'un accident, ou à vous-même s'il perd l'usage d'un membre, de la vue, ou de l'ouïe ou s'il subit une perte de mobilité.

L'assurance accidents des enfants ne comprend pas de protection de base. La couverture est facultative.

Vous pouvez souscrire l'assurance accidents facultative des enfants en unités de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 50 000 \$ (5 unités).

Double protection

Si votre conjoint est aussi employé par TELUS et est admissible à une assurance accidents du conjoint, vous pouvez tous les deux souscrire l'assurance accidents du conjoint. Le capital assuré maximal combiné pour une vie, qu'il s'agisse du membre de l'équipe ou du conjoint, ne peut dépasser 500 000 \$.

Si votre conjoint est admissible à l'assurance vie pour enfants, vous pouvez tous les deux la souscrire, mais la protection combinée ne peut dépasser 50 000 \$.

Frais remboursés

Les indemnités décrites ci-après sont versées uniquement en cas de perte, de perte d'usage ou de décès accidentels. Elles ne sont pas versées si le décès ou la perte est attribuable à toute autre cause.

Les montants suivants sont versés en cas de perte :

Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle

Deux fois le capital assuré	<p>Quadruplégie (paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs)</p> <p>Paraplégie (paralysie totale des membres inférieurs)</p> <p>Hémiplégie (paralysie totale des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps)</p>
Capital assuré	<p>Vie</p> <p>Vision complète des deux yeux</p> <p>Parole et ouïe des deux oreilles</p> <p>Une main et un pied</p> <p>Deux mains ou deux pieds</p> <p>Une main et vision complète d'un œil</p> <p>Un pied et vision complète d'un œil</p>
Quatre cinquièmes du capital assuré	<p>Un bras ou une jambe</p>
Trois quarts du capital assuré	<p>Vision complète d'un œil</p> <p>Parole</p> <p>Ouïe des deux oreilles</p> <p>Une main ou un pied</p>
Deux cinquièmes du capital assuré	<p>Ouïe d'une oreille</p> <p>Pouce et index ou au moins quatre doigts de la même main</p>
Tiers du capital assuré	<p>Tous les orteils d'un pied</p>

Couverture additionnelle propre à l'assurance accidents de l'employé

Indemnité d'agression

Si vous êtes blessé et subissez une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle qui découle d'une agression dans les locaux dont TELUS est propriétaire ou locataire ou si l'agression s'est produite lors d'un voyage d'affaires approuvé par l'entreprise, vous êtes admissible à une indemnité supplémentaire 10 % de votre capital assuré jusqu'à concurrence de 25 000 \$.

Frais de garde

Si vous décédez, la personne responsable d'assumer les dépenses de services de garde sera remboursée pour chaque enfant à charge admissible de moins de 13 ans, soit de 5 % de votre capital assuré pendant un maximum de cinq années consécutives, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année, pour les frais engagés pour que l'enfant fréquente une garderie agréée. L'enfant doit être inscrit à la garderie à la date du décès ou au cours de l'année qui suit votre décès.

Scolarité

Si vous décédez, la personne responsable d'assumer les dépenses liées aux études sera remboursée pour chaque enfant à charge admissible, soit de 5 % de votre capital assuré pendant un maximum de cinq années consécutives, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année, pour les frais de scolarité de l'enfant, à condition qu'il soit inscrit comme étudiant à temps plein dans un établissement scolaire, un collège ou une université accrédités à la date de votre décès ou dans l'année qui suit votre décès.

Extension de la couverture familiale

Si vous décédez, quelle qu'en soit la cause, votre couverture demeurera en vigueur pour votre conjoint et vos enfants à charge assurés pendant un maximum de six (6) mois, sans paiement de prime.

Indemnité de formation professionnelle

Si vous décédez des suites d'une blessure qui entraîne des paiements en vertu du Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle, votre conjoint recevra des prestations pour des frais raisonnables et nécessaires en vue de suivre un programme de formation professionnelle officiel dans les trois ans suivant votre décès, jusqu'à concurrence de 15 000 \$ afin de se qualifier pour un nouvel emploi. Ce montant ne comprend pas les frais de pension ou tous autres frais habituels de subsistance, de transport ou d'habillement.

Indemnisation d'invalidité totale permanente

Si vous êtes blessé, devenez complètement invalide dans les trois cent soixante-cinq jours (365) suivant la date de l'accident et que l'invalidité totale s'étend sur une période de douze (12) mois consécutifs à partir du début et devient permanente à la fin de cette période, vous êtes admissible à 100 % de votre capital assuré, moins tout paiement versé par suite du même

accident en vertu de la rubrique intitulée « Indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle »

Réadaptation

Si vous êtes blessé et subissez une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle et vous devez suivre un programme de réadaptation, le régime prévoit le remboursement des frais raisonnables et nécessaires que vous engagez à cette fin au cours des trois années suivant la date d'une telle perte, jusqu'à concurrence de 15 000 \$.

Indemnité de survivant

Si vous êtes blessé et que vous recevez des prestations en vertu du Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle, et que vous décédez ensuite dans les 365 jours de la date de l'accident, un versement additionnel est effectué pour chaque enfant survivant à votre charge et assuré, pendant les douze (12) mois suivant votre décès.

Indemnité de modification du lieu de travail et d'adaptation

Si vous subissez une blessure donnant lieu à une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle et que vous avez besoin d'équipement adapté ou de modifications à votre poste de travail, votre employeur recevra une somme pouvant atteindre 5 000 \$ pour couvrir ces dépenses.

Couverture additionnelle propre à l'assurance accidents de l'employé et du conjoint :

Indemnité de décès simultanés

Si votre conjoint assuré et vous êtes blessés et décédez des suites du même accident, la couverture d'assurance de votre conjoint, si elle est moindre que la vôtre, sera augmentée jusqu'au montant de votre couverture. Le montant total payable en vertu de cette garantie est de 1 000 000 \$.

Indemnité pour psychothérapie

Si vous ou vous votre conjoint êtes blessé et subissez une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle, vous êtes admissible à une psychothérapie donnée par un conseiller professionnel dans les 365 jours suivant la blessure. Les prestations maximales sont versées pour 12 séances ou un maximum de 5 000 \$, selon la première éventualité.

Couverture additionnelle propre à l'assurance accidents des enfants :

Majoration de l'indemnité pour enfants

Si votre enfant à charge assuré subit une blessure donnant lieu à une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle, sauf s'il décède, vous recevrez le double des prestations prévues à moins que l'enfant à charge ne décède dans les 90 jours suivant la date de l'accident.

Couverture additionnelle de l'assurance accidents de l'employé, du conjoint et des enfants :

Indemnité de coussin de sécurité gonflable

Si vous êtes blessé et subissez une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle et en vertu de l'Indemnité de port de la ceinture de sécurité, et qu'un coussin de sécurité gonflable a été déployé, vous êtes admissible à une indemnité supplémentaire jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

Assurance aviation

L'assurance accidents protège contre les blessures survenues :

- après avoir été frappé par un avion;
- au cours de l'embarquement ou du débarquement;
- au cours d'un vol dans un avion dûment autorisé qui est piloté par une personne autorisée à piloter ce type d'avion et à bord duquel l'assuré prend place à titre de passager (et non de pilote ou de membre d'équipage).

L'assurance accidents ne prévoit pas le versement de prestations dans le cas de blessures survenues alors que l'assuré pilotait un avion appartenant ou loué à TELUS ou qu'il y prenait place.

Indemnité de deuil

Si vous décédez des suites d'une blessure indemnizable en vertu du Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle, votre conjoint ou les enfants à votre charge seront admissibles à des consultations pour endeuillés pour un montant jusqu'à concurrence de 2 500 \$. Si votre enfant décède, vous ou votre conjoint y serez admissibles.

Indemnité de lésion cérébrale

Si vous subissez des lésions cérébrales en raison d'une blessure, vous pouvez être admissible à 100 % de votre capital assuré, moins tout paiement déjà versé en vertu du Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle.

Indemnité de détournement de voiture

Si vous êtes blessé lors du détournement du véhicule que vous conduisiez, à l'embarquement ou au débarquement, ou en tant que passager et subissez une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle, vous êtes admissible à une indemnité supplémentaire de 10 % de votre capital assuré jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

Indemnité de coma

Si un médecin détermine que vous êtes devenu comateux dans les 365 jours qui suivent une blessure et que vous êtes dans le coma depuis six (6) mois consécutifs, vous êtes admissible à 100 % de votre capital assuré, moins tout montant versé pour une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle.

Indemnité de préjudice esthétique

Vous êtes couvert en cas de préjudice esthétique des suites de blessures par brûlures.

Indemnité d'indexation

Si vous êtes blessé et recevez un paiement en vertu des rubriques intitulées « Indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle », « Indemnités permanentes versées en cas de double protection », « Indemnité de coma » ou « Indemnité de lésion cérébrale », vous serez admissible à des versements indexés en fonction du nombre d'années continues pendant lesquelles votre couverture était en vigueur.

Indemnité d'exposition et de disparition

Vous êtes couvert pour toute perte admissible susceptible de survenir par suite de phénomènes naturels inévitables ou en cas de disparition et que votre corps reste introuvable après plus d'une année suivant le naufrage ou le sauvetage du moyen de transport où vous étiez; vous serez considéré comme décédé.

Indemnité de déplacement pour raisons familiales

Si, à la suite d'une blessure donnant lieu à une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle, vous êtes hospitalisé à plus de 150 km de votre domicile, les frais raisonnables engagés pour le transport et l'hébergement d'un membre de votre famille immédiate ou d'un représentant de la famille (un seul) sont remboursés, jusqu'à concurrence de 25 000 \$ en tout. Le transport doit être fait en empruntant l'itinéraire le plus direct vers l'hôpital et la protection ne comprend pas les frais de pension ou autres frais habituels de subsistance, de transport ou d'habillement.

Indemnité de frais funéraires

Si vous décédez des suites d'une blessure qui entraîne des paiements en vertu du Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle, des prestations allant jusqu'à 5 000 \$, moins tout paiement effectué pour toute dépense liée à la préparation de la dépouille

pour le déplacement payée ou payable en vertu de la rubrique intitulée « Indemnité de rapatriement », seront versées à la personne qui a engagé les frais funéraires.

Indemnité d'aménagement de la résidence ou d'un véhicule

Si vous subissez la perte, ou la perte d'usage, des deux pieds ou des deux jambes, si vous devenez quadriplégique, paraplégique ou hémiplégique, le régime prévoit le remboursement des frais engagés pour adapter votre résidence et votre véhicule afin d'en permettre l'accès en fauteuil roulant, jusqu'à concurrence de 15 000 \$ en tout. De tels frais doivent être engagés au cours des trois années qui suivent l'accident.

Indemnité d'hospitalisé

Si vous êtes blessé par suite d'un accident et devez rester à l'hôpital pour le traitement des blessures pendant au moins quatre (4) jours consécutifs, vous serez admissible à une indemnité quotidienne pour une période allant jusqu'à concurrence de 365 jours payable à partir du premier jour d'hospitalisation. Le versement quotidien est calculé à un trentième (1/30^e) de 1 % de votre capital assuré, jusqu'à concurrence de 2 500 \$.

Identification

Si vous décédez des suites d'une blessure qui entraîne des paiements en vertu du Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle, que votre corps se trouve à plus de 50 km de votre domicile et que vous n'étiez accompagné d'aucun membre de votre famille immédiate, le régime prévoit le versement d'un montant jusqu'à concurrence de 25 000 \$ pour le déplacement d'un (1) membre de votre famille immédiate ou d'un représentant de la famille (un seul) aux fins d'identification de votre dépouille si la police ou une autorité gouvernementale l'exige.

Indemnité de transport public

Si vous décédez des suites d'une blessure qui entraîne des paiements en vertu du Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle pendant que vous étiez passager dans un transport public à horaire régulier, qu'il s'agisse d'un moyen de transport terrestre, aérien ou aquatique, autorisé à transporter des passagers qui ont payé leur passage, y compris un train, un autobus, un taxi, un métro, un tramway, un bateau ou un avion commercial, et qu'un paiement est versé en vertu de la rubrique intitulée « Indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle », un paiement additionnel de 100 % de votre capital assuré sera versé.

Rapatriement

Si vous décédez des suites d'une blessure qui entraîne des paiements en vertu du Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle et que vous vous trouvez à plus de 50 km de votre domicile, le régime prévoit le versement d'un montant jusqu'à concurrence de 25 000 \$ pour la préparation et le transport de votre dépouille.

Ceinture de sécurité

Si vous subissez une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle par suite d'un accident au cours duquel vous conduisiez un véhicule ou y preniez place après avoir bouclé votre ceinture de sécurité, vous toucherez une indemnité supplémentaire correspondant à 10 % de la somme payable pour la perte en question, jusqu'à un maximum de 50 000 \$.

Indemnité de greffage par chirurgie

Si vous subissez une blessure donnant lieu à une perte complète d'un membre ou d'un appendice ou d'une partie d'un membre ou d'un appendice et que celui-ci est greffé par chirurgie dans les 365 jours qui suivent, que vous regagniez l'usage du membre ou de l'appendice sectionné ou non, vous pourriez être admissible à l'ensemble ou à une partie des prestations payables en vertu du Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle.

Frais non remboursés

Aucune prestation n'est versée si la perte ou le décès survient dans d'autres circonstances qu'un accident. Cette protection ne prévoit aucune indemnité pour les pertes occasionnées par :

- des blessures infligées à soi-même, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non
- une guerre, qu'elle soit déclarée ou non, et que la personne assurée y participait ou non
- un mouvement populaire, une émeute, une insurrection, un conflit armé, si la personne y participait
- le service de la personne assurée, en tant que combattant ou non-combattant, dans les forces armées de tout pays
- le fait que la personne assurée était un passager ou autre de tout véhicule ou appareil pour navigation aérienne, autre que mentionné à la rubrique intitulée « Assurance aviation »
- un traitement médical ou une chirurgie, sauf si ceux-ci sont nécessaires à la suite d'un accident

Détails

Transformation de la protection

Si vous avez moins de 72 ans et que vous perdez votre couverture d'assurance en raison d'une perte d'emploi ou d'un départ à la retraite, vous pouvez transformer votre protection jusqu'à concurrence de 250 000 \$ en appelant SSQ dans les 31 jours suivant la perte de votre couverture. Vous ne pouvez pas transformer l'assurance du conjoint.

Preuve d'assurabilité

Il n'est pas nécessaire de produire une preuve d'assurabilité pour souscrire l'assurance accidents.

Maintien de la protection pendant les périodes de congé

Congé d'invalidité

Si à cause d'une invalidité, vous touchez des prestations d'assurance invalidité de courte durée, votre assurance demeure en vigueur et les primes sont déduites de votre salaire. Si vous touchez des prestations d'assurance invalidité de longue durée, vous n'avez aucune prime à payer jusqu'à votre retour au travail ou jusqu'à votre 65^e anniversaire de naissance, tant que vous demeurez à l'emploi de TELUS, conformément aux modalités du régime applicable.

Congé de maternité, parental, de soignant ou pour proches aidants

Votre assurance demeure en vigueur pendant votre congé de maternité, parental, de soignant ou pour proches aidants et vous continuez à payer les primes d'assurance vie facultative applicables.

Autres congés

En cas de congé autorisé pour des raisons personnelles ou autres, vous devez conclure une entente avec le service des avantages sociaux pour que la protection soit maintenue pendant cette période. Vous serez responsable du coût des régimes d'avantages sociaux.

Échéances

Entrée en vigueur de la protection

Si vous êtes un nouveau membre de l'équipe, votre assurance accidents de l'employé entre en vigueur le jour de votre embauche après votre inscription. Si vous vous inscrivez durant la période d'inscription annuelle, la protection commence le 1^{er} mars.

Modification de la protection

En tout temps

Vous pouvez modifier vos bénéficiaires en allant sur go/flexit360 et en sélectionnant Bénéficiaires en haut à gauche sur la page d'accueil. Remplissez le formulaire, apposez votre signature et la date, puis envoyez-le au Service des avantages sociaux au 3777 Kingsway, 6^e étage, Burnaby (C.-B.) V5H 3Z7. Conservez une copie dans vos dossiers.

Durant la période d'inscription annuelle

Vous pouvez modifier le montant du capital assuré de l'assurance accidents de l'employé (jusqu'au montant maximal) qui entre en vigueur le 1^{er} mars.

Après un événement marquant admissible

Vous pouvez modifier le capital assuré dans le cadre de l'assurance accidents de l'employé jusqu'au montant maximal).

Fin de la protection

L'assurance accidents de l'employé prend fin à la première des éventualités ci-dessous :

- votre 72^e anniversaire de naissance;
- votre emploi prend fin
votre conjoint et / ou votre enfant n'est plus admissible à titre de personne à charge admissible.

Considérations

Lorsque vous envisagez de souscrire une assurance accidents, la plupart des points à considérer pour l'assurance vie s'appliquent également

Prenez également compte des facteurs suivants, qui sont susceptibles d'accroître le risque d'accident des enfants et ainsi d'influer sur votre décision :

- la participation à des sports
- la fréquence des déplacements

Bénéficiaire

Les facteurs qui s'appliquent à l'assurance vie s'appliquent également à l'assurance accidents.

Questions fiscales

L'assurance accidents payée par l'employeur est un avantage imposable en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu. Par conséquent, la protection de base constitue un avantage imposable. L'assurance additionnelle que vous souscrivez pour vous, votre conjoint ou vos enfants n'est pas un avantage imposable puisque vous en payez le coût par voie de retenues salariales après impôt.

Les membres de l'équipe au Manitoba, en Ontario et au Québec doivent payer la taxe de vente provinciale sur les primes d'assurance.

Le bénéficiaire ne paiera pas d'impôt sur les prestations d'assurance accidents. Si votre succession est le bénéficiaire, les fonds peuvent être assujettis à l'impôt sur les successions, ce qui ne sera pas le cas si vous nommez une personne en particulier.

Le montant reçu à la suite d'une blessure n'est pas imposé.

Assurance accidents en voyage d'affaires

L'assurance accidents en voyage d'affaires prévoit le versement d'une indemnité forfaitaire en cas de décès, de perte d'un membre ou d'une invalidité permanente des suites d'un accident survenu au cours d'un voyage d'affaires. Ces prestations s'ajoutent à celles versées au titre de vos régimes d'assurance de l'employé.

Protection de base

Le capital assuré est égal à trois fois votre salaire annuel jusqu'à un maximum défini dans la police et est versé si le décès est attribuable à un accident admissible. En cas de perte de mobilité, l'indemnité versée est égale à deux fois le salaire annuel. Divers pourcentages sont versés en cas de perte d'un membre. Le montant de la protection dépend du type de déplacement effectué par le membre de l'équipe lors de la perte. Les déplacements doivent être autorisés et payés par l'entreprise.

Admissibilité

- Tous les employés actifs de moins de 70 ans
- Le conjoint et les enfants à charge du membre de l'équipe TELUS ont droit à une protection maximale de 50 000 \$ et 10 000 \$ respectivement lorsqu'ils voyagent avec le membre de l'équipe par affaires ou pour un déménagement, sous réserve que ce déplacement soit autorisé ou demandé par la direction de TELUS et que l'entreprise paie les dépenses afférentes. Ceci s'applique uniquement à l'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident.
- Les invités de TELUS voyageant pour affaires ou à bord d'un avion de l'entreprise sont assurés jusqu'à concurrence de 500 000 \$

L'entreprise assume entièrement le coût de cette assurance.

L'assureur est la Compagnie d'assurance AIG du Canada.

Bénéficiaire

En cas de décès accidentel, le capital assuré est versé au bénéficiaire nommé dans votre protection de base de l'assurance vie de l'employé. Si personne n'a été nommé, le bénéficiaire sera votre succession.

Questions fiscales

Le bénéficiaire ne paiera pas d'impôt sur les prestations d'assurance accidents. De même, les prestations que vous touchez à la suite d'une blessure ne sont pas imposables.

Autres dispositions

En cas de décès :

D'un membre de l'équipe:

- Indemnité de rapatriement de la dépouille du défunt, si l'accident est survenu à plus de 150 km du domicile : jusqu'à concurrence de 15 000 \$.
- Si le membre de l'équipe décède à plus de 150 km de son domicile, indemnité d'identification : jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour le déplacement d'un membre de la famille immédiate aux fins d'identification de la dépouille, s'il y a lieu. Indemnité de frais de garde et de scolarité pour les enfants à charge : jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année, pendant un maximum de quatre années consécutives.
- Indemnité de deuil pour consultation aux endeuillés pendant 12 mois : jusqu'à concurrence de 1 000 \$ (personne seule) ou 2 000 \$ (famille).

De toute personne assurée :

- Indemnité de frais funéraires : jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

En cas de blessure :

- Indemnité pour frais médicaux encourus à la suite d'un accident et qui ne sont pas couverts par le régime provincial : jusqu'à concurrence de 10 000 \$.
- Indemnité pour évacuation d'urgence vers l'hôpital le plus près : jusqu'à concurrence de 100 000 \$.
- Indemnité de transport des membres de la famille qui doivent se rendre au chevet de l'employé blessé si l'accident est survenu à plus de 150 km du domicile : jusqu'à concurrence de 15 000 \$.
- Indemnité de réadaptation pour formation spéciale : jusqu'à concurrence de 15 000 \$.
- Indemnité d'adaptation du logement et du véhicule : jusqu'à concurrence de 15 000 \$.
- Indemnité d'hospitalisé : jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par mois, pendant 12 mois.

Avenant lié au port de la ceinture de sécurité

Si le membre de l'équipe est blessé ou décède par suite d'un accident alors qu'il conduisait un véhicule privé ou y prenait place, et qu'il a été vérifié que sa ceinture de sécurité avait bien été bouclée, le membre de l'équipe ou son bénéficiaire touchera une prestation supplémentaire correspondant à 10 % de la somme payable.

Frais non remboursés

Exclusions

- Les accidents au cours des déplacements habituels entre le domicile et le lieu de travail du membre de l'équipe.

- Accident au cours des vacances, même si ces vacances coïncident avec un voyage admissible aux termes de la présente assurance accidents en voyage d'affaires.
- Accident alors que vous êtes en service actif à temps plein dans les forces armées.
- Guerre déclarée ou non (cette exclusion ne s'applique pas aux voyages d'affaires dans des endroits à risque élevé).
- Accident qui se produit alors que vous pilotez ou prenez place à bord d'un appareil destiné à la navigation aérienne qui n'appartient pas à un transporteur aérien ou à l'entreprise ou qui n'est pas loué par l'entreprise, et qui n'est pas utilisé strictement pour transporter des passagers.
- Suicide ou blessures infligées à soi-même.

Restrictions

- La « perte de jouissance » doit être permanente et totale, et l'indemnité est versée après un an d'invalidité.
- Toutes les pertes doivent se produire dans l'année suivant la date de l'accident.
- L'indemnité maximale payable par suite d'un accident subi dans un avion appartenant à TELUS ou loué ou affrété par TELUS, est de 15 millions de dollars.

Risque de guerre

Une couverture est octroyée en cas de blessures ou de décès résultant d'une guerre, déclarée ou non, dans tout endroit du monde où se trouve l'assuré pour affaires (autre que son pays de résidence permanente). Advenant une guerre entre les grandes puissances d'Europe ou d'Asie, la couverture est automatiquement annulée.

Demandes de règlement

En cas d'accident qui entraîne une perte couverte en vertu de cette assurance, veuillez communiquer avec TELUS Gestion du risque et fournir les détails de l'accident. Veuillez également noter qu'un avis de réclamation doit être transmis à nos assureurs dans les trente (30) jours qui suivent la date de l'accident ou du début de l'invalidité en raison de maladie.

Assurance invalidité de courte durée

L'assurance invalidité de courte durée (ICD) constitue une protection de base qui peut vous procurer un revenu si vous n'êtes pas en mesure de travailler en raison d'une maladie ou d'une blessure. Les prestations d'ICD varient selon le tableau ci-dessous.

TELUS paie la totalité du coût de l'assurance invalidité de courte durée.

Aux fins de la présente section, « Services de santé » désigne le service interne de TELUS et les entreprises tierces dont les services ont été retenus par TELUS pour accomplir des tâches au nom des Services de santé de TELUS.

Calendrier de l'assurance invalidité de courte durée

Après les trois premiers mois de service :

Journées rémunérées à 100 %	Journées rémunérées à 70 %
Les 6 premiers jours	Les 124 jours suivants

Situations donnant droit à la couverture

Toute maladie ou blessure qui vous empêche de vous acquitter des principales tâches de votre profession et qui est prouvée au plan médical par un médecin traitant autorisé approprié. Sous réserve des conditions indiquées dans la section « Situations exclues de la couverture ».

Détails

Montant de paiement des prestations

- Les paiements d'ICD sont fondés sur le salaire de base plus les primes de rendement mensuelles et les gains de commission, le cas échéant, au moment où vous êtes devenu invalide.

Un membre de l'équipe qui reçoit des prestations d'ICD recevra des paiements d'un montant égal ou supérieur au montant maximal des prestations d'assurance-emploi qu'il recevrait pour la même période, s'il était bénéficiaire de telles prestations (pour 2020, l'employé recevrait au moins 573 \$/semaine ou 114,60 \$/jour). Pour les membres de l'équipe permanents à temps partiel, ce montant sera calculé au prorata des heures travaillées.
- Le nombre de jours pour lequel vous pouvez recevoir des paiements d'ICD est basé sur le nombre de jours d'ICD dont vous disposez au début de l'invalidité.
- Sous réserve des dispositions spécifiques énoncées ci-dessous, les paiements d'ICD ne dépasseront pas 130 jours ou le dernier jour du délai de carence (182 jours civils) pour l'admissibilité aux prestations d'invalidité de longue durée, selon la première éventualité.
- Le passage d'un anniversaire de service pendant que vous recevez des paiements d'ICD n'augmente pas le nombre de jours d'ICD dont vous disposez.

Exigences pour le versement

Les paiements d'ICD dépendent de la présentation d'une preuve d'invalidité et ne sont versés que lorsque vous :

- avisez votre supérieur de votre absence dans les deux heures précédant le début de votre journée ou de votre quart de travail ou, dans des circonstances inévitables, dans les deux heures après le début de votre journée ou de votre quart de travail;
- avez demandé des paiements d'ICD et avez rempli les documents médicaux pour les absences qui dépassent ou qui doivent dépasser cinq jours ouvrables consécutifs. Les documents médicaux doivent être dûment remplis par un médecin traitant autorisé approprié et retournés dans un délai raisonnable, au plus tard dans les 14 jours civils qui suivent le premier jour d'absence;
- recevez les soins constants d'un médecin traitant autorisé approprié et vous conformez aux plans de traitement recommandés;
- fournissez les documents médicaux à l'appui et les renseignements additionnels requis si on vous les demande et au moment où on vous les demande, notamment en cas d'absences fréquentes ou qui nuisent à l'accomplissement de votre travail;
- participez de manière active à tous les processus médicaux, de réadaptation et d'évaluation appropriés;
- évitez de participer à toute activité, y compris les voyages, allant à l'encontre de vos restrictions médicales et qui pourrait nuire à votre rétablissement ou à l'horaire de vos traitements;
- restez régulièrement en contact avec votre supérieur et les Services de santé;
- fournissez les documents médicaux à l'appui, au besoin, avant votre retour au travail;
- permettez aux Services de santé, en signant le consentement médical approprié, de communiquer avec vos professionnels de la santé concernés si nécessaire pour aider à déterminer l'admissibilité aux prestations d'ICD, pour aider à l'évaluation ou pour établir un programme de retour au travail, au besoin;
- consultez un médecin tiers nommé par les Services de santé;
- participez au programme de retour au travail, au besoin.

Mode de fonctionnement et renouvellement de la protection d'ICD

Le temps que vous ne travaillez pas en raison d'une maladie ou d'une invalidité, y compris les absences ponctuelles pour maladie, réduit le nombre de jours d'ICD dont vous disposez.

- Si vous retournez au travail et redevenez malade ou invalide, vous êtes admissible aux journées d'ICD restantes, comme il est indiqué dans le tableau ci-dessus.
- Le nombre total de journées d'ICD, conformément au tableau ci-dessus, est renouvelée après un retour au travail pendant trois mois de service sans absence pour invalidité ou maladie.

Invalidité liée à la dernière absence rémunérée

Si vous avez épuisé toutes les journées d'ICD à votre disposition et que vous revenez au travail pendant moins de trois mois, puis que vous redevenez malade ou invalide pour la même raison ou pour toute raison liée à votre invalidité précédente, vous ne recevrez aucun autre paiement d'ICD de la part de TELUS.

Invalidité non liée à la dernière absence rémunérée

- Si vous avez épuisé une partie ou la totalité de vos journées d'ICD, que vous retournez au travail pour au moins un mois sans absence pour invalidité ou maladie, et qu'ensuite vous tombez malade ou devenez invalide sans que cela soit lié à votre dernière absence rémunérée pour cause de maladie ou d'invalidité, vous serez admissible à un paiement d'ICD additionnel, sous réserve des conditions suivantes : Votre absence est de 7 jours de travail consécutifs ou plus.
- Vous recevrez 70 % du montant du paiement des prestations indiqué ci-dessus (ou un montant égal au montant maximal prévu par l'assurance-emploi, selon le cas).
- Les paiements d'ICD sont versés pendant un maximum de 15 semaines consécutives. Si une période plus longue est requise afin de combler l'écart nécessaire pour fournir un revenu continu jusqu'au versement des prestations d'invalidité de longue durée (ILD), il pourra être envisagé de prolonger les paiements d'ICD à 70 % du salaire si vous faites une demande d'invalidité de longue durée et dont l'approbation est probable.
- Vous devez fournir les documents médicaux à l'appui et l'approbation des Services de santé.

Ces paiements d'ICD supplémentaires visent à fournir un revenu de remplacement en cas d'absence due à une invalidité importante lorsque vos paiements d'ICD réguliers sont épuisés. Vous n'aurez pas droit à ces paiements d'ICD additionnels pour remplacer votre revenu en cas d'absences ponctuelles lorsque vos paiements d'ICD réguliers sont épuisés.

Invalidité connexe durant le délai de carence de l'assurance ILD

Si vous retournez au travail pendant 31 jours civils, faites une rechute liée à une maladie ou à une invalidité connexe et devez observer de nouveau le délai de carence avant de recevoir les prestations d'ILD, il pourra être envisagé de verser des paiements d'ICD à 70 % de votre salaire (ou un montant égal au montant maximal des prestations d'assurance-emploi, selon le cas) pour combler l'écart avec le nouveau délai de carence de l'assurance ILD.

Pour recevoir ces paiements, vous devez :

- fournir les documents médicaux à l'appui et obtenir l'approbation des Services de santé;
- soumettre une demande d'ILD dont l'approbation est probable.

Situations exclues de la couverture

Les paiements d'ICD ne sont pas versés dans les circonstances suivantes :

- Pendant la période prévue d'un congé autorisé.
- Lorsque votre absence est due à une chirurgie non urgente (p. ex. une chirurgie esthétique), à moins qu'elle n'ait été jugée nécessaire sur le plan médical.
- Lorsque vous recevez une indemnité de congé, pour vacances ou jour férié.
- Si l'absence tombe pendant une période de vacances prévues.
- Si vous travaillez pour un autre employeur ou exercez un autre travail rémunérateur.
- Si la maladie ou la blessure est couverte par le régime d'indemnisation des accidents du travail.
- Si l'absence est attribuable à un voyage hors du Canada pour subir une intervention chirurgicale, à moins que la raison de la chirurgie à l'extérieur du Canada ne soit jugée raisonnable par les Services de santé (p. ex. car elle sera plus rapide), que le paiement de prestations d'ICD n'ait été préapprouvé par les Services de santé et que vous n'ayez accepté de faire ce qui suit :
 - fournir les coordonnées (téléphone et adresse de courriel) à utiliser pour vous joindre à l'étranger;
 - rester en contact avec les Services de santé et répondre aux demandes de renseignements;
 - fournir des renseignements sur vos restrictions médicales ou fonctionnelles en anglais ou en français;
 - fournir une estimation du moment du retour au Canada, étant entendu que vous reviendrez au Canada pour poursuivre votre convalescence dès que vous serez en mesure de voyager.

De plus, les paiements d'ICD ne sont pas versés si votre invalidité est liée directement ou indirectement aux circonstances suivantes :

- le service au sein des Forces armées canadiennes ou des forces armées d'un autre pays;
- la participation à une émeute, à une guerre, ou implication volontaire au dérangement de l'ordre public;
- des blessures ou maladies découlant de la commission d'un acte criminel;
- l'utilisation de drogues ou d'alcool, sauf lorsque vous recevez un traitement continu administré par un médecin autorisé approprié et que vous coopérez pleinement à tout processus médical ou processus de réadaptation ou d'évaluation approprié;
- une peine d'emprisonnement.

Action intentée contre un tiers

Si TELUS vous verse des paiements d'ICD en raison d'une blessure, d'une maladie ou d'un trouble médical à l'égard duquel un tiers assume ou pourrait assumer la responsabilité, en tout ou en partie, de vous verser des dommages-intérêts, tous les paiements qui vous sont versés par TELUS sont un prêt. À titre de condition pour recevoir tout paiement d'ICD de la part de TELUS, vous devez conclure une entente de prêt dans laquelle vous vous engagez à respecter vos obligations de remboursement. TELUS a droit au remboursement, à même les sommes que vous recouvrez auprès du tiers, du montant intégral des paiements d'ICD qui vous ont été versés. Cependant, TELUS peut, à son entière discrétion, renoncer à une partie du montant du remboursement si vous recouvrez partiellement auprès du tiers des pertes de revenus ou une obligation de remboursement envers TELUS. TELUS peut, à son entière discrétion, renoncer à une partie du montant du remboursement attribuable aux frais juridiques et aux débours raisonnables engagés par vous afin de recouvrer les sommes auprès du tiers.

Vous avez certaines obligations envers TELUS que vous devez respecter à titre de conditions pour recevoir des paiements d'ICD. Vous devez notamment :

- aviser sans tarder TELUS que vous pourriez soumettre une réclamation en justice contre un tiers;
- réclamer au tiers un montant suffisant pour rembourser à TELUS le montant intégral des paiements d'ICD qui vous ont été versés;
- informer régulièrement TELUS de l'état de vos procédures judiciaires;
- éviter de conclure tout règlement avec le tiers ne prévoyant pas le remboursement intégral à TELUS de tous les paiements d'ICD qui vous ont été versés ou qui vous sont exigibles, à moins d'avoir obtenu le consentement écrit préalable de TELUS à le faire;
- fournir à TELUS une autorisation signée et une directive irrévocable selon laquelle un tiers ou votre avocat doit rembourser TELUS à même les sommes recouvrées auprès du tiers;
- fournir à TELUS, si elle le demande, tous les renseignements et documents utiles pour lui permettre de confirmer la répartition des sommes versées à titre de règlement et la pertinence de cette répartition comme il est indiqué ci-dessus.

De tous les paiements d'ICD qu'il reste à vous payer après un règlement ou un jugement, TELUS soustraira tous les montants recouvrés auprès du tiers se rapportant à des pertes de revenus ou à votre obligation de remboursement envers TELUS.

Si vous ne respectez pas l'une des obligations susmentionnées envers TELUS, TELUS se réserve le droit, à son entière discrétion, de mettre fin immédiatement aux paiements d'ICD qui ont commencé, de ne payer aucun paiement d'ICD ultérieur et d'obtenir le remboursement immédiat du montant intégral des paiements d'ICD qui vous ont été versés, majoré des intérêts.

Échéances

Entrée en vigueur de la protection

Votre protection d'invalidité de courte durée entre en vigueur la première journée après le 3^e mois de votre entrée en service.

Fin de la protection

La protection prend fin :

- lorsque vous l'avez épuisée et qu'elle n'a pas été rétablie par suite de votre retour au travail, comme indiqué plus haut;
- le jour où vous cessez d'occuper activement un emploi.

Questions fiscales

Vous payez l'impôt à votre taux normal sur les paiements d'assurance invalidité de courte durée que vous touchez.

Assurance invalidité de longue durée

Votre protection d'assurance invalidité de longue durée (ILD) vous assure un revenu si vous souffrez d'une maladie ou d'une blessure et êtes incapable de travailler pendant une période prolongée (plus de 182 jours civils).

Protection

Après une période d'invalidité totale de 182 jours civils, vous pourriez être admissible à la protection d'invalidité de longue durée, qui vous verse 60 % de votre salaire de base plus les primes de rendement mensuelles et les gains de commission, le cas échéant, au moment où vous êtes devenu invalide,, incluant la rémunération de ventes régulières moyenne reçue au cours de l'année civile précédente, s'il y a lieu. La prestation mensuelle maximale est de 15 000 \$.

Vous devez choisir l'option 1 ou l'option 2, toutes deux payées par le participant.

Option 1

Vous achetez une protection d'ILD égale à 60 % de votre salaire de base, incluant la rémunération de ventes de l'année précédente. Cette protection de 60 % **n'est pas indexée** selon l'inflation. La prestation mensuelle maximale est de 15 000 \$.

Option 2

Vous achetez une protection d'ILD égale à 60 % de votre salaire de base, incluant la rémunération de ventes de l'année précédente. Cette protection de 60 % **est indexée** selon l'inflation. L'indexation correspond à la variation annuelle de l'Indice des prix à la consommation, jusqu'à concurrence de 4 % par année. La prestation mensuelle maximale est de 15 000 \$ plus l'indexation.

Vous utilisez des retenues sur le salaire pour payer la protection de l'option 1 ou de l'option 2. Les coûts sont indiqués à l'annexe 1 de ce manuel.

Frais remboursés

Invalidité totale

Pendant le délai de carence de 182 jours civils et les 12 mois suivants, vous êtes considéré comme totalement invalide si une maladie ou une blessure vous empêche d'accomplir vos tâches professionnelles. Par la suite, votre invalidité doit vous empêcher d'occuper toute profession rémunérée pour laquelle vous êtes qualifié ou pourriez devenir qualifié en

Invalidité récidivante

Une deuxième période d'invalidité est traitée comme le prolongement de l'invalidité précédente si l'attestation médicale fournie indique la même cause et la deuxième période d'invalidité commence dans les 182 jours civils suivant la fin de l'invalidité précédente. Dans ce cas, les prestations pour la deuxième période d'invalidité sont versées immédiatement.

Si vous retournez au travail pendant plus de 182 jours civils et faites une rechute liée à la même cause, l'invalidité est considérée comme une nouvelle demande de règlement et le délai de carence de 182 jours civils s'applique. Pendant ce délai, vous pouvez faire une demande de prestations d'invalidité de courte durée.

Si vous devenez invalide en raison d'une cause autre que celle ayant donné lieu à la précédente période d'invalidité et que vous revenez au travail pendant au moins une journée, cette nouvelle période d'invalidité est considérée comme une nouvelle invalidité et un nouveau délai de carence de 182 jours civils s'applique. Le versement de prestations d'invalidité de courte durée sera considéré uniquement durant le délai de carence si vous êtes revenu au travail pendant au moins 22 jours ouvrables consécutifs. L'assurance invalidité de courte durée prévoit dans ce cas le versement de prestations d'au maximum 15 semaines à 70 % du salaire (voir Invalidité de courte durée – Pour les cas particuliers).

Frais non remboursés

Aucune prestation d'invalidité de longue durée n'est payée pour :

- Un problème de santé préexistant, c'est-à-dire une invalidité résultant d'une blessure ou d'une maladie pour laquelle vous avez reçu des soins avant l'entrée en vigueur de votre assurance. On considère comme l'obtention des soins le fait de consulter un médecin, de prendre un médicament recommandé ou prescrit par un médecin ou de recevoir d'autres fournitures ou services médicaux.
 - Cette limite ne s'applique pas si votre invalidité commence après que vous ayez été continuellement assuré pendant un an, ou lorsque vous n'avez pas reçu de soins médicaux pour cette maladie ou cette blessure pendant une période continue de 90 jours prenant fin à la date d'entrée en vigueur de l'assurance ou après cette date;
 - Toute période où vous faites défaut de participer ou de coopérer à un plan de traitement habituel et raisonnable. Un plan de traitement habituel et raisonnable est un traitement systématique
 - est administré ou prescrit par un médecin autorisé à exercer la médecine;
 - est de la nature et de la fréquence habituellement requises pour l'état en question.
- Selon la gravité de votre état, il se peut qu'il soit requis que vous soyez sous les soins d'un spécialiste. Si la consommation de drogue ou d'alcool a contribué à votre invalidité, le programme de traitement doit comprendre la participation à un programme reconnu d'arrêt de consommation;
- toute période après que vous ayez fait défaut de coopérer en présentant une demande pour d'autres prestations, en renouvelant une demande pour de telles prestations, ou en faisant appel d'une décision concernant de telles prestations, lorsque ces mesures sont jugées appropriées par la Great-West;
 - toute période après que vous ayez fait défaut de participer ou de coopérer à un programme de réadaptation approuvé;
 - toute période après que vous ayez fait défaut de participer ou de coopérer à un programme recommandé de coordination médicale;
 - toute période après que vous ayez fait défaut de participer ou de coopérer à un programme requis d'évaluation médicale ou professionnelle;
 - la durée prévue d'un congé.
 - Ceci ne s'applique pas à toute portion d'un congé de maternité durant lequel vous êtes invalide en raison de la grossesse;

- toute période durant laquelle vous êtes à l'extérieur du Canada. Cette exclusion ne s'applique pas durant les 30 premiers jours de l'absence, ou si la Great-West a préautorisé l'absence avant votre départ;
- toute période d'incarcération, de mise aux arrêts ou d'emprisonnement par les autorités légales;
- toute invalidité découlant d'une guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute.
- • Toute période durant laquelle vous êtes à l'extérieur du Canada. Cette exclusion ne s'applique pas durant les 30 premiers jours de l'absence, ou si La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie a préautorisé l'absence avant votre départ

Plan de traitement

Aucune prestation n'est versée si vous ne vous soumettez pas à un traitement habituel et raisonnable.

Détails

Preuve d'assurabilité

En déclarant que vous êtes en bonne santé, vous indiquez à l'assureur que vous ne constituez pas un risque important pour lui. Pour ce faire, vous devez remplir une preuve d'assurabilité, que vous pouvez vous procurer sur le site mesRH.

Vous n'avez pas à fournir de preuve d'assurabilité pour l'option 1 ou l'option 2 au moment de votre inscription initiale.

Si vous désirez augmenter votre couverture à l'option 2 lors d'une inscription subséquente à votre inscription initiale, vous devez compléter une preuve d'assurabilité.

En plus de cette preuve d'assurabilité, l'assureur peut demander un supplément d'information, notamment un prélèvement sanguin ou un examen médical.

Délai de carence

Les 182 premiers jours civils d'une invalidité sont considérés comme un délai de carence. Durant cette période, vous pouvez soumettre une demande de prestations d'assurance invalidité de courte durée.

Demandes de règlement

Vous devez présenter une demande de règlement au cours de la période de 182 jours civils qui suit le début de l'invalidité.

Réduction des prestations d'invalidité de longue durée

Vos prestations mensuelles d'invalidité de longue durée seront réduites de tout autre montant auquel vous pourriez avoir droit, par exemple :

- les prestations du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec (RPC/RRQ) (à l'exclusion des rajustements au coût de la vie du RPC/RRQ et des prestations destinées aux personnes à charge)
- les prestations de la Sécurité sociale des États-Unis
- l'indemnité pour accident du travail
- les prestations de revenu, d'invalidité ou de retraite découlant de tout emploi
- des prestations d'invalidité versées conformément à une police d'assurance automobile, là où la loi le prévoit

Le montant de vos prestations d'invalidité de longue durée peut encore être réduit de façon que votre revenu, soit vos prestations d'invalidité de longue durée et tout revenu d'autres sources que celles mentionnées ci-dessus, soit égal à au plus 85 % des gains bruts que vous touchiez avant d'être invalide. Parmi ces sources de revenus, citons notamment :

- toute prestation versée en vertu d'un régime collectif
- toute prestation versée aux termes d'un régime d'État (à l'exclusion de l'assurance-emploi)
- toute prestation de retraite
- toute prestation versée en vertu d'une assurance responsabilité civile
- toute prestation d'invalidité versée en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, y compris les prestations destinées aux enfants à charge
- Toute indemnité de départ ou prime de cessation d'emploi, y compris tout salaire versé comme indemnité de préavis.

Réadaptation

La réadaptation est une activité liée au travail ou un entraînement qui peut vous aider à retourner au travail ou à trouver un autre travail. Notre assureur, la Great-West, s'occupe de votre programme de réadaptation de manière personnalisée, en tenant compte de vos aptitudes, de vos besoins et des circonstances.

Ce programme de réadaptation a pour objectif de favoriser :

- votre retour au même poste;
- votre retour à TELUS, à un poste différent;
- votre retour au travail à un autre poste faisant appel à la polyvalence de vos compétences;
- Un programme de réadaptation complet s'étale sur plus de 12 mois consécutifs et a pour objectif de favoriser votre retour au travail :
 - à un poste différent qui exige une formation approfondie ou prolongée; ou
 - à un emploi de travailleur autonome.

Le versement de prestations d'invalidité de longue durée est interrompu si vous refusez de participer à un programme de réadaptation approuvé par la Great-West.

Salaire

On entend par salaire la paie régulière que vous touchiez avant de devenir invalide.

Fin des paiements d'ILD

Vous touchez des prestations tant que vous répondez à la définition d'invalidité totale. Ces prestations prennent fin :

- À votre rétablissement
- À votre 65e anniversaire de naissance
- À votre décès

Échéances

Entrée en vigueur de la protection

Si vous êtes un nouveau membre de l'équipe, votre choix de régime entre en vigueur le jour de votre embauche après votre. Si vous adhérez à l'option 1 ou l'option 2 au moment de l'adhésion annuelle, la protection entre en vigueur le 1^{er} mars.

Si vous choisissez l'option 2 dans une inscription annuelle après votre inscription initiale, vous devrez remplir une preuve d'assurabilité La protection commence à la première période de paie suivant l'approbation de l'assureur.

Fin de la protection

- Le jour même où vous n'êtes plus effectivement au travail,
- Le jour où votre emploi prend fin,
- Six mois avant votre 65e anniversaire de naissance, selon la première éventualité.

Questions fiscales

En vertu de la protection d'ILD, si vous devenez invalide, vous ne paierez pas d'impôt sur les prestations d'invalidité de longue durée (60 % de votre salaire de base plus la rémunération des ventes reçue dans l'année précédente) que vous recevrez, puisque vous avez payé pour cette protection par des retenues sur le salaire après impôt.

Les membres de l'équipe au Manitoba doivent payer la taxe de vente provinciale sur les primes d'assurance invalidité de longue durée.

Glossaire – Avantages sociaux (autres que le régime de retraite)

Bénéficiaire

Toute personne désignée par le participant à un régime ou par les dispositions du régime qui est admissible à des indemnités du régime en question.

Bénéficiaire subsidiaire

Vous pouvez nommer des bénéficiaires subsidiaires pour votre régime d'assurance. Il s'agit des bénéficiaires qui touchent le capital assuré dans l'éventualité où les bénéficiaires désignés décèdent avant ou en même temps que le participant au régime. Si tous les bénéficiaires subsidiaires et désignés sont décédés, le capital assuré est versé à la succession. **Conjoint**
Voir Personnes à charge.

Dollars santé

Allocation qui vous est versée annuellement par l'employeur pour l'achat d'avantages sociaux. Vous utilisez ces dollars santé pour acheter une protection pour soins médicaux complémentaires ou de soins dentaires, pour les inclure dans votre compte Soins de santé ou comme revenu imposable additionnel.

Double protection

On entend par double protection toute situation où votre conjoint et vous-même bénéficiez du même programme d'avantages sociaux.

Enfant ou enfants

Voir Personnes à charge.

Frais raisonnables et d'ordre courant

Par frais usuels et coutumiers, on entend le maximum établi que la Sun Life remboursera pour des produits et services donnés dans la province ou le territoire où les frais ont été engagés. La Sun Life détermine les frais usuels et coutumiers appropriés en consultant les guides de tarifs publiés pour les associations de praticiens nationales, provinciales et territoriales, s'il y a lieu. **Franchise**

Le montant des frais que vous devez assumer avant que le remboursement en vertu du régime puisse entrer en vigueur.

Indemnité pour accident du travail

Programme gouvernemental payé par l'employeur qui assume le coût des soins médicaux des employés affligés de maladies ou de blessures d'origine professionnelle et qui verse périodiquement des prestations à ces employés et aux personnes à charge de ceux qui sont décédés des suites d'une maladie ou d'un accident d'origine professionnelle.

Invalité de courte durée

Toute maladie ou blessure d'origine non professionnelle qui vous empêche d'occuper votre emploi pendant moins de 182 jours.

Invalidité de longue durée

Toute maladie ou blessure qui vous empêche de travailler pendant une période prolongée, soit plus de 182 jours civils.

Invalidité ou invalide

Tout état de santé qui vous empêche d'accomplir vos tâches professionnelles. Le régime d'invalidité de longue durée prévoit une définition précise de l'invalidité totale (voir ci-dessous). Le régime d'invalidité de longue durée prévoit une définition précise de l'invalidité totale (voir ci-dessous).

Invalidité totale ou totalement invalide

Pendant le délai de carence de 182 jours civils et les 12 mois suivants, vous êtes considéré comme totalement invalide si une maladie ou une blessure vous empêche d'accomplir vos tâches professionnelles. Par la suite, votre invalidité doit vous empêcher d'occuper toute profession rémunérée pour laquelle vous êtes qualifié ou pourriez devenir qualifié en recevant une éducation, en suivant une formation ou en acquérant de l'expérience.

Personnes à charge

Les personnes à charge admissibles sont :

- Votre conjoint : la personne avec qui vous êtes marié ou la personne avec qui vous vivez une situation assimilable à une relation conjugale depuis au moins six mois (comprend les conjoints de même sexe)
- Vos enfants à charge célibataires âgés de moins de 21 ans
- Un enfant célibataire de moins de 21 ans dont vous êtes le tuteur légal (ou de plus de 21 ans s'il souffre d'une invalidité)
 - La tutelle légale doit être obtenue en vertu des lois canadiennes. Le tuteur doit fournir un document de preuve émis par un tribunal canadien.
- Vos enfants à charge célibataires de plus de 21 ans, mais de moins de 25 ans qui étudient à temps plein dans un collège, une université ou un autre établissement d'enseignement accrédité
- Vos enfants à charge célibataires de tout âge qui souffrent d'une invalidité
 - La couverture pour une personne à charge invalide de n'importe quel âge est uniquement offerte aux personnes déjà couvertes par les régimes de TELUS à titre d'enfant à charge admissible

Problème de santé préexistant – Invalidité de longue durée

Dans le cadre de l'invalidité de longue durée, un problème de santé préexistant est une invalidité résultant d'une blessure ou d'une maladie pour laquelle vous avez reçu des soins avant l'entrée en vigueur de votre assurance. On considère comme l'obtention des soins le fait

de consulter un médecin, de prendre un médicament recommandé ou prescrit par un médecin ou de recevoir d'autres fournitures ou services médicaux.

Problème de santé préexistant – Maladie grave

Un problème de santé préexistant signifie la présence des symptômes dans les douze (12) mois précédant la date d'entrée en vigueur de la couverture individuelle de la personne assurée pour lesquels une personne raisonnablement prudente chercherait à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement; ou une maladie ou un état de santé pour lequel la personne assurée, durant les douze (12) mois précédant la date d'entrée en vigueur de sa couverture individuelle, a engagé des frais médicaux, reçu un traitement médical, pris des médicaments sous ordonnance ou sans ordonnance ou consulté un médecin.

Régime de pensions du Canada et Régime des rentes du Québec (RPC/RRQ)

Régime de retraite administré par l'État et provisionné par les cotisations des employés et des employeurs. Le RPC/RRQ procure des prestations de retraite à ceux et celles qui y ont cotisé au cours de leur vie professionnelle. Il verse également des rentes d'invalidité et de conjoint survivant ainsi que des prestations d'orphelin et de décès.

Salaire de base annuel

On entend par salaire de base annuel votre salaire annuel normal avant toute retenue ou déduction. Dans le cadre de l'assurance vie et des prestations d'invalidité de courte durée, on entend par salaire votre salaire annuel normal avant toutes déductions.

Transformation

La transformation se rapporte à une disposition stipulée dans une police d'assurance vie collective, grâce à laquelle vous pouvez modifier cette police en une police individuelle dans les éventualités suivantes :

- La fin de votre emploi
- Vous n'êtes plus admissible à la police
- Vous devenez invalide, mais vous n'êtes pas exonéré de vos primes

Habituellement, il n'est pas nécessaire de fournir une déclaration d'état de santé pour transformer une police d'assurance.

Les renseignements présentés dans ce document constituent une description générale des régimes d'avantages sociaux offerts par votre employeur. Ce document est un résumé et ne contient donc pas tous les détails des différents régimes. En cas de malentendu ou de divergence, les prestations seront payées conformément aux dispositions des contrats, polices, documents de régimes et lois applicables. TELUS se réserve le droit de modifier ces régimes ou d'y mettre fin en tout temps.

Annexe I

Aperçu des tarifs du régime d'avantages sociaux Flex Équipe TELUS pour 2020

Soins médicaux complémentaires et soins dentaires – Dollars santé et coûts annuels

Dollars santé accordés par TELUS chaque année					
Célibataire	945 \$				
Couple	1 491 \$				
Famille	2 105 \$				
Coûts annuels pour le membre de l'équipe					
	Médicaments d'ordonnance	Services paramédicaux et soins de la vue	Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays / Fournitures et appareils médicaux	Soins dentaires de base	Soins dentaires majeurs et orthodontie
Option 1	0	Célibataire : 2 \$ Couple : 4 \$ Famille : 6 \$	0	0	0
Option 2	Célibataire : 47 \$ Couple : 94 \$ Famille : 141 \$	Célibataire : 105 \$ Couple : 210 \$ Famille : 315 \$	Célibataire : 24 \$ Couple : 47 \$ Famille : 71 \$	Célibataire : 244 \$ Couple : 488 \$ Famille : 732 \$	Célibataire : 32 \$ Couple : 64 \$ Famille : 97 \$ Verrouillé 2 ans
Option 3	Célibataire : 182 \$ Couple : 364 \$ Famille : 545 \$	Célibataire : 189 \$ Couple : 378 \$ Famille : 566 \$	Célibataire : 45 \$ Couple : 89 \$ Famille : 134 \$	Célibataire : 64 \$ Couple : 128 \$ Famille : 192 \$	Célibataire : 66 \$ Couple : 131 \$ Famille : 197 \$ Verrouillé 2 ans
Option 4	Célibataire : 399 \$ Couple : 799 \$ Famille : 1 198 \$	Célibataire : 395 \$ Couple : 790 \$ Famille : 1 185 \$ Verrouillé 2 ans		Célibataire : 395 \$ Couple : 791 \$ Famille : 1 186 \$	
Option 5		Célibataire : 524 \$ Couple : 1 049 \$ Famille : 1 573 \$ Verrouillé 2 ans		Célibataire : 519 \$ Couple : 1 039 \$ Famille : 1 558 \$	

Soins médicaux complémentaires et soins dentaires – Dollars santé et coûts annuels : Exemple d'options et de coûts

Dollars santé accordés par TELUS chaque année						
Famille	2 005 \$					
Coûts annuels pour le membre de l'équipe						
	Médicaments d'ordonnance	Services paramédicaux et soins de la vue	Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays / Fournitures et appareils médicaux		Soins dentaires de base	Soins dentaires majeurs et orthodontie
Option 1						
Option 2						Majeurs : 50 % (max : 1 000 \$) Ortho : 50 % (max : 2 500 \$) Famille : 92 \$ Verrouillé 2 ans
Option 3	Aucune franchise Niveau 1 : 80 % Niveau 2 : 70 % Niveau 3 : 25 % Famille : 519 \$	Soins de la vue : 150 \$ et examens de la vue aux 2 ans Services paramédicaux : 500 \$ combiné Famille : 539 \$	Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province/du pays : 100 % (max. viager 5 millions \$) Fournitures et appareils médicaux : 80 % Famille : 127 \$			
Option 4					80 % Rappel : 9 mois (adult) 6 mois (enfant) Aucun maximum Famille : 1 130 \$	

Dollars santé = 2 105 \$ pour l'année

Coûts pour le membre de l'équipe = 545 \$ + 566 \$ + 137 + 1 186 \$ + 972 \$ = 2 528 \$ pour l'année

Montant déboursé par le membre de l'équipe = 423 \$ pour l'année ou 17,23 \$ deux fois par mois

Assurance vie facultative de l'employé et du conjoint

Votre coût

Coût mensuel par unité de 10 000 \$				
Votre âge	Homme		Femme	
	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeuse	Fumeuse
Moins de 30 ans	0,25	0,42	0,15	0,24
De 30 à 34 ans	0,25	0,45	0,20	0,30
De 35 à 39 ans	0,27	0,54	0,24	0,40
De 40 à 44 ans	0,46	0,91	0,36	0,59
De 45 à 49 ans	0,84	1,63	0,59	0,94
De 50 à 54 ans	1,50	2,59	0,96	1,47
De 55 à 59 ans	2,47	4,25	1,59	2,34
De 60 à 64 ans	3,57	6,10	2,27	3,27
De 65 à 69 ans	5,42	8,77	2,92	4,14
De 70 à 72 ans	10,83	17,54	5,84	8,29

Assurance vie des enfants

Votre coût

Le coût mensuel correspond à 0,86 \$ par unité de 10 000 \$.

Assurance maladies graves de l'employé et du conjoint

Votre coût

Coût mensuel par unité de 10 000 \$				
Votre âge	Homme		Femme	
	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeuse	Fumeuse
Moins de 30 ans	1,01	1,19	0,95	1,12
De 30 à 34 ans	1,40	1,93	1,66	2,22
De 35 à 39 ans	1,71	2,46	2,05	3,15
De 40 à 44 ans	2,49	4,17	2,76	5,01
De 45 à 49 ans	4,08	8,06	3,86	7,87
De 50 à 54 ans	6,54	14,79	5,15	10,97
De 55 à 59 ans	10,21	24,74	6,85	14,21
De 60 à 64 ans	16,68	39,49	9,63	18,19
De 65 à 69 ans	31,82	68,97	16,51	28,63
De 70 à 72 ans	60,72	123,12	30,47	50,43

Assurance maladies graves des enfants

Votre coût

Le coût mensuel correspond à 1,95 \$ par unité de 5 000 \$.

Assurance accidents facultative de l'employé, du conjoint et des enfants

Votre coût

Le coût mensuel correspond à 0,09 \$ par unité de 10 000 \$.

Assurance invalidité de longue durée

Votre coût

Option 1

60 % non indexé – 0,654 % du total de votre salaire de base et de la rémunération des ventes de l'année précédente.

Option 2

60 % indexé – 0,739 % du total de votre salaire de base et de la rémunération des ventes de l'année précédente.

Annexe II

Promoteurs des régimes d'avantages sociaux et demandes de règlement

Promoteurs des régimes d'avantages sociaux

TELUS fournit des renseignements personnels restreints sur les membres de l'équipe, en fonction des exigences de chaque assureur. Cette information est nécessaire pour permettre à l'assureur d'administrer le régime des membres de l'équipe et de rembourser leurs demandes de règlement. TELUS fournit uniquement les renseignements nécessaires. Chaque entreprise doit se conformer à la politique de protection de la vie privée de TELUS à l'égard de l'utilisation, du stockage et de la destruction des renseignements personnels.

La Sun Life est le promoteur pour les protections de soins de santé complémentaires, de soins dentaires et le compte Soins de santé. La Great-West est le promoteur pour l'assurance vie et l'assurance invalidité de longue durée. SSQ est le promoteur pour l'assurance maladies graves et l'assurance accidents.

Les numéros des polices de la Sun Life sont :

- Régimes de soins médicaux complémentaires et de soins dentaires, et compte Soins de santé :
 - membres de l'équipe TELUS Vente au détail Itée – 150495

Les numéros des polices de la Great-West sont :

- Protections de base d'assurance vie et d'assurance ILD – 175650
- Assurance vie facultative – 175651
- Régime complémentaire obligatoire d'ILD – 175750

Le numéro de police pour SSQ est :

- Assurance maladies graves – 1SP40
- Assurance accidents de base – 1M810
- Assurance accidents facultative – 1M800

Demandes de règlement

Médicaments d'ordonnance

Vous devez utiliser votre carte-médicaments de la Sun Life pour tous vos achats de médicaments d'ordonnance. La plupart des pharmaciens accepteront cette carte au moment de l'achat.

Autres demandes de règlement de soins médicaux complémentaires

Vous pouvez soumettre la plupart des demandes de règlement pour les frais de soins médicaux complémentaires par voie électronique en allant sur le site web des services aux participants du régime de la Sun Life. Le remboursement sera déposé directement dans votre compte bancaire. Visitez le site sunlife.ca/participant pour vous inscrire et obtenir votre NIP afin de remplir vos demandes de règlement en ligne. Vous pouvez imprimer les formulaires papier sur le site web de la Sun Life. L'adresse postale figure au bas du formulaire.

Si vous avez recours au programme BEACON, vous devez faire le paiement complet avant de présenter une demande de remboursement à la Sun Life.

Vous devez présenter vos demandes de règlement au cours des 9 mois qui suivent la fin de l'année de période de prestations ou dans les 90 jours après la date de votre cessation d'emploi, selon la première éventualité.

Si vous désirez obtenir le remboursement de la partie des frais qui ne vous est pas remboursée par le régime de soins médicaux complémentaires directement à partir de votre compte Soins de santé, vous n'avez qu'à remplir le formulaire d'autorisation du compte Soins de santé. Veuillez prendre soin de cocher la case indiquant que vous autorisez la Sun Life à traiter directement votre demande de règlement à partir du compte Soins de santé.

Pour présenter ou faire le suivi d'une demande de règlement, au moyen de ma Sun Life Mobile, téléchargez l'application de BlackBerry World (si vous avez un BlackBerry) ou de l'App Store d'Apple (si vous avez un iPhone). Si vous avez un appareil Android ou tout autre téléphone intelligent, vous pouvez accéder à [ma Sun Life Mobile à www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca). Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'application ou pour voir une démonstration, visitez ma Sun Life Mobile.

Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays

Adresse postale :
Allianz Global Assistance
4273 King Street East
Kitchener, ON
N2P 2E9
Canada
Téléphone : 1-800-511-4610

Soins dentaires

Les demandes de règlement pour des soins dentaires peuvent être soumises en ligne si votre dentiste est membre du réseau de l'Association dentaire canadienne (CDAnet). Il est important de fournir à votre dentiste votre numéro de police de la Sun Life et le code d'assureur de la Sun Life (16).

- Si vous préférez soumettre une demande papier, votre dentiste peut vous fournir le formulaire au moment de votre rendez-vous, ou vous pouvez imprimer ce formulaire sur le site de la Sun Life. Le dentiste remplit sa section, vous remplissez les autres sections et vous envoyez le formulaire par la poste à l'adresse qui y est indiquée. Vous pouvez aussi remplir votre demande de règlement pour soins dentaires en ligne, et votre remboursement sera déposé directement dans votre compte bancaire. Vous devez soumettre le formulaire de demande à la Sun Life dans les 9 mois suivant la date du service. Visitez le site www.sunlife.ca/participant pour vous inscrire et obtenir votre NIP afin de remplir vos demandes de règlement en ligne.
- Vous devez présenter vos demandes de règlement au cours des 9 mois qui suivent la date à laquelle vous avez engagé les frais ou dans les 90 jours après la date de votre cessation d'emploi, suivant la première éventualité.

Compte Soins de santé

Soumettez toutes les demandes d'indemnisation au titre du compte Soins de santé à la Sun Life. La date d'échéance est le 31 mai pour vous faire rembourser les frais de l'année de période de prestations précédente à même le solde de l'année précédente. Vous pouvez imprimer les formulaires sur le site de la Sun Life, ou soumettre les demandes par voie électronique.

Assurance vie

Écrivez aussi tôt que possible à benefits@telus.com ou à service.delapaie@telus.com pour présenter une demande de règlement. Le Service des avantages sociaux vous enverra une demande de règlement à remplir.

Assurance maladies graves

Communiquez avec SSQ aussi tôt que possible à cwclaims.spgroup@ssq et un représentant du service à la clientèle vous enverra une demande de règlement à remplir.

Vous devez donner une attestation écrite de la maladie grave pour laquelle vous présentez une demande de règlement dans les trente (30) jours qui suivent la date du diagnostic.

Invalidité de courte durée

Si vous devenez invalide, vous pourriez toucher des prestations, en fonction des dispositions relatives à votre assurance invalidité de courte durée. Advenant une absence prolongée, vous devrez soumettre une preuve d'invalidité de votre médecin.

Invalidité de longue durée

Pour toucher des prestations d'assurance invalidité de longue durée, vous devrez soumettre à la Great-West une preuve d'invalidité en utilisant les formulaires qui vous seront remis durant votre absence pour invalidité de courte durée.

Personnes-ressources et assistance

Pour vous inscrire au régime Options Équipe TELUS

- Cliquez sur le lien dans le courriel que vous a envoyé l'équipe des avantages sociaux

Si vous avez des questions concernant le régime Options Équipe TELUS, le processus d'inscription ou votre situation personnelle :

- Communiquez avec infoRH pour :
 - poser une question en ligne;
 - clavarder directement avec un membre de l'équipe infoRH;

Si vous avez des questions concernant les demandes de règlement au titre de l'assurance des soins médicaux ou dentaires ou du compte Soins de santé :

- Appelez la Sun Life au 1-800-361-6212.
- Ayez votre numéro de police (150495) à portée de la main afin d'obtenir un service plus efficace :

L'information qui figure dans le présent document est une description générale de vos régimes d'avantages sociaux payés par l'employeur. Le présent document est un sommaire et à ce titre, il ne peut pas contenir les détails complets des régimes. En cas de malentendu ou de divergence, les prestations seront payées conformément aux contrats, aux polices, aux documents du régime et aux lois applicables. TELUS se réserve le droit de modifier ou d'abandonner ces régimes en tout temps.