

VOS **garanties** collectives



Salariés contractuels de Technicolor Canada, Inc.

**Contrat numéro 100556 et PAE
À effet du 1^{er} mai 2021**

Le Programme d'aide aux employés (PAE) est offert par Shepell.fgi

Table des matières

Conditions particulières.....	1
Vos options Frais médicaux	1
Vos options Frais dentaires	4
Votre assurance-vie de base	5
Votre assurance-vie facultative	5
Votre couverture Décès et mutilation accidentels – couverture de base	6
Conditions générales	7
Votre brochure	7
Conditions d’admission.....	7
Personne à charge.....	8
Adhésion	9
Prise d’effet de la couverture	10
Modification de la couverture	10
Tenue à jour de votre dossier	11
Accès à vos dossiers.....	11
Cessation de la couverture.....	12
Remplacement de la couverture	13
Demande de règlement.....	13
Actions en justice	14
Attestation d’invalidité	14
Coordination des prestations	14
Examen médical	16
Droit de recouvrement.....	16
Définitions.....	16
Frais médicaux (Complément d’assurance-maladie).....	18
Description générale de la garantie	18
Année de référence.....	18
Franchise	18
Médicaments sur ordonnance.....	19
Frais hospitaliers engagés dans votre province	24
Frais engagés hors de votre province	24
Services et articles médicaux	26
Services paramédicaux.....	29
Frais d’optique	30
Prestations après la cessation de la couverture.....	31
Exclusions	31
Demande de règlement.....	32

Programme Voyage Assistance	33
Frais dentaires	39
Description générale de la garantie	39
Année de référence.....	40
Prestation maximale par année de référence	40
Détermination préalable des prestations.....	40
Soins dentaires de prévention.....	40
Soins dentaires de base.....	41
Soins dentaires majeurs.....	42
Prestations après la cessation de la couverture.....	43
Exclusions	43
Demande de règlement.....	44
Assurance-vie.....	46
Description générale de la garantie	46
Prestations	46
Bénéficiaire	46
Suicide.....	47
Garantie en cas d'invalidité totale	47
Programme de prêt-secours.....	48
Transformation de l'assurance-vie collective	48
Demande de règlement.....	48
Décès et mutilation accidentels.....	49
Description générale de la garantie	49
Prestations	49
Limite	51
Transport de la dépouille.....	51
Programme de réadaptation.....	51
Formation professionnelle du conjoint.....	52
Études des enfants	52
Transport d'un membre de la famille.....	53
Garantie en cas d'invalidité totale	53
Exclusions	53
Transformation.....	54
Demande de règlement.....	54
Programme d'aide aux employés.....	55

Conditions particulières

Vous trouverez dans cette section un aperçu des options qui vous sont offertes. Pour plus de renseignements sur chaque garantie, veuillez consulter la section appropriée de cette brochure.

Vos options Frais médicaux

	De Base	Standard
Franchise	Médicaments sur ordonnance – 5 \$ par ordonnance ou renouvellement d'ordonnance Aucune pour les autres frais	Médicaments sur ordonnance – 3 \$ par ordonnance ou renouvellement d'ordonnance Aucune pour les autres frais
	Pour les salariés résidant au Québec, la franchise pour médicaments sur ordonnance cesse de s'appliquer dans le cas des médicaments figurant dans la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) dès que la contribution maximale aux frais est atteinte.	
Médicaments sur ordonnance	80% après déduction de la franchise	80% après déduction de la franchise
	Pour les salariés résidant au Québec, le pourcentage de remboursement passe à 100% dans le cas des médicaments figurant dans la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) dès que la contribution maximale aux frais est atteinte.	
Limitation au prix du médicament équivalent	Les frais venant en excédent du prix du médicament équivalent le moins coûteux ne sont pas couverts, à moins que la Sun Life n'en ait expressément approuvé le remboursement. Afin de déterminer si l'utilisation d'un médicament plus coûteux constitue une nécessité médicale, la Sun Life exige qu'une demande d'exception dûment remplie par votre médecin et par vous-même lui soit fournie.	
	Pour les salariés résidant au Québec, pour les médicaments figurant dans la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), les frais venant en excédent du prix du médicament équivalent le moins coûteux ne sont pas pris en compte dans la contribution maximale aux frais, à moins que la Sun Life n'ait expressément approuvé le remboursement du médicament plus coûteux.	

	De Base	Standard
	Pour les salariés résidant au Québec, toute condition du présent régime qui n'est pas conforme aux exigences du régime d'assurance-médicaments du Québec est automatiquement modifiée pour satisfaire à ces exigences.	
Hospitalisation dans votre province	100% chambre semi-particulière	100% chambre semi-particulière
Soins hors de la province	Soins d'urgences - 100%	Soins d'urgences - 100%
Médi-Passeport	Frais couverts	Frais couverts
Soins d'infirmières <i>(Max. par année de référence)</i>	Frais non couverts	80% 15 000 \$ par personne
Services et articles médicaux	75%	80%
<i>Services diagnostiques reçus hors de l'hôpital</i>	Analyses de laboratoire, échographies, IRM (imagerie par résonance magnétique), tomodensitométries et autres services d'imagerie médicale – maximum global de 500 \$ par personne par année de référence	Analyses de laboratoire – aucun maximum Échographies – aucun maximum IRM (imagerie par résonance magnétique), tomodensitométries et autres services d'imagerie médicale – maximum global de 1 000 \$ par personne par année de référence
Services paramédicaux	Frais non couverts	80%
<i>Psychologues autorisés</i>	Frais non couverts	750 \$ par personne par année de référence
<i>Chiropraticiens autorisés</i>	Frais non couverts	500 \$ par personne par année de référence
<i>Physiothérapeutes, thérapeutes en réadaptation physique, thérapeutes sportifs et ergothérapeutes autorisés</i>	Frais non couverts	Maximum global de 750 \$ par personne par année de référence
<i>Tous les autres services paramédicaux</i>	Frais non couverts	500 \$ par personne par année de référence pour chaque spécialité

	De Base	Standard
Frais d'optique	Frais non couverts	80%
<i>Lentilles cornéennes, lunettes et correction de la vision par le laser (Max. par 24 mois / par 12 mois si âgé de moins de 18 ans)</i>	Frais non couverts	300 \$ par personne
<i>Services d'ophtalmologistes ou d'optométristes autorisés (Max. par 12 mois)</i>	Frais non couverts	75 \$ par personne
<i>Maximum global</i>	Urgence hors Canada – maximum viager de 3 000 000 \$ par personne ou à toute autre prestation viagère maximale applicable si le montant de cette dernière est inférieur Tous les autres frais – aucun	
Période minimale de participation	2 ans	2 ans
Année de référence	Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre	
Changement d'option	Sous réserve de toute <i>période minimale de participation</i> indiquée ci-dessus, vous ne pouvez changer d'option qu'au cours de la période d'adhésion annuelle suivante ou dans les 31 jours d'un <i>changement de situation personnelle</i> . Vous n'êtes pas tenu de présenter une attestation de bonne santé.	
Cessation de couverture	À votre départ à la retraite. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i> .	

Vos options Frais dentaires

	De Base	Standard
<i>Soins de prévention</i>	Frais non couverts	100%
<i>Soins de base</i>	Frais non couverts	80%
<i>Soins majeurs</i>	Frais non couverts	60%
<i>Franchise</i>	s/o	s/o
<i>Maximum par année de référence</i>	s/o	1 500 \$ par personne
<i>Période minimale de participation</i>	s/o	2 ans
<i>Année de référence</i>	Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre	
<i>Changement d'option</i>	Sous réserve de toute <i>période minimale de participation</i> indiquée ci-dessus, vous ne pouvez changer d'option qu'au cours de la période d'adhésion annuelle suivante ou dans les 31 jours d'un <i>changement de situation personnelle</i> . Vous n'êtes pas tenu de présenter une attestation de bonne santé.	
<i>Cessation de couverture</i>	À votre départ à la retraite. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i> .	

Votre assurance-vie de base

	De Base	Standard
Capital	10 000 \$	1 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$
Minimum	s/o	1 000 000 \$ pour l'ensemble de votre assurance-vie de base et de votre assurance-vie facultative
Réduction	À 50% à l'âge de 65 ans	Capital maximal de 100 000 \$ dès que vous atteignez l'âge de 70 ans
Attestation de bonne santé	s/o	Approbation exigée pour toute couverture venant en excédent de 600 000 \$, et lorsque cette couverture est augmentée dans une proportion égale ou supérieure à 25% ou à 500 \$, si cette dernière somme est plus élevée
Cessation de couverture	À votre départ à la retraite. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i> .	
Changement d'option	Sous réserve de toute <i>période minimale de participation</i> indiquée ci-dessus, vous ne pouvez changer d'option qu'au cours de la période d'adhésion annuelle suivante ou dans les 31 jours d'un <i>changement de situation personnelle</i> . Vous n'êtes pas tenu de présenter une attestation de bonne santé.	

Votre assurance-vie facultative

Capital	Au choix du salarié, tout multiple de 10 000 \$
Capital maximal global	1 000 000 \$ pour l'ensemble de votre assurance-vie de base et de votre assurance-vie facultative
Attestation de bonne santé	Exigée lorsque vous demandez la couverture facultative et toute augmentation de cette couverture, sauf pour la première tranche de 30 000 \$ si la demande de couverture est présentée dans les 31 jours suivant l'admissibilité
Cessation de couverture	À votre départ à la retraite ou à votre 65 ^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i> .

Votre couverture Décès et mutilation accidentels – couverture de base

<i>Capital</i>	Égal au capital de votre assurance-vie de base
<i>Cessation de couverture</i>	À votre départ à la retraite. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i> .

Conditions générales

Les renseignements contenus dans la présente section s'appliquent uniquement aux garanties dont la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est l'assureur ou le gestionnaire.

Votre brochure

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

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

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

Conditions d'admission

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

- être membre du personnel contractuel qui travaillez au Canada et qui avez un ou une séries de contrats auprès de l'employeur pour une durée globale minimale de 9 mois de service continu.
- travailler effectivement pour le compte de l'employeur au moins 20 heures par semaine.
- avoir accompli la période probatoire.

La période probatoire prévue par le régime est de 3 mois de service continu.

Nous vous considérons comme étant effectivement au travail les jours où vous accomplissez toutes les fonctions habituelles de votre emploi pour le compte de l'employeur, pendant le nombre d'heures fixé pour la

journée en cause, y compris les jours de congé conventionnels et toute période de vacances payées d'au plus 3 mois consécutifs si vous avez travaillé jusqu'à la fin de la dernière journée de travail prévue à votre horaire. Nous ne vous considérons pas comme étant effectivement au travail si vous touchez des prestations d'invalidité ou participez à un programme prévu en cas d'invalidité partielle ou à un programme de réadaptation.

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

Personne à charge

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

Par *conjoint*, on entend votre conjoint en vertu de :

- un mariage.
- tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou
- la personne de sexe opposé ou de même sexe qui est publiquement présentée comme étant votre conjoint depuis au moins un an.

Pour les salariés résidant au Québec, aucune période minimale de cohabitation n'est exigée si un enfant est né de votre union.

Toute séparation de plus de 3 mois met fin à la définition de conjoint.

À toute époque, le régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint.

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

L'enfant de moins de 26 ans qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu en vertu de la Loi de l'impôt sur

le revenu (Canada) et dont vous assurez entièrement le soutien sur le plan financier est également considéré comme un enfant.

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

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

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

Adhésion

Vous devez choisir la même option pour les garanties Soins de santé et Soins dentaires.

Pour adhérer au régime, vous devez faire une demande par écrit en fournissant à votre employeur les renseignements nécessaires à votre admission dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle vous êtes admissible à la couverture. Si vous ne le faites pas au cours de ce délai, vous serez inscrit à l'*Option de Base* pour toutes les garanties.

Vous devez demander la couverture des personnes à votre charge pour qu'elles soient admises au régime.

Vous pouvez refuser la garantie Frais médicaux ou Frais dentaires du présent régime, si vous ou les personnes à votre charge bénéficiez d'une couverture comparable aux termes du présent régime ou d'un autre régime. Si l'autre couverture prend fin, vous pourrez alors opter pour la couverture prévue par le présent régime dans les 31 jours de la cessation de la couverture comparable.

Une attestation de bonne santé est exigée lorsque vous demandez l'assurance-vie facultative et toute augmentation de cette assurance. La couverture ne peut prendre effet avant que la Sun Life n'accepte l'attestation.

Prise d'effet de la couverture

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

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

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

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

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

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

Modification de la couverture

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

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

Dans le cas d'un représentant commissionné, toute modification de la couverture résultant d'un changement du salaire de base prend effet le 1^{er} mai qui suit la date du changement, ou le jour même du changement s'il se produit le 1^{er} mai.

Sous réserve des exceptions ci-dessous, toute modification de votre couverture résultant d'un *changement de situation personnelle* prend effet à la date de réception de la demande de changement, ou à la date du *changement de situation personnelle* si cette date est postérieure.

Les exceptions suivantes s'appliquent si le changement donne lieu à une

augmentation de la couverture :

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

Tenue à jour de votre dossier

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

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

Accès à vos dossiers

Dans le cas des garanties assurées, vous pouvez obtenir une copie des documents suivants :

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

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

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

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

- le site Web au www.masunlife.ca;
- le Centre de service à la clientèle au numéro sans frais 1-800-361-6212.

Cessation de la couverture

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

- vous quittez le service de l'employeur ou prenez votre retraite.
- vous cessez d'être effectivement au travail.
- la période couverte par la dernière prime payée à la Sun Life en votre nom prend fin.
- le contrat collectif est résilié.

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

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

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

Cependant, si vous décédez en cours de couverture, la personne à votre charge demeure couverte, sans qu'aucune prime ne soit exigible, jusqu'à ce que se réalise l'une des situations suivantes :

- la période de 24 mois suivant votre décès prend fin.
- la personne à charge cesserait de répondre à la définition de personne à charge même si vous étiez toujours vivant.

- la garantie couvrant la personne à charge est résiliée.

Remplacement de la couverture

Le contrat collectif est interprété et géré conformément à toutes les lois régissant le maintien de l'assurance après la résiliation du contrat, ainsi que le remplacement de l'assurance collective.

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

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

Demande de règlement

La Sun Life s'engage à vous offrir un service prompt et efficace. Vous pouvez vous procurer les formulaires appropriés de demande de règlement auprès de votre employeur.

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

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

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

Actions en justice

Délai de prescription en Ontario :

Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la *Loi de 2002 sur la prescription des actions*.

Délai de prescription dans les autres provinces :

Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la loi sur les assurances ou toute autre loi applicable dans votre province ou territoire.

Attestation d'invalidité

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

Coordination des prestations

Si vous ou les personnes à votre charge êtes couverts par la garantie Frais médicaux ou Frais dentaires du présent régime et d'un autre régime, nous appliquons le principe de la coordination des prestations conformément aux normes établies dans l'industrie de l'assurance. Ces normes déterminent le régime au titre duquel vous devez présenter la demande de règlement en premier.

Le régime qui ne contient pas de clause de coordination des prestations est considéré comme le premier payeur; par conséquent, ce régime versera des prestations avant tout régime comportant une clause de coordination des prestations.

Les régimes d'assurance-maladie prévoyant la couverture des frais dentaires engagés par suite d'un accident ont préséance sur les régimes Frais dentaires quant au règlement des prestations.

Les prestations provenant de l'ensemble des régimes ne peuvent dépasser les frais remboursables effectivement engagés.

Lorsque les deux régimes contiennent une clause de coordination des prestations, les demandes de règlement doivent être présentées dans l'ordre indiqué ci-dessous.

Les demandes de règlement portant sur des frais engagés pour vous-même et pour votre conjoint doivent être présentées dans l'ordre suivant :

- régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel. Si la personne est couverte par deux régimes, l'ordre suivant prévaut :
 - régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel actif à temps plein.
 - régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel actif à temps partiel.
 - régime qui couvre la personne à titre de retraité.
- régime qui couvre la personne à titre de personne à charge.

Les demandes de règlement portant sur des frais engagés pour un enfant doivent être présentées dans l'ordre suivant :

- régime qui couvre l'enfant à titre de membre du personnel.
- régime d'assurance maladie ou dentaire offert par l'entremise d'un établissement d'enseignement qui couvre l'enfant à titre d'étudiant.
- régime du parent (père ou mère) dont l'anniversaire arrive en premier (mois et jour) dans l'année civile. Ainsi, si votre anniversaire tombe le 1^{er} mai et celui de votre conjoint, le 5 juin, la demande doit être présentée en premier au titre de votre régime.
- si les parents ont le même anniversaire de naissance, régime du parent dont la première lettre du prénom arrive en premier dans l'alphabet.

L'ordre ci-dessus s'applique dans tous les cas, sauf si les parents sont séparés ou divorcés et qu'ils ne se partagent pas la garde de l'enfant, auquel cas, l'ordre suivant prévaut :

- régime du parent qui a la garde de l'enfant.
- régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant.
- régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.
- régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

Lorsque vous présentez une demande de règlement, vous êtes tenu de déclarer à la Sun Life toute couverture équivalente dont vous-même ou les personnes à votre charge bénéficiez.

Votre employeur peut vous aider à déterminer le régime au titre duquel vous devez présenter votre demande en premier.

Examen médical

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

Droit de recouvrement

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

Définitions

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

Accident

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

Changement de situation personnelle

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

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

<i>Date du départ à la retraite</i>	Si vous êtes totalement invalide, la date de votre départ à la retraite correspond à votre 65 ^e anniversaire de naissance, à moins que vous n'ayez effectivement pris votre retraite avant cet anniversaire.
<i>Maladie</i>	S'entend également d'une blessure, d'une affection ou d'une infirmité mentale. Toute intervention chirurgicale subie pour faire don d'un organe à une autre personne et qui entraîne une invalidité totale, est considérée comme une maladie.
<i>Médecin</i>	Médecin ou chirurgien autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il donne des soins médicaux.
<i>Période d'adhésion</i>	La période d'adhésion annuelle est à tous les deux ans, tel que déterminé par votre employeur.
<i>Période minimale de participation</i>	La période minimale pendant laquelle vous devez rester couvert selon l'option choisie. La période minimale de participation est de 2 ans, à moins d'avoir un <i>changement de situation personnelle</i> .
<i>Salaires de base</i>	Rémunération que l'employeur verse au salarié, à l'exclusion des gratifications, des heures supplémentaires et des primes de rendement. Dans le cas d'un représentant commissionné, si vous avez au moins une année civile de service, la rémunération figurant sur votre feuillet d'impôt T4 établi pour l'année précédente, commissions comprises. Si vous avez moins d'une année civile de service, la rémunération annuelle estimative déterminée à partir de la rémunération que vous avez effectivement touchée depuis la date de votre entrée en service, commissions comprises.

Frais médicaux (Complément d'assurance-maladie)

Description générale de la garantie	<p>Dans la présente section, le mot <i>vous</i> s'entend du salarié ou de toute personne à sa charge, couverts par la garantie Frais médicaux.</p> <p>La garantie Frais médicaux prévoit le remboursement de certains frais engagés pour des services et articles médicalement nécessaires au traitement d'une maladie. Toutefois, des conditions d'admissibilité supplémentaires s'appliquent dans le cas des médicaments (voir la section <i>Programme d'autorisation préalable</i> pour en savoir plus).</p> <p>Par <i>médicalement nécessaire</i>, on entend généralement reconnu par le corps médical canadien comme efficace, approprié et requis pour traiter une maladie d'après les normes médicales canadiennes.</p> <p>Pour bénéficier de cette garantie, vous devez être couvert par un régime provincial d'assurance-maladie ou par un régime fédéral comportant des garanties analogues.</p> <p><i>Le terme médecin peut également s'entendre d'une infirmière praticienne</i> – Si les lois provinciales applicables permettent aux infirmières praticiennes de fournir des ordonnances pour certains produits ou services, la Sun Life rembourse les frais admissibles de la même façon que si les ordonnances venaient d'un médecin. Pour les médicaments, veuillez vous reporter à la section <i>Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments</i>.</p> <p>Les frais sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés. Les frais sont réputés engagés à la date à laquelle les soins sont donnés ou les articles sont loués ou achetés.</p>
Année de référence	L'année de référence de la garantie est indiquée dans les Conditions particulières.
Franchise	La franchise est indiquée sous chaque option dans les Conditions particulières.

Médicaments sur ordonnance

Une fois la franchise payée, les frais engagés sont remboursés dans la proportion prévue par le régime.

Les médicaments couverts au titre de la présente garantie doivent avoir un numéro d'identification du médicament (numéro DIN) et être approuvés conformément à la rubrique *Évaluation des médicaments*.

La garantie couvre le coût des médicaments et des articles suivants qui sont délivrés par un pharmacien sur l'ordonnance du médecin ou du dentiste. Le pourcentage de remboursement est indiqué sous chaque option dans les Conditions particulières.

- médicaments nécessitant une ordonnance aux termes de la loi.
- médicaments essentiels à la survie qui pourraient ne pas nécessiter une ordonnance aux termes de la loi.
- médicaments et vitamines injectables.
- préparations composées, pour autant que le principal ingrédient actif soit admissible et qu'il possède un numéro DIN.
- articles pour diabétiques.
- médicaments et contraceptifs oraux nécessitant une ordonnance aux termes de la loi.
- stérilets, diaphragmes, timbres contraceptifs et dispositifs contraceptifs, sous réserve d'un maximum global d'un article par personne tous les 24 mois.
- articles devenus nécessaires à la suite d'une colostomie.
- injections sclérosantes pour le traitement des varices, à concurrence de 20 \$ par visite.

Les prestations versées pour chaque achat d'articles ou de médicaments se limitent au coût de ceux qu'il est raisonnable d'utiliser pendant une période de 100 jours.

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit, même s'il s'agit de

soins, de médicaments et d'articles prescrits :

- mélanges pour biberon (lait et substituts du lait), minéraux, protéines, vitamines et traitements au collagène.
- frais d'administration de sérums, de vaccins et d'injections.
- traitements de l'obésité, y compris les médicaments, les protéines et les suppléments alimentaires ou diététiques.
- stimulants de la pousse des cheveux.
- auxiliaires antitabagiques.
- médicaments pour le traitement de la stérilité.
- vaccins.
- médicaments pour le traitement d'une dysfonction sexuelle.
- médicaments utilisés à des fins esthétiques.
- produits de santé naturels, qu'ils aient ou non un numéro de produit naturel (NPN).
- médicaments et traitements administrés dans un hôpital à une personne à titre de malade interne ou de malade externe, ou dans une clinique ou un centre de soins financés au moyen de fonds publics, y compris tout service ou article ayant trait à l'administration du médicament et du traitement.

Évaluation des médicaments

Les médicaments suivants feront l'objet d'une évaluation et devront être approuvés par nous en vue d'être admissibles à un remboursement :

- médicaments ayant reçu un avis de conformité de Santé Canada, le 1^{er} novembre 2017 ou après cette date, pour un usage initial ou un nouvel usage.
- médicaments couverts par ce régime et dont le coût a connu une hausse importante.

Les frais de médicaments sont admissibles à un remboursement seulement s'ils ont été engagés à compter de la date à laquelle nous les avons approuvés.

Nous évaluerons l'admissibilité du médicament en fonction de facteurs comme :

- l'analyse comparative du coût du médicament et de son efficacité clinique.
- les recommandations faites par les organismes d'évaluation des technologies de la santé et les provinces.
- l'accès à d'autres médicaments qui traitent les mêmes affections ou des affections similaires.
- la durabilité du régime.

*Services
pharmaceutiques
(rendus par les
pharmaciens)*

Pour les salariés résidant au Québec, nous couvrons les services pharmaceutiques qui sont couverts par le régime d'assurance médicaments du Québec et appliquons les exigences de celui-ci.

*Programme
d'autorisation
préalable*

Le programme d'autorisation préalable (AP) porte sur un nombre restreint de médicaments et, comme son nom l'indique, ces médicaments ne sont couverts que s'il y a autorisation préalable. Si vous demandez le remboursement de frais de médicaments s'inscrivant dans le programme AP et que vous n'avez pas d'autorisation préalable, votre demande sera refusée.

Pour que les médicaments s'inscrivant dans le programme AP soient couverts, vous devez fournir des renseignements médicaux. Veuillez présenter ces renseignements au moyen de notre formulaire d'autorisation préalable. Votre médecin et vous devez remplir des sections du formulaire.

Vous pourriez avoir droit au remboursement de ces médicaments si les renseignements que vous et votre médecin avez fournis satisfont aux critères cliniques que nous avons établis en fonction de facteurs comme :

- la monographie de produit de Santé Canada.
- les lignes directrices cliniques reconnues.
- l'analyse comparative du coût du médicament et de son efficacité clinique.
- les recommandations faites par les organismes d'évaluation des technologies de la santé et les provinces.
- votre réponse au traitement médicamenteux privilégié.

S'ils n'y satisfont pas, votre demande de remboursement sera refusée.

Les formulaires d'autorisation préalable sont accessibles auprès des sources suivantes :

- notre site Web à l'adresse
www.masunlife.ca/autorisationprealable
- notre Centre de service à la clientèle en appelant sans frais au 1-800-361-6212

***Programme de
médicaments de
référence***

Le Programme de médicaments de référence (PMR) s'applique à certains médicaments déterminés par la Sun Life. Dans le cadre du PMR, la Sun Life :

- regroupe par catégorie (*classe thérapeutique*) les médicaments utilisés pour traiter de façon identique ou semblable les mêmes affections.
- détermine le médicament qui a le meilleur rapport prix-efficacité dans une *classe thérapeutique* donnée (*médicament de référence*). Pour ce faire, la Sun Life se base sur différents facteurs comme le coût pour le régime, les programmes provinciaux, la sécurité et l'efficacité clinique.
- limite les frais remboursables des médicaments d'une même *classe thérapeutique* au prix du *médicament de référence* de ce groupe (*limite pour le médicament de référence*).

- applique la *limite pour le médicament de référence* dans les provinces sélectionnées, sauf au Québec. Les provinces sélectionnées peuvent varier selon la *classe thérapeutique*.

Pour toutes les *classes thérapeutiques*, la *limite pour le médicament de référence* s'applique aux personnes couvertes dans les provinces sélectionnées qui n'ont pas de demandes de règlement précédentes pour un médicament autre que le *médicament de référence*. La *limite pour le médicament de référence* peut aussi s'appliquer aux personnes couvertes qui ont des demandes de règlement précédentes pour un médicament autre que le *médicament de référence*, selon la *classe thérapeutique* et des facteurs comme :

- le soutien clinique requis pour passer au *médicament de référence*.
- la durée prévue du traitement.
- les programmes provinciaux.

Toute demande de règlement présentée sous ce régime dans les 120 jours précédant la date où la Sun Life applique le *médicament de référence* au régime est considérée comme une demande de règlement précédente. Tout médicament différent du *médicament de référence* dans une *classe thérapeutique* donnée est considéré comme un médicament autre que le *médicament de référence*.

Lorsque la *limite pour le médicament de référence* s'applique, les frais dépassant cette limite ne sont pas remboursables, sauf si la personne couverte doit prendre le médicament autre que le *médicament de référence* par nécessité médicale. Pour évaluer si le médicament est une nécessité médicale, la Sun Life exige qu'une demande d'exception dûment remplie par la personne couverte et par le médecin traitant lui soit fournie.

***Autres professionnels
de la santé autorisés à
prescrire des
médicaments***

Nous remboursons certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé autorisés de la même façon que si les médicaments étaient prescrits par un médecin ou un dentiste si les lois provinciales en cause leur permettent de prescrire ces médicaments.

Frais hospitaliers engagés dans votre province

Nous couvrons les frais qui ont été engagés pour des soins hospitaliers reçus dans la province de votre domicile. Le pourcentage de remboursement est indiqué sous chaque option dans les Conditions particulières.

Nous couvrons les services reçus à l'hôpital à titre de malade externe, à l'exception de tout service expressément exclu au titre de la présente garantie, ainsi que la différence entre le tarif d'une salle et celui de la chambre indiquée sous chaque option dans les Conditions particulières.

Un *hôpital* est un établissement autorisé à donner des soins et des traitements aux blessés et aux malades, principalement durant la phase aiguë de la maladie. Il doit être doté d'installations servant au diagnostic et à la chirurgie majeure. L'établissement doit assurer des soins infirmiers 24 heures sur 24. L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour vieillards ou malades chroniques, un sanatorium, un hôpital de convalescence ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, de même que les lits réservés à ces fins dans un hôpital ne sont pas considérés comme un hôpital.

Frais engagés hors de votre province

Nous couvrons les services reçus en cas d'urgence hors de la province de votre domicile. Le pourcentage de remboursement et la prestation maximale payable sont indiqués sous chaque option dans les Conditions particulières.

Dans le cas des services reçus en cas d'urgence, nous couvrons ce qui suit :

- hospitalisation dans une chambre semi-particulière.
- autres services hospitaliers reçus hors du Canada seulement.
- soins reçus à l'hôpital à titre de malade externe.
- soins du médecin.

Les frais reliés à tous les autres services et articles admissibles au titre du présent régime sont également couverts lorsqu'ils sont engagés hors

de la province de votre domicile, sous réserve du pourcentage de remboursement et de toutes les conditions applicables à ces frais.

*Services reçus en cas
d'urgence*

Nous ne couvrons que les services reçus en cas d'urgence dans les 90 jours suivant votre départ de la province de votre domicile. Si vous êtes admis à l'hôpital au cours de cette période, les services que vous recevez à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à votre sortie de l'hôpital.

Le terme *services reçus en cas d'urgence* s'entend des services et des articles médicaux raisonnables, y compris les consultations, traitements, actes médicaux ou interventions chirurgicales, qui sont nécessaires en raison d'une urgence. Dans le cas des personnes souffrant d'une affection chronique, les services reçus en cas d'urgence ne comprennent pas les soins donnés dans le cadre d'un programme de traitement établi qui était déjà en place avant leur départ de la province de leur domicile.

Le terme *urgence* s'entend de toute situation reliée à une maladie aiguë ou à une blessure accidentelle qui exige un traitement immédiat, médicalement nécessaire, prescrit par le médecin.

Lorsque survient une urgence, vous ou une autre personne devez communiquer avec AZGA Service Canada Inc. (*Allianz Global Assistance*), le fournisseur du Programme Voyage Assistance de la Sun Life. Tous les procédés invasifs et les procédés d'investigation (y compris toute intervention chirurgicale, angiographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographie par émission de positons (TEP), tomographie par émission de positons (TEP), tomographie par émission de positons (TEP), tomographie par émission de positons (TEP)) doivent être autorisés au préalable par Allianz Global Assistance, sauf dans des circonstances extrêmes où une intervention chirurgicale doit être effectuée d'urgence immédiatement après l'admission à l'hôpital.

S'il n'est pas possible de communiquer avec Allianz Global Assistance avant de recevoir des services, il faut le faire le plus tôt possible par la suite. Si Allianz Global Assistance n'est pas contactée et que des services sont reçus en cas d'urgence dans des circonstances où il aurait été raisonnablement possible de communiquer avec cette société, la Sun Life se réserve le droit de refuser ou de limiter le règlement des frais engagés pour tous ces services.

L'urgence prend fin lorsque votre état est stable du point de vue médical de façon que vous puissiez retourner dans la province de votre domicile.

Services reçus en cas d'urgence exclus de la couverture

Les frais engagés pour les services suivants reçus en cas d'urgence ne sont pas couverts :

- services médicaux qui ne sont pas requis immédiatement ou qui pourraient raisonnablement être reportés jusqu'à votre retour dans la province de votre domicile, à moins que votre état de santé soit tel que vous ne pouvez pas raisonnablement retourner dans cette province avant d'avoir reçu ces services.
- services reliés à une maladie ou blessure qui est à l'origine de l'urgence, après que l'urgence a pris fin.
- services continus, découlant directement ou indirectement de l'urgence ou d'une récurrence de l'urgence, reçus après la date à laquelle la Sun Life ou Allianz Global Assistance a déterminé, en se basant sur les renseignements médicaux disponibles, que vous pouviez retourner dans la province de votre domicile, dans le cas où vous avez refusé de le faire.
- services qui sont nécessaires pour le traitement de la maladie ou blessure pour laquelle vous avez déjà reçu des services en cas d'urgence, y compris toute complication découlant de cette maladie ou blessure, si vous aviez refusé ou négligé sans raison valable de recevoir les services médicaux recommandés.
- lorsque le voyage a été entrepris dans le but de recevoir des services médicaux pour le traitement d'une maladie ou blessure, services reliés à cette maladie ou blessure, y compris toute complication ou urgence découlant directement ou indirectement de cette maladie ou blessure.

Services et articles médicaux

Nous couvrons les frais qui sont engagés pour les services médicaux ci-dessous prescrits par le médecin (les services de dentistes n'ont pas à être prescrits par le médecin). Le pourcentage de remboursement est indiqué sous chaque option dans les Conditions particulières.

- soins d'infirmières exerçant à titre privé, donnés hors de l'hôpital et médicalement nécessaires. Les services donnés doivent consister en soins infirmiers; ils ne doivent pas avoir pour objet la surveillance du malade. Par *infirmières exerçant à titre privé*, on entend des infirmières ou infirmiers et infirmières ou infirmiers auxiliaires, qui sont autorisés à exercer leur profession dans la province de votre domicile et qui ne résident pas normalement avec vous. Les services d'infirmières autorisées ne sont couverts que s'ils ne peuvent pas être donnés par des infirmières auxiliaires. Le pourcentage de remboursement et la prestation maximale payable par personne sont indiqués sous chaque option dans les Conditions particulières.
- transport dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est médicalement nécessaire. Les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services reçus en cas d'urgence sont remboursés compte tenu des conditions indiquées plus haut pour les services reçus en cas d'urgence sous la rubrique *Frais engagés hors de votre province*.
- en cas d'urgence, transport aérien par service ambulancier autorisé, à destination de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est médicalement nécessaire. Les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services reçus en cas d'urgence sont remboursés compte tenu des conditions indiquées plus haut pour les services reçus en cas d'urgence sous la rubrique *Frais engagés hors de votre province*.
- les services diagnostiques suivants, reçus hors de l'hôpital, sauf si le régime provincial de la personne couverte interdit le remboursement de ces frais, sous réserve de la prestation maximale payable indiquée sous chaque option dans les Conditions particulières :
 - analyses de laboratoire.
 - échographies.

-
- IRM (imagerie par résonance magnétique),
tomodensitométries et autres services d'imagerie médicale.
 - traitement des dents naturelles endommagées dans un accident survenu en cours de couverture, y compris les frais d'attelles et d'arcs dentaires. Les soins doivent être donnés dans les 12 mois de l'accident. Les frais couverts sont limités aux honoraires prévus dans le tarif publié à l'intention des dentistes généralistes par l'association des chirurgiens-dentistes de la province du domicile du salarié. Le tarif utilisé est celui qui est en vigueur à la date du traitement.
 - lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires à la suite d'une opération de la cataracte, sous réserve d'un maximum viager de 150 \$ par personne.
 - location ou, à notre demande, achat d'appareils médicalement nécessaires qui répondent à vos besoins médicaux fondamentaux. S'il y a plus d'un appareil qui répond à vos besoins médicaux fondamentaux, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil le moins cher. Les fauteuils roulants motorisés, les triporteurs, les inhalateurs, les soulève-personnes hydrauliques ou mécaniques et les réparations de lits d'hôpitaux ne sont pas couverts.
 - plâtres, attelles, bandages herniaires, orthèses et béquilles.
 - prothèses mammaires nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale.
 - membres ou yeux artificiels. Sont exclus les appareils myoélectriques.
 - bas à varices, y compris les bas à compression régressive, sous réserve d'un maximum de 2 paires par personne par année de référence.

- orthèses plantaires faites sur mesure et chaussures orthopédiques faites sur mesure et modifications apportées à des chaussures orthopédiques, sur l'ordonnance du médecin, du podiatre ou du chiropodiste, sous réserve d'un maximum global de 400 \$ par personne par année de référence.
- appareils de correction auditive sur l'ordonnance d'un oto-rhino-laryngologiste, à concurrence de 300 \$ par personne pour 5 années de référence consécutives. Les réparations sont comprises dans ce maximum.
- radiothérapie ou traitements de troubles de la coagulation du sang.
- administration d'oxygène, transfusions de plasma et transfusions sanguines.
- glucomètres sur l'ordonnance d'un diabétologue ou d'un interniste.
- systèmes de surveillance du glucose en continu (systèmes de SGC) – récepteurs, transmetteurs ou capteurs – pour les personnes qui ont reçu un diagnostic de diabète de type 1, sous réserve d'un maximum global de 4 000 \$ par personne par année de référence. Vous devez nous fournir une note du médecin confirmant le diagnostic.

**Services
paramédicaux**

Nous couvrons les frais engagés pour les services ci-dessous. Le pourcentage de remboursement et les prestations maximales payables sont indiqués sous chaque option dans les Conditions particulières.

- services de psychologues.
- services de massothérapeutes autorisés.
- services d'orthophonistes autorisés.
- services de physiothérapeutes, ergothérapeutes, thérapeutes du sport autorisés, ou de thérapeutes du sport qui ont la qualité de membre actif de l'Association canadienne des thérapeutes du sport (ACTS) ou d'une association provinciale reconnue par la Sun Life ou de thérapeutes en réadaptation physique autorisés, ou

de thérapeutes en réadaptation physique qui ont la qualité de membre actif de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec ou d'une autre association provinciale reconnue par la Sun Life.

- services de naturopathes autorisés.
- services d'ostéopathes autorisés ou de praticiens en ostéopathie, incluant les examens radiologiques. Les frais engagés pour les examens radiologiques ne sont pas inclus dans le montant maximum par année de référence.
- services de chiropraticiens autorisés, incluant les examens radiologiques. Les frais engagés pour les examens radiologiques ne sont pas inclus dans le montant maximum par année de référence.
- services de podiatres ou de chiropodistes autorisés, incluant les examens radiologiques. Les frais engagés pour les examens radiologiques ne sont pas inclus dans le montant maximum par année de référence.

Nous ne versons aucune prestation pour les services donnés par un podiatre en Ontario ni en Alberta à moins qu'ils ne soient reçus après que la prestation maximale annuelle prévue par le régime provincial d'assurance-maladie a été versée.

Frais d'optique

Nous couvrons le coût des lentilles cornéennes, des lunettes et de la correction de la vision par le laser ainsi que les services d'ophtalmologistes ou d'optométristes autorisés.

Les lentilles cornéennes et les lunettes doivent être obtenues d'un ophtalmologiste, ou d'un optométriste ou d'un opticien autorisés, sur l'ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste autorisé. L'intervention visant à corriger la vision par le laser doit être pratiquée par un ophtalmologiste.

Le pourcentage de remboursement et les prestations maximales payables sont indiqués sous chaque option dans les Conditions particulières.

Aucune prestation n'est payable pour les lunettes de soleil, les lunettes grossissantes et les lunettes de protection, sauf s'il s'agit de lunettes sur ordonnance nécessaires pour corriger la vision.

Prestations après la cessation de la couverture

Si vous êtes totalement invalide au moment de la cessation de votre couverture, vous avez droit au remboursement des frais engagés pour le traitement de la maladie à l'origine de votre invalidité si les frais sont engagés :

- pendant la période ininterrompue d'invalidité totale,
- dans les 90 jours de la cessation de la couverture,
- et lorsque la présente garantie est en vigueur.

Pour les besoins de la présente clause, le salarié est totalement invalide s'il est empêché par la maladie d'exercer quelque profession qui convienne à la formation ou à l'expérience qu'il a ou qu'il pourrait acquérir, et la personne à charge est totalement invalide si elle est empêchée par la maladie d'accomplir ses tâches habituelles.

En cas de résiliation de la garantie Frais médicaux, le traitement des dents naturelles endommagées dans un accident demeure couvert, pourvu que l'accident soit survenu en cours de couverture, et que les soins soient donnés dans les 6 mois de l'accident.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit :

- services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainés par l'État, sauf si le présent régime en prévoit expressément le remboursement.
- excédent sur les frais raisonnables habituellement exigés dans la région où les services ou articles sont donnés.
- 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. Par *traitements expérimentaux ou traitements de recherche*, on entend les traitements qui ne sont pas approuvés par Santé Canada ou par un autre organisme de réglementation gouvernemental pour le grand public.
- 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 il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture.

Nous ne versons pas de prestations lorsque la demande de règlement se rapporte 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.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Demande de règlement

Pour présenter une demande de règlement, veuillez remplir le formulaire de demande de règlement que vous pouvez vous procurer auprès de votre employeur.

Pour que des prestations puissent être versées, la demande de règlement doit nous parvenir avant l'expiration d'une période :

- de 458 jours après la date à laquelle vous engagez les frais,
- ou de 90 jours après la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais médicaux, si cette période prend fin antérieurement.

Programme Voyage Assistance

Description générale de la garantie

Dans la présente section, le mot *vous* s'entend du salarié ou de toute personne à sa charge, couverts par le Programme Voyage Assistance.

Si une situation nécessitant des soins d'urgence se produit pendant un voyage effectué à l'extérieur de la province de votre domicile, AZGA Service Canada Inc. (*Allianz Global Assistance*) peut vous aider.

Le terme *urgence* s'entend de toute situation reliée à une maladie aiguë ou à une blessure accidentelle qui exige un traitement immédiat, médicalement nécessaire, prescrit par le médecin.

Cette garantie, appelée **Médi-Passeport**, complète la section de la garantie Frais médicaux relative aux services reçus en cas d'urgence. Elle ne couvre que les services reçus en cas d'urgence dans les 90 jours de votre départ de la province de votre domicile. Si vous êtes admis à l'hôpital au cours de cette période, les services que vous recevez à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à votre sortie de l'hôpital.

La couverture prévue par Médi-Passeport est assujettie à tout maximum applicable aux services reçus en cas d'urgence de la garantie Frais médicaux. La clause portant sur les services reçus en cas d'urgence exclus de la couverture et toutes les autres conditions, exclusions et restrictions prévues par la garantie Frais médicaux s'appliquent également à la garantie Médi-Passeport.

Nous vous recommandons d'emporter avec vous votre carte d'assistance-voyage lorsque vous voyagez. Elle contient les numéros de téléphone à composer et les renseignements nécessaires pour confirmer votre couverture et recevoir de l'aide.

Pour recevoir de l'aide

Lorsque survient une urgence, vous ou une autre personne devez communiquer avec Allianz Global Assistance. S'il n'est pas possible de communiquer avec Allianz Global Assistance avant de recevoir des services, il faut le faire le plus tôt possible par la suite. Si Allianz Global Assistance n'est pas contactée et que des services

sont reçus en cas d'urgence dans des circonstances où il aurait été raisonnablement possible de communiquer avec cette société, la Sun Life se réserve le droit de refuser ou de limiter le règlement des frais engagés pour tous ces services.

Vous avez accès 24 heures sur 24 à un centre de coordination disposant d'un personnel complet. Les numéros de téléphone appropriés figurent sur votre carte d'assistance-voyage.

Allianz Global Assistance offre les services suivants :

**Assistance médicale
immédiate**

Allianz Global Assistance vous dirige vers un médecin, un pharmacien ou un centre de soins.

Dès que cette société est informée que vous avez besoin d'une assistance médicale d'urgence, le personnel de l'organisme, ou un médecin désigné par l'organisme, tente de communiquer au besoin avec le personnel médical qui est sur place pour comprendre la situation et en suivre l'évolution. Au besoin, elle garantit au fournisseur des services médicaux le paiement de ses honoraires ou lui verse une avance.

Allianz Global Assistance offre des services de traduction dans les principales langues, qui peuvent s'avérer nécessaires pour communiquer avec le personnel médical de l'endroit.

Allianz Global Assistance peut transmettre un message urgent à votre domicile, votre lieu de travail ou tout autre endroit approprié. L'organisme conserve dans ses bureaux pendant un maximum de 15 jours les messages à prendre.

**Retour au domicile
ou transport à un
autre hôpital**

Après avoir consulté le médecin traitant, Allianz Global Assistance peut déterminer qu'il est nécessaire d'assurer votre transport, sous surveillance médicale, vers un autre hôpital ou centre de soins, ou votre retour à la maison.

Dans ce cas, l'organisme prend les dispositions nécessaires et garantit le paiement des frais de transport et, au besoin, verse une avance à cette fin.

La Sun Life ou Allianz Global Assistance décide, en se basant sur les renseignements médicaux disponibles, de la nécessité de vous transporter hors du lieu où vous vous trouvez, du mode de transport et du moment de votre transport, du choix de la destination finale, ainsi que de l'équipement, du matériel et du personnel médicaux. Sa décision est sans appel.

Nourriture et logement

Si votre voyage est retardé ou interrompu en raison d'une urgence ou parce qu'une personne couverte par la garantie et voyageant avec vous vient à décéder, Allianz Global Assistance prend les dispositions en vue de vous assurer la nourriture et le logement dans un établissement commercial. La prestation maximale payable est de 150 \$ par personne par jour, pour une période limitée à 7 jours.

Allianz Global Assistance prend les dispositions en vue de vous assurer la nourriture et le logement dans un établissement commercial si vous avez été hospitalisé d'urgence pendant un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile et si, de l'avis d'Allianz Global Assistance, vous n'êtes pas encore en état de voyager après votre sortie de l'hôpital. La prestation maximale payable est de 150 \$ par jour, pour une période limitée à 5 jours.

Retour de personnes en difficulté

Allianz Global Assistance prend des dispositions et, au besoin, verse une avance pour assurer :

- votre retour dans la province de votre domicile si vous ne pouvez plus utiliser un billet du fait que vous ou une personne à votre charge avez dû être hospitalisés ou transportés vers un centre de soins ou qu'une personne à votre charge ou sa dépouille a dû être ramenée dans la province de son domicile, en raison d'une urgence.
- le retour d'un enfant âgé de moins de 16 ans ou souffrant d'un handicap mental ou physique et qui se retrouve seul alors qu'il voyageait avec vous, du fait que vous avez été hospitalisé à l'extérieur de la province de votre domicile en raison d'une urgence.

Dans ce dernier cas, Allianz Global Assistance prend des dispositions et verse une avance, s'il y a lieu, pour qu'un préposé compétent

accompagne l'enfant pendant le voyage de retour avec votre approbation ou celle d'un membre de votre famille.

La prestation maximale payable est égale au coût du transport, diminué de toute fraction remboursable du prix original du billet.

Visite d'un membre de la famille

Allianz Global Assistance prend des dispositions pour qu'un membre de votre famille immédiate puisse se rendre à l'endroit où vous êtes hospitalisé et, au besoin, l'organisme avance les fonds correspondant au prix du billet aller-retour en classe économique, si vous êtes hospitalisé pendant plus de 7 jours consécutifs et que :

- vous voyagez seul,
- ou que vous voyagez accompagné uniquement d'un enfant de moins de 16 ans ou souffrant d'un handicap mental ou physique.

La prestation maximale payable pour couvrir les frais de nourriture et de logement du membre de la famille dans un établissement commercial est de 150 \$ par jour, pour une période limitée à 7 jours.

Retour de la dépouille

Si vous décédez au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile, Allianz Global Assistance veille à obtenir les autorisations prescrites par l'État et à régler les frais nécessaires pour le transport de la dépouille dans un conteneur approprié jusqu'à la province de votre domicile. La prestation maximale payable est de 5 000 \$ par personne décédée.

Retour d'une voiture

Allianz Global Assistance prend des dispositions et, au besoin, verse une avance d'au plus 500 \$ pour le retour d'une voiture privée dans la province de votre domicile ou d'une voiture louée au centre de location approprié le plus proche si vous ne pouvez le faire vous-même en raison d'une urgence ou d'un décès.

Bagages ou documents perdus

Si vous avez perdu ou vous êtes fait voler vos bagages ou des documents de voyage au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile, Allianz Global Assistance vous apporte son aide en communiquant avec les autorités compétentes et en vous indiquant les mesures à prendre en vue de remplacer les articles perdus ou volés.

Coordination des prestations

Vous n'avez pas à présenter en premier les demandes de règlement pour les honoraires des médecins et les frais hospitaliers à la régie de l'assurance-maladie de votre province. Vous serez remboursé plus rapidement en ne le faisant pas. La Sun Life et Allianz Global Assistance assurent la coordination des prestations avec la plupart des régies provinciales d'assurance-maladie et avec tous les assureurs, et vous envoient un chèque couvrant les frais remboursables. Allianz Global Assistance vous demandera de signer une formule l'autorisant à agir en votre nom.

Nous appliquons le principe de la coordination des prestations conformément aux directives adoptées par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, lorsque vous êtes couvert par le présent régime et par d'autres régimes.

La société émettrice du régime au titre duquel vous présentez une demande de règlement en premier est responsable de la gestion et de l'évaluation de la demande. Elle a le droit d'exiger de toute société émettrice d'un autre régime le remboursement des frais venant en excédent de la part qui lui incombe.

Avances

Aucune avance de moins de 200 \$ ne sera consentie. Les avances comprises entre 200 \$ et 10 000 \$ sont réglées en un seul versement.

Le montant maximal des avances est de 10 000 \$ par personne et par voyage, à moins qu'une telle restriction ne vienne compromettre les soins médicaux que vous devez recevoir.

Sommes qui vous sont remboursées

Si, après avoir obtenu d'Allianz Global Assistance confirmation de l'existence de votre couverture et de l'existence d'une urgence médicale, vous engagez des frais pour lesquels vous auriez pu obtenir une avance, la Sun Life vous les rembourse.

Pour recevoir ce remboursement, vous devez présenter à la Sun Life une attestation des frais engagés, dans les 30 jours suivant votre retour dans la province de votre domicile. Vous pouvez vous procurer le formulaire approprié auprès de votre employeur.

Sommes que vous devez rembourser

Vous devez rembourser à la Sun Life les sommes suivantes qu'Allianz Global Assistance vous a versées sous forme d'avances :

- sommes qui doivent vous être remboursées par la régie de l'assurance-maladie de la province de votre domicile.
- tout excédent sur les prestations maximales prévues par le présent régime.
- sommes versées pour des services ou articles non couverts par le présent régime.
- sommes que vous devez prendre à votre charge, notamment les franchises et la quote-part des frais que vous devez payer.

La Sun Life vous facture les sommes qui doivent lui être remboursées. Le paiement est exigible dès réception de la facture. Vous pouvez choisir d'effectuer le remboursement sur une période de 6 mois; des intérêts sont payables sur les sommes dues au taux déterminé par la Sun Life aux moments opportuns. Le taux d'intérêt peut être modifié au cours de la période de 6 mois.

Restrictions

Allianz Global Assistance n'offre pas de services dans certains pays pour diverses raisons. Veuillez communiquer avec Allianz Global Assistance avant votre départ pour vous informer à ce sujet.

Allianz Global Assistance se réserve le droit de suspendre ou de restreindre ses services sans préavis dans quelque région que ce soit dans les cas suivants :

- rébellion, émeute, soulèvement militaire, guerre, conflit de travail, grève, accident nucléaire ou force majeure.
- refus des autorités du pays en cause d'autoriser Allianz Global Assistance à fournir des services aussi complets que possible.

Responsabilité de la Sun Life ou d'Allianz Global Assistance

La Sun Life et Allianz Global Assistance ne sont nullement responsables des négligences, erreurs ou omissions imputables au médecin ou à un autre professionnel de la santé qui vous fournit directement des services en vertu du présent régime.

Frais dentaires

Description générale de la garantie Dans la présente section, le mot *vous* s'entend du salarié ou de toute personne à sa charge, couverts par la garantie Frais dentaires.

La garantie Frais dentaires prévoit le paiement des frais remboursables que vous engagez en cours de couverture pour les soins donnés par un dentiste, un denturologiste, un hygiéniste dentaire ou un anesthésiste autorisés.

Nous couvrons uniquement les frais raisonnables habituellement exigés pour les soins reçus, à concurrence du montant indiqué en regard de ces soins dans le tarif des dentistes généralistes de l'association des chirurgiens-dentistes de la province où les soins sont reçus. Le remboursement est basé sur le tarif qui est en vigueur à la date du traitement.

Lorsqu'un tarif n'est pas publié pour une année donnée, le terme *tarif* peut également s'entendre d'un tarif rajusté établi par la Sun Life.

Par frais raisonnables habituellement exigés, on entend :

- les frais considérés nécessaires pour le traitement et l'entretien de la santé bucco-dentaire d'une personne, selon les procédures et pratiques de soins dentaires standards au Canada, et
- les frais d'une durée et d'une fréquence raisonnables, tel qu'il est déterminé par la Sun Life.

Pour déterminer la somme payable relativement aux frais engagés, nous vérifions d'abord si des méthodes de traitement différentes ou équivalentes auraient pu être utilisées. Ces méthodes doivent s'inscrire dans les soins dentaires reconnus qui sont de pratique courante et être aussi efficaces que celle qui a été appliquée par le dentiste. Notre remboursement est limité au montant des frais raisonnables qui correspondent à la méthode de traitement équivalente la moins

coûteuse.

Les soins dentaires temporaires sont considérés comme faisant partie intégrante du traitement définitif donné pour corriger le problème, et non comme des soins distincts. Seuls les honoraires imputés pour les soins à caractère permanent serviront à déterminer le montant des frais raisonnables habituellement exigés pour le traitement dentaire définitif.

Les frais sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés. Les frais sont réputés engagés le jour où les soins sont donnés, dans le cas d'un traitement nécessitant un seul rendez-vous. Pour tous les traitements nécessitant plusieurs rendez-vous, les frais sont réputés engagés le jour où le traitement est terminé.

Année de référence L'année de référence de la garantie est indiquée dans les Conditions particulières.

Prestation maximale par année de référence La prestation maximale par année de référence est indiquée sous chaque option dans les Conditions particulières.

Détermination préalable des prestations Avant de recevoir des soins dentaires importants ou des soins entraînant des frais de plus de 500 \$, nous vous recommandons de nous envoyer un formulaire de demande de règlement de frais dentaires indiquant le traitement prévu et son coût approximatif. Le formulaire doit être rempli par vous-même et par votre dentiste. Nous vous informerons alors des frais que nous rembourserons. Vous connaîtrez ainsi, avant le traitement, la part des frais que vous devrez assumer.

Soins dentaires de prévention Votre garantie Frais dentaires couvre les soins ci-après destinés à la prévention de problèmes dentaires, c'est-à-dire les soins que le dentiste donne régulièrement pour maintenir les dents en bonne santé.

Le pourcentage de remboursement est indiqué sous chaque option dans les Conditions particulières.

Examens buccaux 1 examen complet tous les 12 mois.

1 examen périodique tous les 6 mois.

Examens d'urgence ou examens particuliers.

<i>Radiographies</i>	<p>1 panographie ou série complète de radiographies tous les 12 mois.</p> <p>1 série de radiographies interproximales tous les 6 mois.</p> <p>Radiographies nécessaires au diagnostic ou à la surveillance de l'évolution d'un traitement incluant la sialographie et l'utilisation de substances radioopaques pour le dépistage des lésions.</p>
<i>Autres soins</i>	<p>Consultations nécessaires entre deux dentistes.</p> <p>Polissage (nettoyage des dents). La garantie couvre 1 traitement tous les 6 mois.</p> <p>Application topique de fluorure. La garantie couvre 1 application tous les 6 mois. Seuls les enfants de moins de 18 ans sont couverts pour ces services.</p> <p>Traitements palliatifs et urgences.</p> <p>Examens de diagnostic et de laboratoire.</p> <p>Conseils d'hygiène bucco-dentaire. La garantie couvre 1 séance tous les 6 mois.</p> <p>Appareils de contrôle d'habitudes buccales.</p>
Soins dentaires de base	<p>La garantie Frais dentaires couvre les soins dentaires de base ci-après.</p> <p>Le pourcentage de remboursement est indiqué sous chaque option dans les Conditions particulières.</p>
<i>Obturations</i>	Amalgame, résine composite, résine acrylique ou l'équivalent.
<i>Extractions</i>	Extraction de dents.
<i>Restaurations de base</i>	Restaurations préfabriquées en métal et réparation de restaurations préfabriquées en métal, sauf dans le cadre de la mise en place de couronnes définitives.
<i>Endodontie</i>	Traitement radiculaire et obturation des canaux, et traitements des maladies de la pulpe.

<i>Parodontie</i>	<p>Traitement des maladies des gencives et des autres éléments de soutien.</p> <p>La garantie couvre les séances de détartrage et d'aplanissement des racines, sous réserve d'un maximum global de 2 unités de 15 minutes par année de référence dans le cas d'un enfant de moins de 13 ans ou 10 unités de 15 minutes par année de référence dans le cas de toute autre personne.</p>
<i>Chirurgie buccale</i>	<p>Traitement chirurgical et anesthésie à cette fin, incluant l'extraction de dents incluses et les frais de chirurgie relatifs à des implants (<i>Soins dentaires majeurs</i>).</p>
<i>Réparation</i>	<p>Réparation de ponts ou de prothèses amovibles.</p>
<i>Rebasage ou regarnissage</i>	<p>Rebasage ou regarnissage de prothèses amovibles partielles ou complètes.</p>
<i>Autres soins</i>	<p>Rescellement et réparations d'incrustations de surface ou en profondeur, ou de couronnes.</p> <p>Mainteneurs d'espace pour dents primitives manquantes. Seuls les enfants de moins de 18 ans sont couverts pour ces services.</p> <p>Scellement de puits et fissures.</p>
Soins dentaires majeurs	<p>La garantie couvre les soins dentaires majeurs ci-après.</p> <p>Le pourcentage de remboursement est indiqué sous chaque option dans les Conditions particulières.</p>
<i>Restaurations majeures</i>	<p>Incrustations en profondeur et de surface, sauf leur rescellement ou réparation (<i>Soins dentaires de base</i>).</p> <p>Couronnes et réparation de couronnes, sauf leur rescellement ou réparation ainsi que les restaurations préfabriquées en métal (<i>Soins dentaires de base</i>).</p>
<i>Services de prothèse</i>	<p>Confection et mise en place de ponts ou de prothèses amovibles standard. La garantie est limitée aux dents extraites en cours de couverture. Les frais engagés pour des ponts ou prothèses amovibles</p>

standard de remplacement moins de 5 ans après la confection ou la mise en place précédente sont remboursables aux conditions suivantes :

- dans le cas du remplacement d'un pont ou d'une prothèse amovible standard, la prothèse à remplacer nuit à l'articulation temporo-mandibulaire et ne peut être réparée à peu de frais.
- dans le cas du remplacement d'une prothèse de transition, celle-ci a été mise en place peu de temps après l'extraction des dents et ne peut être ajustée à peu de frais.

Implants Implants, y compris les frais de chirurgie, sous réserve de toutes les restrictions qui auraient été appliquées au titre du présent régime pour une couronne sur dent ou une prothèse non reliée à un implant, respectivement, s'il n'y avait pas eu d'implant.

Prestations après la cessation de la couverture En cas de résiliation de la garantie Frais dentaires, le traitement des dents naturelles endommagées dans un accident demeure couvert pourvu que l'accident soit survenu en cours de couverture, et que les soins soient donnés dans les 6 mois de l'accident.

Exclusions Aucune prestation n'est payable pour les services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainés par l'État, sauf si le présent régime en prévoit expressément le remboursement.

Sont exclus les services ou articles qui ne s'inscrivent pas dans les méthodes normalement pratiquées.

Nous ne couvrons pas ce qui suit :

- radiographies de la main et du poignet (pour faciliter le diagnostic), les céphalographies et les photographies faciales et intra-buccales.
- 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 il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture.
 - frais d'articles rattachés normalement au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport ou à la maison, 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.

Nous ne couvrons pas non plus les frais dentaires résultant de dommages attribuables à l'une des causes ci-dessous :

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- malformations congénitales ou déformations acquises.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Demande de règlement

Pour présenter une demande de règlement, veuillez remplir le formulaire de demande de règlement que vous pouvez vous procurer auprès de votre employeur. Le dentiste devra remplir la section appropriée du formulaire.

Pour que des prestations puissent être versées, la demande de règlement doit nous parvenir avant l'expiration d'une période :

- de 458 jours après la date à laquelle vous engagez les frais,

- ou de 90 jours après la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais dentaires, si cette période prend fin antérieurement.

Nous pouvons exiger que vous nous présentiez la déclaration du dentiste en ce qui touche le traitement reçu, les radiographies prises avant le traitement et tout autre renseignement que nous estimons nécessaire.

Assurance-vie

Description générale de la garantie	L'assurance-vie prévoit le versement d'un capital à votre bénéficiaire si vous décédez en cours de couverture.
Prestations	Les montants des prestations sont indiqués dans les Conditions particulières.
Bénéficiaire	<p>Si vous décédez en cours de couverture, la Sun Life règle en totalité le capital de votre assurance au dernier bénéficiaire que vous avez désigné et qui est inscrit dans ses dossiers.</p> <p>À défaut de bénéficiaire désigné, le capital de l'assurance est versé à vos ayants droit. Vous pouvez désigner comme bénéficiaire la personne de votre choix. Vous pouvez changer le bénéficiaire à tout moment, à moins que la loi ne l'interdise ou que vous n'indiquiez dans la désignation que le bénéficiaire ne peut être changé.</p> <p>Un bénéficiaire mineur ne peut recevoir personnellement un capital-décès au titre du régime tant qu'il n'a pas atteint l'âge de la majorité. Si vous résidez à l'extérieur du Québec et que vous désirez désigner un mineur comme bénéficiaire, vous pourriez désigner une autre personne qui recevra le capital-décès en fidéicommiss pour le compte du mineur. Si aucun fiduciaire n'est désigné, il peut être exigé, aux termes des lois pertinentes, que le capital-décès payable au mineur soit versé au tribunal, à un tuteur ou à un curateur public. Si vous résidez au Québec et que vous avez désigné un mineur comme bénéficiaire, le capital-décès sera versé au(x) parent(s) ou au tuteur légal du mineur, en son nom. Vous pourriez aussi (que vous résidiez au Québec ou non) désigner vos ayants droit (ou les ayants droit de votre conjoint dans le cas de l'assurance-vie facultative de votre conjoint) comme bénéficiaire et donner dans votre testament (ou dans celui de votre conjoint) des directives à l'exécuteur testamentaire ou aux exécuteurs testamentaires sur les droits du mineur. Vous devriez consulter un conseiller juridique.</p>

Suicide

Si vous êtes couvert par l'assurance-vie facultative, le décès par suicide, que vous ayez ou non alors été atteint d'une maladie mentale ou que vous ayez ou non voulu ou compris les conséquences de vos gestes, n'ouvre pas droit au règlement de toute tranche d'assurance-vie qui est en vigueur depuis moins de 2 ans. Toutefois, nous rembourserons le total des primes versées au titre de l'assurance en cause.

Garantie en cas d'invalidité totale

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

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

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

L'invalidité totale doit subsister pendant une période ininterrompue d'au moins 6 mois.

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

En ce qui a trait à votre assurance-vie, vous êtes considéré comme totalement invalide si vous êtes empêché par la maladie d'exercer quelque profession qui convienne à votre formation ou à l'expérience que vous avez ou que vous pourriez acquérir.

Programme de prêt-secours

Si vous en êtes à la phase terminale d'une maladie et que votre espérance de vie est de 24 mois ou moins, vous pouvez demander un prêt commercial au titre du Programme de prêt-secours de la Sun Life. En vertu de ce programme, vous pouvez recevoir une avance pouvant atteindre 50% du capital de votre assurance-vie de base, jusqu'à concurrence de 50 000 \$.

Si votre demande est présentée dans les cinq années précédant une réduction prévue de votre assurance-vie de base, le montant maximal de l'avance s'établit à 50% du capital d'assurance-vie de base le moins élevé qui résulterait des réductions prévues, à concurrence de 50 000 \$. Dans les cinq années précédant la cessation de votre assurance-vie de base, vous ne pouvez pas demander un prêt commercial au titre du Programme de prêt-secours de la Sun Life. Ce programme est assujéti à d'autres restrictions. Pour plus de renseignements, veuillez vous adresser à votre employeur.

Transformation de l'assurance-vie collective

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

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

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

Demande de règlement

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

Décès et mutilation accidentels

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

Prestations Le montant de la prestation est indiqué dans les Conditions particulières.

Nous versons des prestations si vous :

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

La prestation que nous versons est égale à un pourcentage du capital de la garantie Décès et mutilation accidentels. Le pourcentage diffère selon la nature de la perte. Le tableau ci-après indique le pourcentage prévu pour chaque perte.

TABLEAU DES PRESTATIONS

Décès	100%
Perte des deux bras ou des deux jambes	100%
Perte des deux mains ou des deux pieds	100%
Perte d'une main et d'un pied	100%
Perte d'une main ou d'un pied, et de la vision d'un oeil	100%

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

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

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

La perte de l'usage doit être totale et elle doit avoir subsisté pendant au

moins un an. Avant que nous versions des prestations, vous devez présenter une attestation établissant que la perte est définitive.

Limite

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

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

Transport de la dépouille

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

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

Programme de réadaptation

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

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

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

**Formation
professionnelle du
conjoint**

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

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

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

Études des enfants

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

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

**Transport d'un
membre de la famille**

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

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

**Garantie en cas
d'invalidité totale**

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

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

Exclusions

Aucune prestation n'est payable relativement aux pertes :

- résultant de blessures provoquées par la personne couverte, notamment à l'occasion de la manipulation d'une arme à feu.
- résultant de l'absorption de drogues.
- résultant de l'inhalation d'oxyde de carbone.
- résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide, que la personne ait ou non alors été atteinte d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non voulu ou compris les conséquences de son geste.

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

Transformation

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

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

Demande de règlement

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

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

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

Programme d'aide aux employés

Description générale du programme

Ce programme est offert par Shepell.fgi. Le Programme d'aide aux employés (PAE) n'est ni assuré ni géré par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Dans la présente section, le mot *vous* s'entend du salarié ou de toute personne à sa charge, tel qu'il est défini dans le régime collectif.

Aide immédiate et confidentielle pour tout type de problème

Votre PAE est un service de soutien confidentiel et facultatif pouvant vous aider à faire face aux divers problèmes et difficultés dans votre vie. Grâce à ce dernier, vous pouvez bénéficier d'un soutien concernant les problèmes liés à la santé (comme le stress, l'anxiété, la dépression, la nutrition et les dépendances) ainsi que d'une vaste gamme de services de soutien concernant des questions d'ordre juridique, financier, familial et professionnel.

Vous pouvez recevoir par téléphone, en personne ou en ligne, du soutien concernant un éventail de problèmes liés à la santé ainsi que des ressources sur le mieux-être. Pour chacun de vos problèmes, vous pouvez obtenir une série de séances de counseling. Vous pouvez aussi tirer profit de nos ressources en ligne pour vous aider à gérer votre mieux-être personnel. Pour une description complète de ce service, veuillez vous reporter au dépliant du PAE que vous avez reçu.

Vous pouvez obtenir de l'aide 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Pour une aide immédiate et confidentielle, communiquez avec Shepell.fgi :

- composez sans frais le 1 866 347-2061.
- en ce qui touche les appareils de télécommunication pour personnes malentendantes, le numéro à composer est le 1 877 338-0275.

Rendez-vous au www.shepellfgi.com/ecounseling pour obtenir des services de counseling en ligne ou au www.shepellfgi.com pour accéder aux ressources en ligne.

- Service confidentiel** Votre PAE est entièrement confidentiel. Votre employeur ne saura pas que vous avez utilisé le service, à moins que vous ne lui en parliez vous-même.
- Coût** Votre PAE ne vous coûte rien. Si un soutien plus spécialisé ou de longue durée s'avère nécessaire, votre PAE vous aidera à choisir le spécialiste ou le service pouvant le mieux vous aider. Bien que vous deviez assumer les frais de ces services supplémentaires, certains d'entre eux pourraient être couverts par le régime d'assurance-maladie de votre province ou par votre régime collectif.
- Responsabilité de la Sun Life** La Sun Life ne pourra être tenue responsable des actes ou omissions imputables à toute personne ou organisation qui fournit des services en vertu du présent programme.

Protection des renseignements personnels

Pour le groupe Financière Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins de conformité et d'exigences réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le www.sunlife.ca/confidentialite.

À votre choix

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

Avez-vous besoin d'information ?

**EN LIGNE : masunlife.ca/technicolor
PAR TÉLÉPHONE : 1-866-896-6976**