

VOS **garanties** collectives



Cadres supérieurs

**Contrat numéro 100556 et PAE
À effet du 1^{er} mai 2018 (Version 2)**

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 compte Soins de santé – couverture de base	4
Votre couverture Invalidité de longue durée – couverture de base	5
Votre assurance-vie de base	5
Votre assurance-vie facultative	6
Assurance-vie de base pour vos personnes à charge	6
Assurance-vie facultative pour votre conjoint.....	6
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	9
Modification de la couverture	10
Tenue à jour de votre dossier	11
Accès à vos dossiers.....	11
Cessation de la couverture.....	11
Remplacement de la couverture	12
Actions en justice pour les garanties assurées	13
Actions en justice pour les garanties autoassurées	13
Attestation d’invalidité	13
Coordination des prestations	14
Examen médical	15
Droit de recouvrement.....	15
Définitions.....	15
Frais médicaux (Complément d’assurance-maladie)	17
Description générale de la garantie	17
Franchise	17
Médicaments sur ordonnance	17
Frais hospitaliers engagés dans votre province	22
Frais engagés hors de votre province	22
Soins d’infirmières.....	24
Services et articles médicaux	24
Services paramédicaux.....	26
Frais d’optique	27

Prestations après la cessation de la couverture	27
Exclusions	28
Demande de règlement.....	29
Programme Voyage Assistance	30
Frais dentaires	36
Description générale de la garantie	36
Prestation maximale par année de référence	37
Prestation viagère maximale	37
Détermination préalable des prestations.....	37
Soins dentaires de prévention.....	37
Soins dentaires de base.....	38
Soins dentaires majeurs.....	39
Soins orthodontiques	39
Prestations après la cessation de la couverture	40
Exclusions	40
Demande de règlement.....	41
Compte Soins de santé	42
Description générale de la garantie	42
Fonctionnement du compte Soins de santé	42
Prolongation de la couverture des personnes à charge	43
Crédits	43
Frais remboursables	43
Autre couverture.....	48
Demande de règlement.....	48
Invalidité de longue durée	49
Description générale de la garantie	49
Début de l'indemnisation.....	50
Prestations	50
Congé de maternité et congé parental	52
Programme en cas d'invalidité partielle.....	52
Programme de réadaptation.....	53
Périodes successives d'invalidité au cours du délai de carence	54
Périodes successives d'invalidité après le début de l'indemnisation	54
Réclamation à un tiers	54
Vos responsabilités.....	55
Fin de l'indemnisation.....	55
Droits après la résiliation de la garantie	56
Exclusions	56
Demande de règlement.....	57

Assurance-vie.....	58
Description générale de la garantie	58
Prestations	58
Bénéficiaire	58
Suicide.....	59
Garantie en cas d'invalidité totale	59
Programme de prêt-secours.....	60
Transformation de l'assurance-vie collective	60
Demande de règlement.....	61
Décès et mutilation accidentels.....	62
Description générale de la garantie	62
Prestations	62
Limite	63
Transport de la dépouille.....	64
Programme de réadaptation.....	64
Formation professionnelle du conjoint.....	64
Études des enfants	65
Transport d'un membre de la famille.....	65
Garantie en cas d'invalidité totale	65
Exclusions	65
Transformation.....	66
Demande de règlement.....	66
Programme d'aide aux employés.....	67

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

	Option 1	Option 2	Option 3
Franchise	Médicaments sur ordonnance – 4,00 \$ par ordonnance ou renouvellement d'ordonnance Aucune pour les autres frais	Médicaments sur ordonnance – 3,00 \$ par ordonnance ou renouvellement d'ordonnance Aucune pour les autres frais	Médicaments sur ordonnance – 1,20 \$ par ordonnance ou renouvellement 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	75% après déduction de la franchise	80% après déduction de la franchise	100% après déduction de la franchise
<i>Auxiliaires antitabagiques nécessitant une ordonnance aux termes de la loi</i>	Frais non couverts	Frais non couverts	100% après déduction de la franchise, à concurrence de 500 \$ par personne per année de référence
	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.		
<i>Limitation au prix du médicament équivalent</i>	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.		

**Hospitalisation dans
votre province**

**Soins hors de la
province**

Médi-Passeport

Soins d'infirmières
*(Max. par année de
référence)*

**Services et articles
médicaux**

Services paramédicaux

Psychologues autorisés
*(Max. par année de
référence)*

*Physiothérapeutes,
thérapeutes en
réadaptation physique,
thérapeutes sportifs et
ergothérapeutes
autorisés*
*(Max. global par année
de référence)*

*Chiropraticiens
autorisés*
*(Max. global par année
de référence)*

**Tous les autres services
paramédicaux**
*(Max. par spécialité par
année de référence)*

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.		
	100% chambre semi-particulière	100% chambre particulière
	Soins d'urgences - 100%	Soins d'urgences - 100%
	Frais couverts	Frais couverts
	75% 10 000 \$ par personne	80% 15 000 \$ par personne
	75%	80%
	75% 500 \$ par personne	80% 750 \$ par personne
	75% 500 \$ par personne	80% 750 \$ par personne
	Frais non couverts	80% 500 \$ par personne
	Frais non couverts	80% 500 \$ par personne
		100% 20 000 \$ par personne
		100%
		100% 1 000 \$ par personne
		100% 1 000 \$ par personne
		100% 750 \$ par personne
		100% 750 \$ par personne

Frais d'optique <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>	75% 100 \$ par personne	80% 300 \$ par personne	100% 400 \$ par personne
	75% 75 \$ par personne	80% 75 \$ par personne	100% 75 \$ par personne
<i>Services d'ophtalmologistes ou d'optométristes autorisés (Max. par 12 mois)</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		
<i>Maximum global</i>			
Période minimale de participation	2 ans	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

	Option 1	Option 2	Option 3
<i>Soins de prévention</i>	90%	100%	100%
<i>Soins de base</i>	80%	90%	100%
<i>Soins majeurs</i>	60%	60%	60%
<i>Soins orthodontiques</i>	Frais non couverts	Frais non couverts	50%
<i>Fréquence des visites</i>	9 mois	6 mois	6 mois
<i>Franchise</i>	Aucune	Aucune	Aucune
<i>Maximum par année de référence</i>	1 000 \$ par personne	1 500 \$ par personne	2 000 \$ pour les soins de prévention, de base et de soins majeurs combinés
<i>Prestation viagère</i>	s/o	s/o	2 000 \$ pour les soins orthodontiques
<i>Période minimale de participation</i>	2 ans	2 ans	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 compte Soins de santé – couverture de base

<i>Année de référence</i>	Du 1 ^{er} mai au 30 avril
<i>Crédits</i>	Solde des crédits R.C. (régime à la carte) au début de chaque année de référence Si la couverture du salarié prend effet après le début de l'année de référence, les crédits du salarié sont ajustés sur la base du nombre de jours qui restent avant la fin de l'année de référence.
<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 couverture Invalidité de longue durée – couverture de base

<i>Couverture</i>	60% de la tranche de votre salaire de base mensuel qui ne dépasse pas 3 000 \$, plus 40% de tout excédent de votre salaire mensuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 \$
<i>Prestation maximale</i>	11 000 \$
<i>Attestation de bonne santé</i>	Exigée pour toute couverture venant en excédent de 8 000 \$, et lorsque cette couverture est augmentée dans une proportion égale ou supérieure à 25% ou à 500 \$, si cette dernière somme est plus élevée
<i>Délai de carence</i>	26 semaines
<i>Période maximale d'indemnisation</i>	Période se terminant à la fin du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans Les prestations peuvent également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué dans la section <i>Invalidité de longue durée</i> de votre brochure
<i>Cessation de couverture</i>	Le jour où il reste à courir, avant votre 65 ^e anniversaire, une période égale au délai de carence de 26 semaines ou le jour de votre départ à la retraite, si votre départ a lieu antérieurement. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i> .

Votre assurance-vie de base

<i>Capital</i>	2 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$
<i>Minimum</i>	35 000 \$
<i>Capital maximal global</i>	1 000 000 \$ pour l'ensemble de votre assurance-vie de base et de votre assurance-vie facultative
<i>Attestation de bonne santé</i>	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
<i>Réduction</i>	Capital maximal de 100 000 \$ dès que vous atteignez l'âge de 70 ans
<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 facultative

<i>Capital</i>	Au choix du salarié, tout multiple de 10 000 \$
<i>Capital maximal global</i>	1 000 000 \$ pour l'ensemble de votre assurance-vie de base et de votre assurance-vie facultative
<i>Attestation de bonne santé</i>	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
<i>Cessation de couverture</i>	À votre départ à la retraite ou à votre 65 ^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i> .

Assurance-vie de base pour vos personnes à charge

<i>Capital</i>	Conjoint – 5 000 \$ Enfant – 2 500 \$
<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> .

Assurance-vie facultative pour votre conjoint

<i>Capital</i>	Au choix du salarié, tout multiple de 10 000 \$
<i>Maximum</i>	300 000 \$
<i>Attestation de bonne santé</i>	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
<i>Cessation de couverture</i>	Dès que se réalise l'une des situations suivantes : vous prenez votre retraite, vous atteignez l'âge de 65 ans ou votre conjoint atteint l'âge de 65 ans. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i> .

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.

La garantie Compte Soins de santé de Technicolor Canada, Inc. est garantie par le titulaire du contrat. Cela signifie que Technicolor Canada, Inc. a l'entière responsabilité de cette garantie sur les plans légal et financier, et doit fournir les fonds nécessaires au versement des règlements. La Sun Life procure des services administratifs seulement (SAS), comme l'étude et le traitement des demandes de règlement. Tous les autres avantages du régime sont assurés par la Sun Life.

Conditions d'admission

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

- être membre du personnel permanent de l'employeur.
- travailler effectivement pour le compte de l'employeur au moins 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 2** pour les garanties Soins de santé et Soins dentaires et à la couverture de base pour toutes les autres 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.

Modification de la couverture

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

Si vous n'êtes pas effectivement au travail le jour où l'assurance-vie facultative de votre conjoint doit normalement prendre effet, votre conjoint n'est couvert qu'à compter de la date à laquelle vous reprenez effectivement le travail auprès de votre employeur.

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

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.

Pour l'assurance-vie, la garantie Décès et mutilation accidentels et l'invalidité de longue durée, 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.

Toute autre modification de votre couverture prend effet le jour même du changement.

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

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

personne à charge cesse d'être hospitalisée et exerce effectivement ses activités habituelles.

Tenue à jour de votre dossier

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

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

Accès à vos dossiers

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.

La prolongation de couverture ne s'applique pas à l'assurance-vie facultative du conjoint.

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 écoulée 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 pour les garanties assurées

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.

Actions en justice pour les garanties autoassurées

Dans les cas où la loi applicable dans votre province ou territoire permet l'utilisation d'un délai de prescription différent, toute action en justice engagée pour recouvrer les sommes payables au titre du régime est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée moins d'un an après la date à laquelle nous devons recevoir vos formulaires de demandes de règlement. Dans les autres cas, toute action en justice engagée pour recouvrer les sommes payables au titre du régime est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la 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,
- cessation de la couverture de votre conjoint, ou
- décès d'une personne à charge.

Date du départ à la retraite 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.

Maladie 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.

Médecin Médecin ou chirurgien autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il donne des soins médicaux.

Période d'adhésion La période d'adhésion annuelle est à tous les deux ans, tel que déterminé par votre employeur.

Période minimale de participation 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 *changement de situation personnelle*.

Salaires de base 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.

Traitement approprié Traitement donné et prescrit par un médecin ou, lorsque la Sun Life l'estime nécessaire, par un médecin spécialiste. Il doit s'agir d'un traitement raisonnable et de pratique courante qui ne se limite pas à des examens ou à des tests, et la fréquence des soins doit correspondre à celle qu'exige normalement l'affection en cause.

Frais médicaux (Complément d'assurance-maladie)

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 médicaux.

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 *Programme d'autorisation préalable* pour en savoir plus).

Par *médicalement nécessaire*, on entend généralement reconnu par le corps médical canadien comme efficace, approprié et requis pour traiter une maladie d'après les normes médicales canadiennes.

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.

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.

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.

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

Médicaments sur ordonnance 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.
- auxiliaires antitabagiques, à concurrence de la prestation maximale indiquée sous chaque option dans les Conditions particulières.
- 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.
- 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.

Auxiliaires antitabagiques

Pour les salariés résidant au Québec, les auxiliaires antitabagiques sont couverts compte tenu des exigences du régime d'assurance-médicaments du Québec.

*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

Régime d'assurance-médicaments du 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.

Contribution maximale aux frais

Pour les salariés résidant au Québec, les frais engagés pour des médicaments figurant dans la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) qui ne sont pas remboursés par le présent régime en raison de l'application de la franchise ou du pourcentage de remboursement sont limités au cours de chaque année civile à la contribution maximale annuelle établie par la RAMQ. Il y a une contribution maximale pour vous, et une autre pour votre conjoint. Les frais de médicaments engagés pour vos enfants sont compris dans la contribution maximale du salarié.

Personnes de 65 ans ou plus résidant au Québec

À moins d'avis contraire de votre part, dès que vous atteignez l'âge de 65 ans vous êtes automatiquement inscrit au régime public d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) en ce qui concerne la couverture de base des frais de médicaments. Étant donné qu'après avoir atteint l'âge de 65 ans, vous êtes toujours admissible à une garantie de remboursement de frais médicaux au titre de votre régime collectif, vous devez faire un choix quant à votre couverture de base puisqu'elle peut aussi bien être assurée par le régime public que par votre régime collectif.

Si vous optez pour la couverture de base du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, votre régime collectif constitue alors un complément de couverture par rapport à la couverture de base de la RAMQ. Cette couverture complémentaire ne remplace pas la couverture de base de la RAMQ, mais elle la complète en couvrant, par exemple, des médicaments non assurés par le régime public ou la partie des frais de médicaments non remboursée par le régime public. Dans ce cas, lorsque vous remplirez votre déclaration de revenus, prenez soin d'indiquer que vous êtes inscrit au régime public de la RAMQ pour la couverture de base. Vous devrez alors en payer la prime.

Par contre, si vous choisissez de maintenir la couverture de base au titre de votre régime collectif, vous devrez annuler votre inscription au régime public en communiquant avec la RAMQ par téléphone ou en vous présentant à l'un de ses bureaux pendant les heures d'ouverture. Mais au préalable, nous vous recommandons de communiquer avec le responsable de la gestion de vos avantages sociaux pour clarifier votre situation. Nous ne pouvons malheureusement pas modifier votre dossier sans la confirmation du responsable de la gestion de vos avantages sociaux.

*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), tomодensitométrie) 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.

Si'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.

Soins d'infirmières

Nous couvrons les soins d'infirmières exerçant à titre privé, donnés hors de l'hôpital et médicalement nécessaires. Les services doivent être prescrits par le médecin et 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.

Services et articles médicaux

Nous couvrons les des 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.

- 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 :
 - analyses de laboratoire.
 - échographies.
 - IRM (imagerie par résonance magnétique), tomodensitométries et autres services d'imagerie médicale, sous réserve d'un maximum global de 1 000 \$ par personne par année de référence.
- 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 chiropriste, 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.
- 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 chiropodistes autorisés.

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.

Demande de règlement

- 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.

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

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 les frais raisonnables engagés 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.

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 honoraires raisonnables normalement 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 et dans tous les cas de soins orthodontiques. Pour tous les autres 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	<p>La prestation maximale par année de référence est indiquée sous chaque option dans les Conditions particulières.</p> <p>La prestation maximale prévue pour chaque année de référence ne s'applique pas aux frais engagés pour des soins orthodontiques. Ces frais sont assujettis à une prestation viagère maximale distincte.</p>
Prestation viagère maximale	<p>La prestation maximale pouvant être versée à une personne sa vie durant pour des soins orthodontiques est indiquée sous chaque option dans les Conditions particulières.</p>
Détermination préalable des prestations	<p>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.</p>
Soins dentaires de prévention	<p>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.</p> <p>Le pourcentage de remboursement est indiqué sous chaque option dans les Conditions particulières.</p>
<i>Examens buccaux</i>	<p>1 examen complet, la fréquence des visites est indiquée sous chaque option dans les Conditions particulières.</p> <p>1 examen périodique, la fréquence des visites est indiquée sous chaque option dans les Conditions particulières.</p> <p>Examens d'urgence ou examens particuliers.</p>
<i>Radiographies</i>	<p>1 panographie ou série complète de radiographies, la fréquence des visites est indiquée sous chaque option dans les Conditions particulières.</p> <p>1 série de radiographies interproximales, la fréquence des visites est indiquée sous chaque option dans les Conditions particulières.</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. Les radiographies de la main et du poignet (pour faciliter le diagnostic), les céphalographies et les photographies</p>

faciales et intra-buccales sont couvertes sous les *Soins orthodontiques*.

Autres soins Consultations nécessaires entre deux dentistes.

Polissage (nettoyage des dents), la fréquence des visites est indiquée sous chaque option dans les Conditions particulières.

Application topique de fluorure, la fréquence des visites est indiquée sous chaque option dans les Conditions particulières. Seuls les enfants de moins de 18 ans sont couverts pour ces services.

Traitements palliatifs et urgences.

Examens de diagnostic et de laboratoire.

Conseils d'hygiène bucco-dentaire, la fréquence des visites est indiquée sous chaque option dans les Conditions particulières.

Appareils de contrôle d'habitudes buccales.

Soins dentaires de base

La garantie Frais dentaires couvre les soins dentaires de base ci-après.

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

Obturations Amalgame, résine composite, résine acrylique ou l'équivalent.

Extractions Extraction de dents.

Restaurations de base Restaurations préfabriquées en métal et réparation de restaurations préfabriquées en métal, sauf dans le cadre de la mise en place de couronnes définitives.

Endodontie Traitement radiculaire et obturation des canaux, et traitements des maladies de la pulpe.

Parodontie Traitement des maladies des gencives et des autres éléments de soutien.

La garantie couvre les séances de détartrage et d'aplanissement des racines, sous réserve d'un maximum global de 12 unités de 15 minutes par année de référence.

Chirurgie buccale Traitement chirurgical et anesthésie à cette fin, incluant l'extraction de dents incluses et les frais de chirurgie relatifs à des implants (*Soins dentaires majeurs*).

Réparation Réparation de ponts ou de prothèses amovibles.

<i>Rebasage ou regarnissage</i>	Rebasage ou regarnissage de prothèses amovibles partielles ou complètes.
<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 standard de remplacement moins de 5 ans après la confection ou la mise en place précédente sont remboursables aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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.
<i>Implants</i>	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.
Soins orthodontiques	La garantie couvre les services ci-après donnés pour traiter les malpositions des dents.

Seuls les enfants de moins de 19 ans sont couverts pour ces services.

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

La garantie couvre les examens donnés par un orthodontiste, notamment les services de diagnostic et les appareils fixes ou amovibles comme les arcs dentaires. La garantie couvre aussi les radiographies de la main et du poignet (pour faciliter le diagnostic), les céphalographies et les photographies faciales et intra-buccales.

Les soins orthodontiques comprennent ce qui suit :

- services d'orthodontie modificatrice, correctrice et préventive, à l'exclusion des mainteneurs d'espace (*Soins dentaires de base*) et des appareils de contrôle d'habitudes buccales (*Soins dentaires de prévention*).
- traitement orthodontique complet, au moyen d'appareils amovibles ou fixes (diagnostic, traitement proprement dit et contention).

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 :

- 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.

Compte Soins de santé

Description générale de la garantie Le titulaire du contrat assume l'entière responsabilité de la présente garantie sur le plan légal et financier. La Sun Life agit uniquement comme gestionnaire de la garantie pour le compte du titulaire du contrat.

La garantie Compte Soins de santé prévoit le remboursement des frais engagés pour les services et articles décrits dans la présente section à la rubrique *Frais remboursables*.

Les frais sont réputés engagés à la date à laquelle les soins sont donnés ou les articles sont loués ou achetés. Les frais remboursables engagés par une personne à charge sont également couverts. Les remboursements ne peuvent porter que sur des frais engagés après la prise d'effet de la couverture du salarié au titre de la présente garantie et avant que la couverture ne prenne fin.

Par *personne à charge*, on entend toute personne pour laquelle vous pouvez vous prévaloir du crédit d'impôt pour frais médicaux dans votre déclaration de revenus fédérale pour l'année d'imposition. Par exemple, il peut s'agir de membres de votre famille étendue, comme vos parents, vos grands-parents ou vos petits-enfants.

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

Fonctionnement du compte Soins de santé Le Compte Soins de santé fonctionne comme un compte de frais. Des crédits sont versés par votre employeur à votre Compte Soins de santé de la façon indiquée à la rubrique *Crédits*.

Lorsque vous présentez une demande de règlement au titre du Compte Soins de santé, que ce soit pour vous-même ou une personne à votre charge, les frais remboursables que vous avez engagés vous sont réglés, pour autant que le solde de votre compte soit suffisant. Cependant, les frais engagés au cours d'une année de référence ne peuvent pas être couverts par les crédits reçus pendant l'année de référence suivante.

Les sommes portées au crédit du compte ne peuvent servir qu'au règlement des frais remboursables engagés. En vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu, la définition de frais remboursables est assez large; ces frais sont indiqués ci-après. Les crédits qui ne sont pas affectés au règlement de ces frais sont perdus. Pour éviter de perdre vos crédits, vous devez les utiliser avant

l'expiration de l'année de référence qui suit celle au cours de laquelle ils vous ont été attribués et avant que votre couverture ou que la présente garantie ne prenne fin.

Le Compte Soins de santé présente plusieurs avantages sur le plan fiscal. Les frais remboursables sont expressément limités aux frais non couverts en vertu d'un autre régime ou en vertu d'une autre garantie du présent régime. Si vous deviez régler ces frais de votre poche, il vous faudrait vous servir de sommes déjà imposées. Or, le Compte Soins de santé est à l'abri de l'impôt fédéral et de l'impôt provincial (sauf au Québec). Ainsi, lorsque vous vous servez de vos crédits pour payer vos frais, vous vous trouvez, dans la plupart des cas, à vous servir d'argent qui n'a pas déjà été imposé et à réaliser ainsi des économies.

Prolongation de la couverture des personnes à charge

Le Compte Soins de santé est établi au nom du salarié, et il ne peut y avoir de prolongation de couverture des personnes à charge après le décès du salarié. Seulement les frais engagés avant le décès du salarié peuvent être couverts par la garantie Compte Soins de santé du salarié.

Crédits

Les crédits attribués sont indiqués dans les Conditions particulières.

Frais remboursables

La couverture s'étend aux frais ci-dessous, à condition qu'ils entrent dans la catégorie des frais médicaux déductibles du revenu aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et qu'ils ne soient pas payables par un autre régime privé ou par un régime public. Si la liste des frais médicaux déductibles du revenu aux termes de la Loi de l'impôt est modifiée, le présent régime est automatiquement mis à jour pour tenir compte des changements.

Médicaments

- médicaments, produits pharmaceutiques et autres préparations ou substances délivrés sur l'ordonnance du médecin ou du dentiste.

Lunettes

- lunettes ou autres dispositifs de traitement ou de correction des troubles de la vision, délivrés sur l'ordonnance du médecin ou de l'optométriste.

Franchises et quotes-parts

- franchises et quotes-parts qui sont à votre charge au titre de tout régime de remboursement de frais médicaux ou dentaires.

Praticiens autorisés (honoraires)

- acupuncteurs (à condition qu'il s'agisse de médecins), podiatres, chiropraticiens, praticiens de la Science chrétienne, naturopathes, infirmières, optométristes, ostéopathes, physiothérapeutes, infirmières auxiliaires, psychanalystes, psychologues, orthophonistes (lorsque la thérapie fait appel à la pathologie ou à l'audiologie), thérapeutes.

Frais dentaires

- frais dentaires engagés pour des soins de prévention, de diagnostic, de restauration, d'orthodontie et de traitement thérapeutique.

Préposés aux soins

- rémunération d'un préposé aux soins à temps plein, ou frais de soins à temps plein reçus dans une maison de santé ou de repos, dans le cas d'un malade souffrant d'une déficience mentale ou physique grave et persistante. L'état du malade doit être confirmé par un médecin ou un optométriste, selon le cas. Une déficience est considérée comme grave et persistante lorsqu'elle a pour effet de restreindre de façon marquée les activités quotidiennes du malade et que l'on peut raisonnablement prévoir qu'elle subsistera pendant une période d'au moins 12 mois.
- rémunération d'un préposé aux soins à temps plein, dans le cas d'un malade vivant dans un établissement domestique autonome (par exemple, sa maison). Un médecin doit attester que le malade, en raison d'une infirmité mentale ou physique, dépendra vraisemblablement d'autrui pour ses besoins personnels, durant une période indéterminée.

Installations

- frais engagés pour les soins à temps plein reçus dans une maison de santé ou de repos, dans le cas d'un malade dont la capacité mentale n'est pas normale et qui, de ce fait, dépend d'autrui pour ses besoins personnels et demeurera dans cet état dans un avenir prévisible.
- frais engagés pour les soins ou la formation, l'utilisation d'équipement, d'installations ou de personnel dans une école, une institution ou un autre endroit particuliers, en ce qui touche une personne atteinte d'un handicap physique ou mental; une «personne qualifiée» doit attester que le handicap existe et nécessite des services spéciaux.

Hôpitaux

- sommes versées à un hôpital public ou à un hôpital privé agréé.

Appareils et articles

- yeux artificiels.
- membres artificiels.
- béquilles.
- couches de coton, sous-vêtements jetables, cathéters, plateaux à cathéters, tubes ou autres produits dont le malade a besoin pour cause d'incontinence due à une maladie, à une blessure ou à une infirmité.
- dispositif ou équipement, pièce de rechange comprise, conçu exclusivement pour les personnes souffrant d'une maladie respiratoire chronique grave ou de troubles chroniques graves du système immunitaire, y compris le coût d'achat d'un appareil de climatisation (couvert dans une proportion de 50%, à concurrence de 1 000 \$), d'un appareil de filtration de l'air ou de l'eau, d'une chaudière électrique ou à combustion optimisée (qui ne remplace pas une chaudière électrique ou

à combustion optimisée), à l'exclusion des humidificateurs, des déshumidificateurs, des échangeurs thermiques, des échangeurs d'air et des thermopompes.

- appareil ou équipement servant à stimuler ou à surveiller le cœur de personnes souffrant de maladie cardiaque.
- appareil conçu exclusivement pour permettre aux personnes dont la mobilité est réduite de conduire un véhicule automobile.
- appareil ou équipement, y compris un système de synthèse vocale, une imprimante Braille et un logiciel de grossissement des caractères, conçu exclusivement pour permettre aux aveugles d'utiliser un ordinateur.
- décodeur servant à afficher à l'écran la portion vocale du signal de télévision.
- appareil conçu pour sonner l'alarme en cas d'arrêt de la respiration d'un nourrisson diagnostiqué comme sujet au syndrome de mort subite.
- synthétiseur vocal permettant à une personne muette de communiquer au moyen d'un clavier portatif.
- système de domotique conçu exclusivement pour les personnes souffrant d'une perte de mobilité importante et prolongée.
- prothèse mammaire externe devenue nécessaire à la suite d'une mastectomie.
- appareil de compression pneumatique des membres ou bas élastiques conçus spécialement pour soulager l'œdème causé par le lymphoedème chronique.
- appareils de correction auditive.
- lit d'hôpital, y compris les accessoires s'y rattachant mentionnés dans l'ordonnance du médecin.
- tampons nécessaires à la suite d'une iléostomie ou d'une colostomie.
- stimulateur d'ostéosynthèse à couplage inductif utilisé pour remédier à la non-consolidation d'une fracture ou pour stimuler la soudure osseuse.
- pompe à insuline, y compris les accessoires jetables, utilisés dans le traitement du diabète, ou article employé par les diabétiques pour le dosage de la glycémie.

-
- insuline.
 - poumon d'acier.
 - rein artificiel.
 - prothèse vocale.
 - orthèse pour membre.
 - dispositif mécanique ou équipement servant à aider une personne à entrer dans la baignoire ou sous la douche, ou à s'asseoir sur le siège de toilette ou à s'en relever.
 - aiguilles et seringues.
 - lecteur optique ou appareil similaire conçu pour aider les malvoyants à lire les caractères imprimés.
 - soulier ou botte orthopédiques ou orthèse de pied; ces articles doivent être faits d'après une ordonnance du médecin et être destinés à pallier une déficience physique.
 - tente à oxygène ou tout autre équipement nécessaire à l'administration d'oxygène.
 - plate-forme élévatrice conçue spécialement pour permettre à la personne handicapée d'accéder aux différents étages d'un immeuble, de monter dans un véhicule ou de placer son fauteuil roulant dans ou sur le véhicule.
 - lit berceau pour les personnes atteintes de poliomyélite.
 - corset dorsal.
 - téléimprimeur ou appareil similaire, voyant d'appel compris, qui permet à la personne sourde ou muette de recevoir des appels téléphoniques.
 - bandage herniaire.
 - déambulateur (marchette).
 - fauteuil roulant.
 - perruque faite sur mesure pour une personne ayant souffert d'une perte

anormale des cheveux par suite d'une maladie, d'un traitement médical ou d'un accident.

Autres frais

- frais payés pour l'acquisition, le soin et l'entretien (y compris la nourriture et les soins vétérinaires) d'un animal spécialement dressé pour aider une personne atteinte de cécité, de surdité profonde ou d'une déficience grave et persistante qui limite de façon marquée l'usage des bras ou des jambes (l'animal doit être fourni par une personne ou un organisme dont l'une des activités principales consiste à dresser les animaux à cette fin). Sont également couverts les frais de déplacement, de pension et de logement engagés par la personne déficiente en vue de fréquenter à temps plein un établissement où l'on apprend à commander un tel animal.
- frais relatifs à des soins et articles médicaux, engagés à l'extérieur de la province du domicile.
- frais d'actes de laboratoire, de radiologie ou d'autres actes de diagnostic accomplis en vue de maintenir la santé, de prévenir les maladies et de rendre un diagnostic.
- frais reliés à la transformation de l'habitation pour les besoins d'une personne ne jouissant pas d'un développement physique normal ou se déplaçant en fauteuil roulant, pour lui permettre d'acquérir une certaine autonomie ou de se mouvoir.
- frais raisonnables engagés pour la recherche d'un donneur compatible en vue d'une transplantation de la moelle épinière ou d'un organe et frais raisonnables de déplacement, de pension et de logement du donneur et du malade engagés relativement à la transplantation.
- transport du malade par ambulance à destination ou en provenance d'un hôpital public ou d'un hôpital privé agréé.
- sommes payées à une personne dont la profession consiste à assurer des services de transport, pour le transport du malade et d'une personne accompagnant celui-ci (lorsque le médecin atteste que le malade ne peut pas voyager seul), dans les situations suivantes :
 - il n'est pas dispensé de services médicaux équivalents dans la région où habite le malade.
 - l'itinéraire emprunté est raisonnablement direct.
 - il est raisonnable de se prévaloir de ces services médicaux et la

distance parcourue est d'au moins 40 kilomètres.

- frais raisonnables de nourriture et de logement engagés pour le malade et, si le médecin a établi que le malade ne peut pas voyager seul, pour la personne qui l'a accompagné, pour autant que les conditions relatives aux frais de transport soient remplies et que la distance parcourue soit d'au moins 80 kilomètres.
- frais raisonnables engagés par une personne par suite de la perte de l'audition ou de l'usage de la parole pour suivre un programme de réadaptation, y compris l'apprentissage de la lecture sur les lèvres et du langage des sourds-muets.

Autre couverture

Si vous ou toute personne à votre charge êtes couverts par un autre régime, vous devriez présenter vos demandes de règlement au titre de cet autre régime en premier. Une fois que les prestations ont été déterminées en vertu de l'autre régime, vous pouvez demander que toute partie des frais non remboursés par l'autre régime vous soit réglée au moyen du Compte Soins de santé.

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 dans les 90 jours qui suivent :

- la fin de l'année de référence au cours de laquelle vous engagez les frais,
- ou la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Compte Soins de santé, si cette date est antérieure.

Invalidité de longue durée

Description générale de la garantie

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

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

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

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

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

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

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

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

*Attestation de
bonne santé*

Une attestation de bonne santé est exigée tel qu'indiqué dans les Conditions particulières. La couverture ne peut prendre effet avant que la Sun Life n'accepte l'attestation.

**Début de
l'indemnisation**

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

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

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

Prestations

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

Étape 1 : La prestation de départ est égale au montant indiqué dans les Conditions particulières. La prestation maximale payable est aussi indiquée dans les Conditions particulières.

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

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

par la loi sur les accidents du travail ou par une loi analogue, à l'exclusion des augmentations automatiques liées à l'indice du coût de la vie qui sont apportées à ces prestations pendant le service des prestations d'invalidité de longue durée.

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

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

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

Autres revenus auxquels vous avez droit :

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

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

Dans le cas où l'une des sommes ci-dessus est réglée en une seule fois, nous déterminons l'équivalent mensuel que vous auriez reçu en nous fondant sur les principes comptables généralement reconnus.

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

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

Congé de maternité et congé parental

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

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

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

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

Toutefois, dans le cas où le régime de votre employeur constitue un régime de prestations supplémentaires de chômage (PSC) conforme à la réglementation de l'assurance-emploi en ce qui concerne la portion du congé de maternité ou du congé parental qui est attribuable à des raisons de santé, la Sun Life ne verse aucune prestation en vertu du régime pendant toute période où des prestations vous sont payables au titre du régime PSC de votre employeur.

Programme en cas d'invalidité partielle

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

Une fois que vous avez droit à des prestations d'invalidité de longue durée,

vous pouvez être appelé à prendre part à un programme consistant à reprendre l'exercice de votre profession habituelle selon un horaire de travail réduit.

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

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

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

Programme de réadaptation

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

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

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

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

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

Périodes successives d'invalidité au cours du délai de carence

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

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

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

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

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

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

Les prestations sont déterminées d'après la couverture qui s'appliquait au début de la première période d'invalidité totale.

Réclamation à un tiers

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

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

Si vous touchez une indemnité, vous devez nous verser une somme égale à 75% de l'indemnité nette obtenue du tiers, ou égale au montant total des prestations d'invalidité totale payées ou payables aux termes du régime, si ce

montant est moindre. L'indemnité nette ne comprend pas les frais juridiques. Une somme égale à 75% de l'indemnité nette doit être détenue en fidéicomis pour nous.

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

Vos responsabilités

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

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

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

Fin de l'indemnisation

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

- cessation de votre invalidité totale.
- fin du mois au cours duquel vous atteignez l'âge indiqué dans les Conditions particulières.
- fin du mois au cours duquel vous prenez, ou avez le droit de prendre, votre retraite avec pleine pension ou avec valeur de la pleine pension.
- fin du mois au cours duquel vous décédez.

Droits après la résiliation de la garantie

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

Exclusions

Aucune prestation n'est payable :

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

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

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

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- blessure intentionnellement provoquée par vous.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Demande de règlement

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

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

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

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

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

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

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

Assurance-vie

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

Prestations Les montants des prestations sont indiqués dans les Conditions particulières.

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

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

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

En ce qui a trait à l'assurance facultative du conjoint, la Sun Life règle en totalité le capital de cette assurance au dernier bénéficiaire désigné qui est inscrit dans ses dossiers. Si aucun bénéficiaire n'a été désigné, le capital vous est versé.

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 fidéicomis 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.

Suicide

Si vous ou votre conjoint êtes couvert par l'assurance-vie facultative, le décès par suicide, que vous ou votre conjoint ayez ou non alors été atteint d'une maladie mentale ou que vous ou votre conjoint 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,
- ou pendant le délai de carence de la garantie Invalidité de longue durée, si vous avez droit à des prestations d'Invalidité de longue durée, si ce délai est plus court.

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

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

l'assurance-vie des personnes à charge.

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

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.

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

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

Demande de règlement

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

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

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 versons 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 versons 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 versons des prestations que dans la mesure où les frais ne sont pas remboursables par un tiers ou en vertu d'un autre contrat ni couverts par une autre garantie du présent régime.

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

**Programme de
réadaptation**

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

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

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

**Formation
professionnelle du
conjoint**

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

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

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

Études des enfants

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

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

Transport d'un membre de la famille

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

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

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	<p>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.</p> <p>Dans la présente section, le mot <i>vous</i> s'entend du salarié ou de toute personne à sa charge, tel qu'il est défini dans le régime collectif.</p>
Aide immédiate et confidentielle pour tout type de problème	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Vous pouvez obtenir de l'aide 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Pour une aide immédiate et confidentielle, communiquez avec Shepell.fgi :</p> <ul style="list-style-type: none">■ 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. <p>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.</p>
Service confidentiel	<p>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.</p>
Coût	<p>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</p>

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**