

vos garanties collectives

Contrat numéro : 101397 et 150897

À effet du : 1^{er} juillet 2018

Établi le : 12 octobre 2018



Bimbo Canada

Retraités nommés à la direction avant le 1^{er} janvier 1997 et qui ont pris leur retraite le 1^{er} janvier 1997 ou après



Table des matières

Pour communiquer avec la Financière Sun Life	3
Sommaire des garanties	4
Demandes de règlement	7
Conditions générales	8
Frais médicaux	12
Assurance-vie	19

Pour communiquer avec la Financière Sun Life



Des questions?

Nous sommes là pour vous aider. Pour parler à un représentant du Centre de service à la clientèle de la Financière Sun Life qui vous renseignera sur votre couverture, appelez sans frais au 1-866-881-0583.

Pour un service plus rapide, ayez sous la main le **numéro de contrat collectif** et votre **numéro de participant** pour pouvoir entrer ces numéros dans notre système téléphonique automatisé.

Services aux participants

Téléchargez l'application ma Sun Life Mobile!

- Gratuitement et en tout temps, à partir de l'App Store d'Apple et de Google Play
- Accès facile et rapide à vos garanties, où que vous soyez
- Selon les caractéristiques de votre régime, vous pouvez présenter des demandes de règlement et/ou les visualiser instantanément

Vous n'avez pas de téléphone intelligent? Visitez www.masunlife.ca pour obtenir les services ci-dessous :

- obtenir des renseignements sur la couverture, connaître la situation des demandes de règlement et accéder facilement aux formulaires de demande de règlement et/ou présenter des demandes de règlement en ligne, selon les caractéristiques de votre régime
- clavarder avec un agent
- envoyer des messages sécurisés au Centre de service à la clientèle de la Financière Sun Life
- obtenir les coordonnées des personnes à contacter

Accès au site Web masunlife

La première fois que vous accéderez à vos garanties collectives en ligne, vous devrez vous inscrire pour obtenir un code d'accès personnel et un mot de passe. Pour vous inscrire, vous aurez besoin de connaître le numéro de contrat collectif et votre numéro de participant.

Pour toute autre demande

Composez le 1-877-SUN-LIFE (1-866-881-0583).

Sommaire des garanties



La présente section est un sommaire général de la couverture offerte au titre de votre régime. Elle doit être lue conjointement avec les renseignements contenus dans le reste de la présente brochure. Veuillez vous reporter aux sections appropriées pour plus de renseignements, notamment sur les exclusions, les restrictions et les autres conditions prévues par votre régime.

Conditions générales

Nous, nos et notre	Dans la présente brochure, les termes « <i>nous</i> », « <i>nos</i> » et « <i>notre</i> » se rapportent à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Cessation	Les conditions de cessation de la couverture peuvent varier d'une garantie à l'autre comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué dans la section <i>Conditions générales</i> de la présente brochure.

Frais médicaux - Contrat Numéro 150897

	Régime léger	Régime équilibré
Année de référence	Du 1 ^{er} juillet au 30 juin	
Franchise	Aucune	Aucune
Niveau de remboursement	<p>Pour tous les frais remboursables, les pourcentages de remboursement sont indiqués ci-dessous.</p> <p>Toutefois, pour les frais médicaments sur ordonnance, le pourcentage de remboursement indiqués ci-dessous s'appliquent à la première tranche de 1 000 \$ des frais par personne par année de référence pour les associés et personne à charge, et 2 000 \$ des frais par personne par année de référence pour leur conjoint. Par la suite, tous les frais remboursables en excédent de 1 000 \$ (associé et personne à charge) et 2 000 \$ (conjoint) par personne par année de référence, sont remboursés à 100 %</p>	<p>Pour tous les frais remboursables, les pourcentages de remboursement sont indiqués ci-dessous.</p> <p>Toutefois, pour les frais médicaments sur ordonnance, le pourcentage de remboursement indiqués ci-dessous s'appliquent à la première tranche de 1 200 \$ des frais par personne par année de référence. Par la suite, tous les frais remboursables en excédent de 1 200 \$ par personne par année de référence, sont remboursés à 100 %</p>
<i>Médicaments sur ordonnance</i>	80 % - associé et personne à charge 75 % - conjoint	80 %
	Dans tous les cas, pour les associés 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 prévue par la RAMQ est atteinte	

	Régime léger	Régime équilibré
<i>Régime d'assurance médicaments du Québec</i>	<p>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 <i>Évaluation des médicaments</i></p> <p>La garantie couvre les médicaments et les articles suivants qui sont délivrés par un pharmacien sur l'ordonnance du médecin ou du dentiste :</p> <ul style="list-style-type: none"> • médicaments et contraceptifs oraux 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 • stérilets, diaphragmes, timbres contraceptifs et dispositifs contraceptifs, sous réserve d'un maximum global de 2 articles par personne par année de référence et d'un maximum de 25 \$ par article • articles pour diabétiques • articles devenus nécessaires à la suite d'une colostomie 	
	<p>La garantie couvre également les auxiliaires antitabagiques qui ont un numéro d'identification du médicament (DIN) et qui sont approuvés conformément à la rubrique <i>Évaluation des médicaments</i>, ou qui ont un numéro de produit naturel (NPN), à concurrence du maximum établie par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), pourvu qu'ils soient délivrés par un pharmacien sur l'ordonnance du médecin ou du dentiste</p> <p>Certains médicaments et traitements ne sont pas couverts même s'ils sont prescrits par le médecin. Veuillez consulter la section Frais médicaux de la présente brochure pour de plus amples renseignements.</p> <p>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</p>	
<i>Hospitalisation dans la province du domicile</i>	100 % de la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre particulière	100 % de la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre particulière
<i>Services et articles médicaux</i>	80 % - associé et personne à charge 60 % - conjoint	80 %
<i>Services d'ambulance</i>	100 %	100 %
<i>Services paramédicaux</i>	Psychologues ou travailleurs sociaux : 50 %, sous réserve d'un maximum de 60 \$ par visite, 500 \$ par personne et 1 500 \$ par famille par année de référence	Psychologues ou travailleurs sociaux : 50 %, sous réserve d'un maximum de 60 \$ par visite, 500 \$ par personne et 1 500 \$ par famille par année de référence
	Tous les autres spécialistes paramédicaux : 80 % (60 % pour les conjoint), sous réserve d'un maximum global de 300 \$ par personne et 1 000 \$ par famille par année de référence pour l'ensemble des spécialistes paramédicaux autorisés ci-dessous :	Tous les autres spécialistes paramédicaux : 80 %, sous réserve d'un maximum global de 300 \$ par personne et 1 000 \$ par famille par année de référence pour l'ensemble des spécialistes paramédicaux autorisés ci-dessous :

	Régime léger	Régime équilibré
	<ul style="list-style-type: none"> • massothérapeutes ou orthothérapeutes, acupuncteurs, diététistes et homéopathes sous réserve d'un maximum de 30 \$ par visite • orthophonistes et audiologistes sous réserve d'un maximum de 45 \$ par visite • physiothérapeutes et naturopathes sous réserve d'un maximum de 35 \$ par visite • ergothérapeutes sous réserve d'un maximum de 45 \$ par visite • ostéopathes ou praticiens en ostéopathie, et podiatres ou chiropodistes sous réserve d'un maximum de 35 \$ par visite. Les examens radiologique sont compris. • chiropraticiens sous réserve d'un maximum de 30 \$ par visite, avec au maximum de 45 \$ par personne par année de référence pour les examens radiologique <p><i>Le remboursement par visite maximale est basé sur les montants éligibles.</i></p>	
Changement d'option	<p>Vous ne pouvez changer d'option qu'au cours de la <i>période d'adhésion annuelle</i> ou dans les 31 jours suivant un <i>changement de situation personnelle</i>. Vous n'êtes pas tenu de présenter une attestation de bonne santé.</p>	

Vie - Contrat Numéro 101397

Assurance-vie du personnel

Capital	<p>25% de l'assurance-vie de base qui était en vigueur le jour précédant votre départ à la retraite, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$</p> <p>Maximum – 600 000 \$</p> <p>Minimum – 3 000 \$</p>
Réduction	<p>Votre assurance-vie est ramenée à un pourcentage de votre assurance-vie de base qui était en vigueur au courant de la première année de votre retraite moins 3 000 \$. Le pourcentage est établi d'après l'anniversaire de votre départ à la retraite, comme il est indiqué ci-après</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} anniversaire montant réduit à 80 % • 2^e anniversaire montant réduit à 60 % • 3^e anniversaire montant réduit à 40 % • 4^e anniversaire montant réduit à 20 % • 5^e anniversaire montant réduit à 3 000 \$

Demandes de règlement



Les demandes doivent être présentées dans les délais prescrits. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les délais de présentation des demandes de règlement dans le tableau ci-dessous. **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.**

Pour traiter une demande de règlement, nous pouvons vous demander de nous fournir les documents suivants :

- dossiers ou rapports médicaux
- preuve de paiement
- factures détaillées
- ordonnances
- tout autre renseignement dont nous avons besoin.

Les frais reliés à la présentation d'une attestation de sinistre sont à votre charge.

Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement

Utilisez ce tableau pour vous aider à respecter les délais de présentation de vos demandes de règlement.

Type de demande de règlement	Pour présenter une demande	Délais prescrits et instructions
Frais médicaux	<p>Demandez le formulaire à la Sun Life ou obtenez-le sur notre site Web.</p> <p>Vous pouvez également présenter des demandes de règlement par voie électronique pour certains frais. Veuillez vous adresser à la Sun Life pour plus de précisions.</p>	<p>Jusqu'à la moins tardive des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• 365 jours après la date à laquelle les frais sont engagés, ou• 90 jours après la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais médicaux.
Assurance-vie	<p>Demandez les formulaires de demande de règlement à la Sun Life.</p>	<p>En cas de décès : La demande doit être présentée aussitôt que possible après le décès.</p>

Conditions générales



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.

La présente brochure ne constitue qu'un résumé des principales dispositions du contrat collectif de votre employeur. En cas de divergence entre les dispositions du contrat collectif et les renseignements contenus dans la présente brochure, c'est le contrat qui prime, dans la mesure où la loi le permet.

Vos garanties collectives peuvent être modifiées après l'établissement de la présente brochure. Vous serez informé par écrit de toute modification apportée à votre régime collectif. Ces avis de modification feront alors partie de la présente brochure, veuillez les conserver en lieu sûr avec cette brochure.

Des questions? Vous avez des questions concernant vos garanties collectives? Veuillez vous adresser à a Sun Life.

Vos garanties collectives	<p>La garantie Frais médicaux est autoassurée par le titulaire du contrat Canada Bread Company Limited. Cela signifie que Canada Bread Company Limited 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. Toutes les autres garanties sont assurées par la Sun Life.</p>
Qui est admissible aux garanties?	<p>Pour être admissible aux garanties collectives, vous devez résider au Canada et remplir toutes les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• avoir été couvert par le régime collectif de votre employeur le jour précédant votre départ à la retraite. <p>Les personnes à votre charge sont admissibles au régime à la plus tardive des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle vous êtes admissible au régime, ou• la date à laquelle elles répondent à la définition de personne à charge.
Personne à charge	<p>Par personne à charge, on entend :</p> <ul style="list-style-type: none">• votre conjoint ou votre enfant,• qui réside au Canada ou aux États-Unis. <p>Par conjoint, on entend :</p> <ul style="list-style-type: none">• votre conjoint en vertu d'un mariage, ou• votre conjoint en vertu de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou• la personne du sexe opposé ou du même sexe qui habite avec vous et qui vit une relation conjugale avec vous depuis au moins 12 mois. Aucune période minimale de cohabitation n'est exigée si un enfant est né de votre union.• toute séparation de plus de 3 mois entraîne la perte de désignation du conjoint <p>À toute époque, le régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint.</p> <p>Par enfant, on entend tout enfant de l'associé ou de son conjoint (sauf un enfant pris en foyer nourricier), qui est âgé de moins de 21 ans et qui n'a pas de conjoint.</p> <p>L'enfant de moins de 26 ans qui étudie à temps plein, qui n'a pas de conjoint et dont vous ou votre conjoint assurez le soutien sur le plan financier est également considéré comme un enfant.</p>

	<p>L'enfant qui souffre d'une invalidité avant l'âge limite et dont l'invalidité se poursuit demeure couvert s'il est incapable de subvenir à ses besoins sur le plan financier en raison de son invalidité, s'il dépend de vous financièrement et s'il n'a pas de conjoint.</p> <p>Dans ce cas, vous devez informer la Sun Life dans les 6 mois suivant le jour où l'enfant atteint l'âge limite dans le cadre de ce régime. Veillez vous adresser à votre à la Sun Life pour plus de renseignements à ce sujet.</p>
<p>Prise d'effet de la couverture</p>	<p>Votre couverture prend effet à la date à laquelle vous êtes admissible à la couverture.</p> <p>La couverture de la personne à charge prend effet dès que toutes les conditions suivantes sont remplies :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vous bénéficiez de la couverture prévue pour vous-même. • vous avez une personne à votre charge.
<p>Modification de la couverture</p>	<p>Toute modification résultant d'un <i>changement de situation personnelle</i>, la modification prend effet à la date de réception de la demande de changement, mais jamais avant la date où le <i>changement de situation personnelle</i> est survenu.</p>
<p>Tenue à jour de votre dossier</p>	<p>Pour toujours bénéficier de la protection appropriée, il est important que vous informiez votre à la Sun Life :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de tout changement de situation quant aux personnes à charge. • de tout changement de nom. • de tout changement de bénéficiaire.
<p>Accès à vos dossiers</p>	<p>Vous pouvez demander une copie des renseignements figurant à votre dossier, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • votre formulaire d'adhésion ou de demande d'assurance. • tout document ou renseignement écrit se rapportant à votre santé que vous avez fourni à la Sun Life au moment de votre adhésion à la couverture. • une copie du contrat assuré. <p>La première copie est fournie sans frais, mais des frais peuvent être demandés pour des copies supplémentaires.</p> <p>Pour obtenir une copie d'un document, utilisez l'une des deux méthodes ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • allez sur notre site Web, à l'adresse www.masunlife.ca. • téléphonez à notre Centre de service à la clientèle, sans frais au 1-866-881-0583. <p>Pour obtenir une copie de votre formulaire d'adhésion ou demande d'assurance, veuillez communiquer avec votre employeur.</p>
<p>Cessation de la couverture</p>	<p>La couverture dont vous bénéficiez à titre d'associé prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la période couverte par la dernière prime payée à la Sun Life en votre nom prend fin. • la garantie ou 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 d'une garantie en particulier, veuillez vous reporter au Sommaire des garanties qui se trouve au début de la présente brochure.

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.

Coordination de vos prestations avec un autre régime

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, les prestations provenant de l'ensemble des régimes ne peuvent dépasser le total des frais remboursables.

Lorsque vous êtes couvert par plusieurs régimes, les normes établies dans l'industrie de l'assurance déterminent le régime au titre duquel vous devez présenter la demande de règlement en premier.

Veuillez envoyer les demandes de règlement portant sur des frais engagés pour vous-même et pour votre conjoint dans l'ordre suivant :

- Envoyez d'abord la demande de règlement au régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel. Si la personne est couverte à titre de membre du personnel 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.
- Envoyez ensuite la demande de règlement au régime qui couvre la personne à titre de personne à charge.

Veillez envoyer les demandes de règlement portant sur des frais engagés pour un enfant dans l'ordre suivant :

- Envoyez d'abord la demande de règlement au régime qui couvre l'enfant à titre de membre du personnel.
- Envoyez-la ensuite au régime d'assurance maladie ou dentaire offert par l'entremise d'un établissement d'enseignement qui couvre l'enfant à titre d'étudiant.
- Puis au 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.

Lorsque vous nous envoyez une demande de règlement, vous devez déclarer toute couverture équivalente dont vous-même ou les personnes à votre charge bénéficiez.

Examen médical

Nous pouvons exiger que vous ou les personnes à votre charge subissiez un examen médical lorsque vous présentez une demande de règlement. Les frais de ces examens sont à notre charge. Si la personne ne se conforme pas à cette exigence, nous ne verserons pas de prestations.

Droit de recouvrement

Si nous avons versé des prestations en trop, nous pouvons les récupérer. Nous pourrions :

- vous demander de nous rembourser,
- déduire ce montant sur d'autres prestations ou
- récupérer cette somme par tout autre moyen légal.

Cession

En ce qui a trait aux prestations d'assurance-vie – vous ne pouvez céder aucun droit ni intérêt.
En ce qui a trait aux autres prestations – nous nous réservons le droit de refuser toute cession.

Définitions

Vous trouverez ci-après la définition de certains termes utilisés dans la présente brochure. D'autres termes qui se rapportent plus spécifiquement aux garanties 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 <i>changement de situation personnelle</i> , on entend chacun des points suivants : <ul style="list-style-type: none">• 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 du conjoint.• décès d'une personne à charge.
Maladie	Par maladie, on entend également une blessure, une affection ou 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 annuelle	La période d'adhésion annuelle est le 1 ^{er} juillet de chaque année.



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.

Dans la présente section, le mot *vous* s'entend de l'associé ou de toute personne à sa charge, couverts par la garantie Frais médicaux.

La garantie Frais médicaux prévoit le paiement des frais remboursables que vous engagez en cours de couverture.

Par *frais remboursables*, on entend les frais engagés pour les services et les articles indiqués ci-dessous qui sont médicalement nécessaires au traitement d'une maladie et qui n'excèdent pas les frais raisonnables habituellement exigés pour les services ou les articles faisant l'objet de la demande de règlement.

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.

Par *frais raisonnables habituellement exigés*, on entend :

- les honoraires et prix normalement demandés dans la région où les services ou articles sont donnés
- et les frais relatifs aux services et aux articles qui représentent un traitement raisonnable en ce qui touche la fréquence et la durée.

Pour bénéficiaire de cette garantie, vous devez être couvert par un régime provincial d'assurance-maladie ou par un régime fédéral comportant des garanties analogues.

Présentation d'une demande de règlement lorsque les frais sont engagés	<p>Les frais sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés. Les frais sont réputés engagés à la date à laquelle les soins sont donnés ou les articles sont loués ou achetés.</p> <p>L'année de référence figure dans le Sommaire des garanties.</p> <p>Voir le tableau Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement au début de la présente brochure pour savoir quand et comment présenter une demande de règlement.</p>
Niveau de remboursement	<p>Les frais engagés sont remboursés en fonction du niveau de remboursement prévu par le présent régime.</p> <p>Pour chaque type de service mentionné ci-dessous, le niveau de remboursement figure dans le Sommaire des garanties.</p>

Médicaments sur ordonnance

Médicaments sur ordonnance	<p>Nous couvrons le coût des médicaments et articles qui figurent dans le Sommaire des garanties.</p>
Limite d'approvisionnement	<p>Les prestations versées pour chaque achat sont limitées au coût de la quantité qu'il est raisonnable d'utiliser pendant une période de 3 mois.</p>

Exclusions	<p>Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit, même s'il s'agit de soins, de médicaments et d'articles prescrits :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • médicaments pour le traitement d'une dysfonction sexuelle. • vaccins. • médicaments utilisés à des fins esthétiques. • produits de santé naturels, qu'ils aient ou non un numéro de produit naturel (NPN), à moins d'indication contraire dans la liste des frais remboursables figurant dans le Sommaire des garanties. • 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	<p>Les médicaments suivants feront l'objet d'une évaluation et devront être approuvés par nous en vue d'être admissibles à un remboursement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p> <p>Nous évaluerons l'admissibilité du médicament en fonction de facteurs comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'analyse comparative du coût du médicament et de son efficacité clinique. • les recommandations faites par les organismes d'évaluation des technologies de la santé et les provinces. • l'accès à d'autres médicaments qui traitent les mêmes affections ou des affections similaires. • la durabilité du régime.
Services pharmaceutiques (rendus par les pharmaciens)	<p>Pour les associés 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.</p>
Contribution maximale aux frais	<p>Pour les associés résidant au Québec, les frais engagés pour des médicaments sur ordonnance 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 de référence à la contribution maximale annuelle établie par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (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 de celui des parents qui engage les frais les plus élevés au cours de l'année de référence.</p>
Personnes de 65 ans ou plus du Québec	<p>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 puisque vous pouvez aussi bien être couvert par le régime public que par votre régime collectif.</p>

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.

Frais d'hospitalisation engagés dans votre province

Hôpital

Nous couvrons les frais engagés pour une hospitalisation dans un hôpital dans votre province de résidence, comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties.

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 personnes âgées 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.

Votre couverture des frais médicaux en un coup d'œil

Frais couverts	Précisions	Prestations maximales
Services et articles médicaux		
Soins d'infirmières ou d'infirmiers exerçant à titre privé donnés hors de l'hôpital	<p>Doivent être médicalement nécessaires</p> <p>Les services doivent consister en soins infirmiers; ils ne doivent pas avoir pour objet la surveillance du malade et ils doivent être prescrits par le médecin</p> <p>Par infirmières ou infirmiers 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</p> <p>Les services d'infirmières ou d'infirmiers autorisés ne sont couverts que s'ils ne peuvent pas être donnés par des infirmières ou infirmiers auxiliaires</p>	10 000 \$ par personne par années de référence
Ambulance	<p>Transport dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche</p> <p>Les services doivent être médicalement nécessaires</p>	
Transport aérien par service ambulancier	<p>Transport aérien par service ambulancier autorisé, à destination de l'hôpital approprié le plus proche</p> <p>Les services doivent être médicalement nécessaires</p>	
Services diagnostiques	<p>Services diagnostiques suivants reçus hors de l'hôpital, sauf si votre régime provincial considère ces frais comme un service assuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> • analyses de laboratoire prescrites par le médecin • échographies • IRM (imagerie par résonance magnétique), tomodensitométries et autres services d'imagerie médicale 	

Frais couverts	Précisions	Prestations maximales
Soins dentaires après un accident	Traitement des dents naturelles endommagées dans un accident survenu en cours de couverture, y compris les frais d'attelles et d'arcs dentaires Vous devez recevoir les soins 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 de l'associé
Lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires	Nécessaires à la suite d'une opération de la cataracte	Une lentille par œil par personne sa vie durant
Perruques	Nécessaires à la suite d'une chimiothérapie	150 \$ par personne sa vie durant
Appareils	Appareils médicalement nécessaires répondant à vos besoins médicaux fondamentaux que vous avez loués (ou achetés à notre demande) Le remboursement de ces frais peut être assujéti à la présentation d'une ordonnance du médecin 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	Dans le cas des fauteuils roulants, nous ne couvrons que le coût d'un fauteuil roulant non motorisé, sauf si votre état de santé justifie l'utilisation d'un fauteuil roulant motorisé
Plâtres, bandages herniaires, béquilles, attelles, orthèses, marcheurs, yeux artificiels ou orthèses plantaires faites sur mesure	Orthèses plantaires sur l'ordonnance du médecin, du podiatre ou du chiropodiste	Maximum global de 350 \$ par personne par années de référence
Prothèses mammaires	Nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale	125 \$ par personne par personne par période de 24 mois
Membres artificiels		
Couvre-moignons		5 paires par personne par année de référence
Bas à varices, y compris les bas à compression régressive	Sur l'ordonnance du médecin	2 paires par personne par année de référence
Chaussures orthopédiques faites sur mesure et modifications apportées à des chaussures orthopédiques	Sur l'ordonnance du médecin, du podiatre ou du chiropodiste	Uniquement pour les frais qui dépassent la première tranche de 50 \$ de frais engagés pour toute personne de moins de 18 ans, ou la première tranche de 100 \$ pour toute personne de 18 ans ou plus. Les remboursements sont limités à une paire de chaussures et à 300 \$ par personne par année de référence.

Frais couverts	Précisions	Prestations maximales
Appareils de correction auditive		500 \$ par personne par période de 36 mois consécutives Les réparations sont comprises dans ce maximum
Administration d'oxygène		
Systèmes de surveillance du glucose en continu (systèmes de SGC) – récepteurs, transmetteurs ou capteurs	Seulement pour les personnes qui ont reçu un diagnostic de diabète de type 1 Vous devez nous fournir une note du médecin confirmant le diagnostic	Maximum global de 4 000 \$ par personne par année de référence
Pompes à insuline	Sur l'ordonnance du médecin	
Services paramédicaux		
Spécialistes paramédicaux figurant dans le Sommaire des garanties	Les spécialistes paramédicaux doivent être autorisés	Jusqu'à concurrence du niveau de remboursement indiqué dans le Sommaire des garanties Nous ne versons aucune prestation pour les services donnés par un podiatre en Ontario à moins qu'ils ne soient reçus après que la prestation maximale annuelle prévue par le régime provincial d'assurance-maladie a été versée
<p>Le terme <i>autorisé</i> se rapporte à toute personne qui est membre de l'organisme approprié régissant l'exercice de sa profession établi par les autorités gouvernementales provinciales. En l'absence d'un tel organisme, la personne doit être un membre actif d'une association approuvée par nous.</p> <p>Les spécialistes paramédicaux <i>autorisés</i> doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire partie d'un organisme de réglementation ou, en l'absence d'un tel organisme, être membre d'une association approuvée par nous; • détenir un permis ou être autorisés à pratiquer leur profession, de la manière prescrite par l'organisme de réglementation provincial pertinent; • avoir suivi une formation adéquate et obtenu les titres requis pour être en mesure de fournir les services ou les articles offerts; • conserver des dossiers cliniques conformes aux pratiques et aux normes raisonnables qui sont en usage dans leur domaine ou aux exigences de l'organisme ou de l'association; • nous fournir les dossiers cliniques lorsque nous en faisons la demande et répondre favorablement à nos demandes de renseignements; • ne pas avoir recours à des pratiques administratives qui sont inacceptables pour nous. <p>Cette liste de critères n'est pas exhaustive. Nous avons le droit de déterminer à notre entière discrétion qu'un spécialiste paramédical est autorisé à offrir un service ou un article. Dans la mesure où les critères énoncés ci-dessus s'appliquent aux cliniques, nous avons le droit de déterminer à notre entière discrétion qu'une clinique est autorisée de sorte que les demandes de règlement pour des services ou des articles reçus à cette clinique donnent droit à un remboursement au titre du présent régime.</p>		

Cessation de la couverture

Voir le Sommaire des garanties au début de la présente brochure pour connaître la cessation de votre couverture.

Prestations après la cessation de la couverture

Si vous êtes totalement invalide, au sens défini dans le contrat, 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.

En cas de résiliation de la garantie Frais médicaux, le traitement des dents naturelles endommagées dans un accident demeure couvert, pourvu que les conditions suivantes soient respectées :

- l'accident est survenu en cours de couverture,
- et les soins sont reçus dans les 6 mois qui suivent la date 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, sous réserve des dispositions énoncées ci-dessous sous la rubrique *Intégration du régime avec les programmes de l'État*.
- prothèses ou appareils médicaux implantés (exemples : anneaux gastriques, implants mammaires, implants rachidiens et prothèses de hanche).
- matériel que nous excluons de notre 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, tels que décrits dans le contrat.
- services ou articles qui ne sont pas des frais médicaux admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).
- services ou articles pour lesquels il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture.

Nous ne versons pas de prestations lorsque la demande de règlement se rapporte à une maladie attribuable à l'une des causes suivantes :

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- exercice d'une activité rémunérée pour le compte d'une autre personne que l'employeur qui offre le présent régime.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Intégration du régime avec les programmes de l'État

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

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

- le fait que vous ayez ou non présenté une demande au titre du programme de l'État,
- le fait que votre couverture au titre de ce régime ait une incidence sur votre admissibilité ou votre droit à toutes prestations prévues par le programme de l'État,
- ou toute liste d'attente.



Description générale de la garantie

L'assurance-vie prévoit le versement d'un capital à votre bénéficiaire si vous décédez en cours de couverture.

Le capital et la date de cessation de la couverture sont indiqués dans le Sommaire des garanties au début de la présente brochure.

Voir le tableau **Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement** au début de la présente brochure pour savoir quand et comment présenter une demande de règlement.

Bénéficiaire

Si vous décédez en cours de couverture, nous réglons en totalité le capital de votre assurance au dernier bénéficiaire désigné qui est inscrit dans nos dossiers.

Si aucun bénéficiaire n'a été désigné, nous versons le capital 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.

Remarque

Des règles s'appliquent à la désignation d'un bénéficiaire mineur; veuillez vous reporter à votre contrat pour avoir des précisions à ce sujet.

Transformation de l'assurance-vie collective

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

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

Important

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

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).



À propos de la Financière Sun Life

La Financière Sun Life, qui compte parmi les chefs de file du domaine des garanties collectives, sert plus de un Canadien sur six dans plus de 12 000 entreprises, associations, groupes d'affinités et groupes liés à l'assurance créances au Canada.

Nos valeurs fondamentales, soit l'intégrité, l'excellence en matière de service, l'orientation client et l'accroissement de la valeur offerte, nous définissent et déterminent notre manière d'exercer nos activités.

Avec ses partenaires, la Financière Sun Life exerce ses activités dans 22 marchés importants du monde, notamment au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni, à Hong Kong, aux Philippines, au Japon, en Indonésie, en Inde, en Chine et aux Bermudes.

La vie est plus radieuse sous le soleil

Les garanties collectives sont offertes par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

GB10171-F

