

VOS **garanties** collectives

United Rentals of Canada, Inc.

**Tous les salariés horaires et non horaires au Québec
Embauchés au ou après le 1^{er} janvier 2017**

**Contrat numéro 100708 et 150708
À effet du 1^{er} janvier 2024**

Table des matières

Catégories.....	1
Conditions générales	1
Votre brochure	1
Conditions d'admission.....	2
Personne à charge.....	2
Adhésion	3
Prise d'effet de la couverture	4
Modification de la couverture	5
Tenue à jour de votre dossier	5
Accès à vos dossiers.....	6
Cessation de la couverture.....	6
Remplacement de la couverture	7
Demande de règlement.....	8
Actions en justice pour les garanties assurées.....	8
Actions en justice pour les garanties autoassurées	9
Attestation d'invalidité	9
Coordination des prestations	9
Examen médical	11
Droit de recouvrement.....	11
Cession	11
Définitions.....	11
Frais médicaux (Complément d'assurance-maladie).....	13
Description générale de la garantie	13
Franchise	14
Médicaments sur ordonnance.....	14
Frais hospitaliers engagés dans votre province	20
Frais engagés hors de votre province	21
Services et articles médicaux	24
Services paramédicaux.....	Error! Bookmark not defined.
Lentilles cornéennes, lunettes et correction de la vision par le laser	29
Cessation de la couverture.....	29
Prestations après la cessation de la couverture.....	29
Exclusions	30
Intégration du régime avec les programmes de l'État.....	31
Demande de règlement.....	31

Programme Voyage Assistance	32
Frais dentaires	39
Description générale de la garantie	39
Franchise	40
Prestation maximale par année de référence	40
Prestation viagère maximale	40
Détermination préalable des prestations.....	41
Soins dentaires de prévention et de base	41
Endodontie, parodontie, réparation de prothèses amovibles, et regarnissage et rebasage.....	42
Soins dentaires majeurs.....	43
Soins orthodontiques	43
Cessation de la couverture.....	44
Prestations après la cessation de la couverture.....	44
Exclusions	44
Demande de règlement.....	45
Invalidité de courte durée (Indemnité hebdomadaire)	46
Description générale de la garantie	46
Début de l'indemnisation.....	46
Périodes successives d'invalidité	47
Prestations	47
Congé de maternité et congé parental	50
Programme de réadaptation.....	51
Réclamation à un tiers.....	52
Fin de l'indemnisation.....	52
Cessation de la couverture.....	52
Droits après la résiliation de la garantie	53
Exclusions	53
Demande de règlement.....	54
Invalidité de longue durée	55
Description générale de la garantie	55
Début de l'indemnisation.....	56
Prestations	56
Congé de maternité et congé parental	59
Programme en cas d'invalidité partielle.....	59
Programme de réadaptation.....	60
Périodes successives d'invalidité au cours du délai de carence	61
Périodes successives d'invalidité après le début de l'indemnisation	61
Réclamation à un tiers.....	62
Vos responsabilités.....	62

Fin de l'indemnisation.....	63
Cessation de la couverture.....	63
Droits après la résiliation de la garantie	63
Exclusions	63
Demande de règlement.....	64
Assurance-vie.....	66
Description générale de la garantie	66
Votre assurance-vie de base	66
Votre assurance-vie facultative	66
Assurance-vie de base des personnes à charge.....	66
Assurance-vie facultative du conjoint	67
Bénéficiaire	67
Suicide.....	68
Garantie en cas d'invalidité totale	68
Transformation de l'assurance-vie collective	69
Demande de règlement.....	70
Décès et mutilation accidentels.....	71
Description générale de la garantie	71
Votre couverture de base.....	71
Votre couverture facultative.....	71
Couverture facultative du conjoint.....	71
Prestations	72
Limite	73
Transport de la dépouille.....	74
Programme de réadaptation.....	74
Formation professionnelle du conjoint.....	74
Études des enfants	75
Transport d'un membre de la famille.....	75
Garantie en cas d'invalidité totale	75
Exclusions	76
Transformation.....	77
Demande de règlement.....	77

Catégories

La présente brochure décrit la couverture des catégories de salariés suivantes :

- Catégorie A2 – Tous les salariés horaires au Québec embauchés au ou après le 1^{er} janvier 2017
- Catégorie B2 – Tous les salariés non horaires au Québec embauchés au ou après le 1^{er} janvier 2017

Conditions générales

Votre brochure

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

Les garanties peuvent être modifiées après l'établissement de la brochure. Dans ce cas, vous serez informé de toute modification apportée à votre régime au moyen d'un avis écrit qui complètera 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.

Les garanties suivantes sont garanties par le titulaire du contrat, United Rentals of Canada, Inc. :

- Frais médicaux
- Programme Voyage Assistance
- Frais dentaires

Cela signifie qu'United Rentals of Canada, Inc. a l'entière responsabilité des garanties ci-dessus 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 30 heures par semaine.
- avoir accompli la période probatoire.

Pour la catégorie A2 – La période probatoire prévue par le régime prend fin le dernier jour du mois au cours duquel vous comptez 30 jours de service continu.

Pour la catégorie B2 – Le régime ne prévoit aucune période probatoire.

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

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

Personne à charge

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

Par *conjoint*, on entend votre conjoint en vertu d'un mariage ou de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou la personne de sexe opposé ou de même sexe qui est publiquement présentée comme étant

votre conjoint depuis au moins 1 an. Aucune période minimale de cohabitation n'est exigée si un enfant est né de votre union. 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 adhérer au régime pour avoir droit à la couverture. À cette fin, vous devez faire une demande par écrit en fournissant à votre employeur les renseignements nécessaires à votre admission. 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.

En ce qui a trait à votre assurance-vie facultative et à l'assurance-vie

facultative du conjoint, une attestation de bonne santé est toujours 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.

En ce qui a trait à l'assurance-vie facultative des enfants, vous devez demander votre admission à la couverture dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle vous y êtes admissible. Si vous ne le faites pas au cours de ce délai, vous devrez présenter, à vos frais, une attestation de bonne santé. Une attestation de bonne santé est également exigée lorsque vous demandez toute augmentation de cette assurance. La couverture ne peut prendre effet avant que la Sun Life n'accepte l'attestation.

Prise d'effet de la couverture

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

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

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

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

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

En ce qui a trait à l'assurance-vie facultative du conjoint et des enfants, et la garantie Décès et mutilation accidentels facultative de la personne à charge, si vous n'êtes pas effectivement au travail le jour où la couverture facultative doit normalement prendre effet, votre conjoint et vos enfants ne sont couverts qu'à compter de la date à laquelle vous reprenez effectivement le travail auprès de votre employeur.

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

brochure.

Modification de la couverture

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

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

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} janvier qui suit la date du changement, ou le jour même du changement s'il se produit le 1^{er} janvier.

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 à la section appropriée de la présente brochure.

Votre employeur maintiendra la couverture au titre de la garantie Frais médicaux et de la garantie Frais dentaires, pendant une période maximale de 24 mois suivant la date du début de votre invalidité.

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 et des enfants ni à la garantie Décès et mutilation accidentels facultative du conjoint.

Remplacement de la couverture

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

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

Dans le cas où le versement des prestations auxquelles le salarié avait droit doit reprendre du fait qu'il est de nouveau atteint d'invalidité totale, et où la Sun Life est tenue, aux termes des lois ou directives ci-dessus, de régler les prestations, les prestations versées sont égales aux

précédentes et elles sont payables pour une période ne pouvant dépasser la durée non écoulée de la période maximale d'indemnisation.

Demande de règlement

La Sun Life s'engage à vous offrir un service prompt et efficace. 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.

Cession

En ce qui a trait aux prestations d'assurance-vie, aucun droit ni intérêt ne peut être cédé.

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 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.

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.

Salaire de base Rémunération que l'employeur verse au salarié, à l'exclusion des gratifications, des heures supplémentaires et des primes de rendement.

Pour la catégorie A2 – Dans le cas d'un représentant commissionné, rémunération moyenne touchée au cours des 2 dernières années, commissions comprises. Pour le représentant comptant moins de 2 années de service, rémunération moyenne touchée depuis la date de son entrée en service, commissions comprises.

Pour la catégorie B2 – Dans le cas d'un représentant commissionné, rémunération moyenne touchée au cours des 2 dernières années, commissions et primes mensuelles comprises. Pour le représentant comptant moins de 1 an de service, rémunération moyenne touchée depuis la date de son entrée en service. Pour le représentant comptant plus de 1 an et moins de 2 années de service, rémunération moyenne touchée de l'année précédente en service.

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

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 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.

Le terme médecin peut également s'entendre d'une infirmière praticienne – Si les lois provinciales applicables permettent aux infirmières praticiennes de fournir des ordonnances pour certains produits ou services, la Sun Life rembourse les frais admissibles de la même façon que si les ordonnances venaient d'un médecin. Pour les médicaments, veuillez vous reporter à la section *Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments*.

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.

L'année de référence de la garantie s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Franchise

La franchise est la part des frais engagés que vous devez payer.

La franchise relative aux médicaments sur ordonnance est de 5 \$ par ordonnance ou renouvellement d'ordonnance.

La franchise pour médicaments sur ordonnance cesse de s'appliquer dès que la contribution maximale aux frais est atteinte.

Médicaments sur ordonnance

Aucune franchise ne s'applique aux autres frais.

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*.

Après déduction de la franchise, la garantie couvre 100% du coût des médicaments et des articles suivants qui sont délivrés par un pharmacien sur l'ordonnance du médecin ou du dentiste.

- 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.
- insuline et articles pour diabétiques, aucune franchise ne s'applique.
- auxiliaires antitabagiques, à concurrence de 300 \$ par personne sa vie durant.
- injections sclérosantes pour le traitement des varices.

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 34 jours ou, dans le cas de certains médicaments d'entretien, pendant une période de 90 jours, selon l'ordonnance du médecin.

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.
- vaccins.
- stérilets et diaphragmes.
- articles devenus nécessaires à la suite d'une colostomie.
- médicaments pour le traitement de la stérilité.
- médicaments pour le traitement d'une dysfonction sexuelle.
- médicaments utilisés à des fins esthétiques.
- produits de santé naturels, qu'ils aient ou non un numéro de produit naturel (NPN).
- médicaments et traitements administrés dans un hôpital à une personne à titre de malade interne ou de malade externe, ou dans une clinique ou un centre de soins financés au moyen de fonds publics, y compris tout service ou article ayant trait à l'administration du médicament et du traitement.

Évaluation des médicaments

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

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

hausse importante.

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

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

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

***Services
pharmaceutiques
(rendus par les
pharmaciens)***

Nous couvrons les services pharmaceutiques qui sont couverts par le régime d'assurance médicaments du Québec et appliquons les exigences de celui-ci.

***Limitation au prix du
médicament
équivalent***

Les frais venant en excédent du prix du médicament équivalent le moins coûteux ne sont pas couverts, à moins que la Sun Life n'en ait expressément approuvé le remboursement. Afin de déterminer si l'utilisation d'un médicament plus coûteux constitue une nécessité médicale, la Sun Life exige qu'une demande d'exception dûment remplie par votre médecin et par vous-même lui soit fournie.

Pour les 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.

***Programme
d'autorisation
préalable***

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

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

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

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

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

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

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

*Programme de
médicaments de
référence*

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

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

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

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

Toute demande de règlement présentée sous ce régime dans les

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

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

***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***

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***

En ce qui touche les médicaments payables en partie par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) pour les personnes de 65 ans et plus qui sont couvertes par le régime d'assurance-médicaments de la RAMQ, la couverture est rajustée de façon que les prestations provenant du présent régime et de la RAMQ ne dépassent pas la fraction des frais qui aurait été couverte si vous aviez participé uniquement au présent régime.

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 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, dans une proportion de 100%, les frais qui ont été engagés pour des soins hospitaliers reçus dans la province de votre domicile. Aucune franchise ne s'applique aux frais hospitaliers.

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 d'une chambre semi-particulière.

En outre, nous couvrons les frais engagés pour une hospitalisation dans un hôpital de convalescence, prescrite par le médecin, à condition qu'elle ait principalement pour objet la réadaptation et non la surveillance du malade.

La prestation maximale payable pour le traitement d'une maladie attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes est de 20 \$ par jour, pour une période limitée à 180 jours.

Pour les besoins du régime, on entend par *hôpital de convalescence* un établissement autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées qui sont en convalescence par suite d'une blessure ou d'une maladie, et qui doit assurer des soins infirmiers et médicaux 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 ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, n'est pas considéré comme un hôpital de convalescence.

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. Nous couvrons également les services reçus à la recommandation du médecin.

Dans le cas des services reçus en cas d'urgence et à la recommandation du médecin, 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 réglons 100% des frais, sans déduction de la franchise, qui sont engagés pour les services admissibles reçus en cas d'urgence.

Nous ne couvrons que les services reçus en cas d'urgence dans les 60 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 le fournisseur du Programme Voyage Assistance (PVA) 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 le fournisseur du PVA de la Sun Life, sauf dans des circonstances extrêmes où une intervention chirurgicale doit être effectuée d'urgence immédiatement après l'admission à l'hôpital.

S'il n'est pas possible de communiquer avec le fournisseur du PVA de la Sun Life avant de recevoir des services, il faut le faire le plus tôt possible par la suite. Si le fournisseur du PVA de la Sun Life n'est pas contacté 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 le fournisseur du PVA de la Sun Life a déterminé, en se basant sur les renseignements médicaux disponibles, que vous pouviez retourner dans la province de votre domicile, dans le cas où vous avez refusé de le faire.
- services qui sont nécessaires pour le traitement de la maladie ou blessure pour laquelle vous avez déjà reçu des services en cas d'urgence, y compris toute complication découlant de cette maladie ou blessure, si vous aviez refusé ou négligé sans raison valable de recevoir les services médicaux recommandés.
- lorsque le voyage a été entrepris dans le but de recevoir des services médicaux pour le traitement d'une maladie ou blessure, services reliés à cette maladie ou blessure, y compris toute complication ou urgence découlant directement ou indirectement

de cette maladie ou blessure.

***Services reçus à la
recommandation du
médecin***

Les *services reçus à la recommandation du médecin* doivent être donnés pour le traitement d'une maladie et prescrits par un médecin exerçant dans la province de votre domicile. Nous réglons 80% des frais qui sont engagés pour ces services. La régie de l'assurance-maladie de votre province doit avoir accepté par écrit de verser des prestations relativement à ces services.

Les services donnés à la recommandation du médecin doivent être :

- reçus au Canada, s'ils sont offerts dans ce pays, indépendamment de toute liste d'attente,
- et couverts par le régime d'assurance-maladie de la province de votre domicile.

Les services donnés à la recommandation du médecin qui ne sont pas offerts au Canada peuvent être reçus à l'extérieur du pays.

***Services hors Canada
reçus en cas
d'urgence***

Les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services reçus en cas d'urgence sont assujettis à une prestation viagère maximale de 3 000 000 \$ par personne, ou à toute autre prestation viagère maximale applicable si le montant de cette dernière est inférieur.

**Services et articles
médicaux**

Nous couvrons 100% des frais qui sont engagés pour les services médicaux ci-dessous prescrits par le médecin (les services d'optométristes autorisés, d'ophtalmologistes et de dentistes n'ont pas à être prescrits par le médecin). Aucune franchise ne s'applique aux services et articles médicaux.

- soins d'infirmières exerçant à titre privé, donnés hors de l'hôpital et médicalement nécessaires. Les services donnés doivent consister en soins infirmiers; ils ne doivent pas avoir pour objet la surveillance du malade. Par *infirmières exerçant à titre privé*, on entend des infirmières ou infirmiers et infirmières ou infirmiers auxiliaires, qui sont autorisés à exercer leur profession dans la province de votre domicile et qui ne résident pas normalement avec vous. Les services d'infirmières autorisées ne sont couverts que s'ils ne peuvent pas être donnés par des infirmières auxiliaires. La prestation maximale payable est de 25 000 \$ par personne pour

toute période de 3 années de référence consécutives.

- 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), tomomodensitométries 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.
- services d'ophtalmologistes ou d'optométristes autorisés, à concurrence de 50 \$ par personne pour 2 années de référence consécutives.

- lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires à la suite d'une opération de la cataracte, sous réserve d'un maximum viager d'une lentille par oeil.
- perruques nécessaires à la suite d'une chimiothérapie, à concurrence de 300 \$ par personne par année de référence. Les perruques ne nécessitent pas l'ordonnance du médecin.
- 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. Dans le cas des fauteuils roulants, les frais remboursables sont limités au coût d'un fauteuil roulant non motorisé, sauf si l'état de santé de la personne justifie l'utilisation d'un fauteuil roulant motorisé.
- plâtres, attelles, bandages herniaires, orthèses et béquilles.
- prothèses mammaires nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale, à concurrence de 200 \$ par personne par année de référence.
- soutiens-gorge post-opératoires nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale, sous réserve d'un maximum de 2 soutiens-gorge par personne par année de référence.
- membres ou yeux artificiels.
- couvre-moignons, sous réserve d'un maximum de 5 paires par personne par année de référence.
- 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 de pied faites sur mesure, sur l'ordonnance du médecin ou du podiatre, à concurrence de 350 \$ par personne par année de référence.
- chaussures orthopédiques faites sur mesure et modifications

apportées à des chaussures orthopédiques, sur l'ordonnance du médecin ou du podiatre, à concurrence de 500 \$ par personne par année de référence.

- appareils de correction auditive sur l'ordonnance d'un oto-rhino-laryngologiste, à concurrence de 500 \$ par personne pour 4 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. La prestation maximale pouvant être versée à chaque personne sa vie durant est 700 \$.
- systèmes de surveillance du glucose en continu (systèmes de SGC), y compris les récepteurs, les transmetteurs et les capteurs, pour les personnes qui ont reçu un diagnostic de diabète de type 1 ou de type 2 nécessitant la prise d'insuline, 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 et le besoin d'insuline.
- pompes à insuline.

Services paramédicaux

Nous couvrons 100% des frais, sans franchise, qui sont engagés pour les services ci-dessous, sous réserve d'un maximum global de 1 000 \$ par personne par année de référence :

- services de psychologues ou travailleurs sociaux autorisés.
- services d'orthophonistes autorisés.
- services de psychothérapeutes autorisés, ou de psychothérapeutes qui ont la qualité de membre actif d'une association provinciale reconnue par la Sun Life.
- services de conseillers cliniciens qui ont la qualité de membre

actif d'une association provinciale reconnue par la Sun Life.

- services de thérapeutes conjugaux et familiaux autorisés, ou de thérapeutes conjugaux et familiaux qui ont la qualité de membre actif d'une association provinciale reconnue par la Sun Life.

Nous couvrons également 100% des frais, sans franchise, qui sont engagés pour les services ci-dessous, à concurrence de 500 \$ par personne par année de référence pour chaque spécialité :

- services de massothérapeutes autorisés.
- services de physiothérapeutes autorisés.
- services de naturopathes autorisés.
- services d'acupuncteurs autorisés.
- services d'ostéopathes autorisés ou de praticiens en ostéopathie, avec au maximum un examen radiologique par année de référence.
- services de chiropraticiens autorisés, avec au maximum un examen radiologique par année de référence.
- services de podiatres autorisés, avec au maximum un examen radiologique par année de référence.

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.

Nous ne versons aucune prestation pour les services donnés par un podiatre 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.

Lentilles cornéennes, lunettes et correction de la vision par le laser

Nous couvrons le coût des lentilles cornéennes, des lunettes et de la correction de la vision par le laser. 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.

Nous couvrons 100% de ces frais, à concurrence de 200 \$ par période de 12 mois pour toute personne de moins de 18 ans, ou par période de 24 mois pour toute personne de 18 ans ou plus.

Aucune franchise ne s'applique aux lentilles cornéennes, aux lunettes et à la correction de la vision par le laser.

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.

Cessation de la couverture

La couverture prévue par la garantie Frais médicaux prend fin au départ à la retraite du salarié.

Pour les salariés qui sont en congé d'invalidité autorisé, l'employeur maintiendra la couverture au titre de la garantie Frais médicaux, pendant une période maximale de 24 mois suivant la date du début de l'invalidité du salarié.

La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

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, sous réserve des dispositions énoncées ci-dessous sous la rubrique *Intégration du régime avec les programmes de l'État*.
- excédent sur les frais raisonnables habituellement exigés dans la région où les services ou articles sont donnés.
- matériel que la Sun Life exclut de sa garantie (exemples : matelas orthopédiques, appareils d'exercice physique, climatiseurs et purificateurs d'air, baignoires d'hydromassage et humidificateurs).
- services ou articles qui ne sont pas habituellement fournis pour le traitement d'une maladie, y compris les traitements expérimentaux ou les traitements de recherche. Par *traitements expérimentaux ou traitements de recherche*, on entend les traitements qui ne sont pas approuvés par Santé Canada ou par un autre organisme de réglementation gouvernemental pour le grand public.
- services ou articles qui ne sont pas des frais médicaux admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).
- services ou articles pour lesquels il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture.

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

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à

une émeute ou à un mouvement populaire.

- exercice d'une activité rémunérée pour le compte d'une autre personne que l'employeur qui offre le présent régime.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

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

- le fait que vous ayez ou non présenté une demande au titre du programme de l'État,
- le fait que votre 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.

Demande de règlement

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

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

- de 180 jours après la fin de l'année de référence au cours de 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

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 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, le fournisseur du Programme Voyage Assistance (PVA) de la Sun Life 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 60 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

Lorsque survient une urgence, vous ou une autre personne devez

l'aide

communiquer avec le fournisseur du PVA de la Sun Life. S'il n'est pas possible de communiquer avec le fournisseur du PVA de la Sun Life avant de recevoir des services, il faut le faire le plus tôt possible par la suite. Si le fournisseur du PVA de la Sun Life n'est pas contacté 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.

Le fournisseur du PVA de la Sun Life offre les services suivants :

**Assistance médicale
immédiate**

Le fournisseur du PVA de la Sun Life 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.

Le fournisseur du PVA de la Sun Life offre des services de traduction dans les principales langues, qui peuvent s'avérer nécessaires pour communiquer avec le personnel médical de l'endroit.

Le fournisseur du PVA de la Sun Life 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, le fournisseur du PVA de la Sun Life 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 le fournisseur du PVA de la Sun Life 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, le fournisseur du PVA de la Sun Life 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.

Le fournisseur du PVA de la Sun Life 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 du fournisseur du PVA de la Sun Life, 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

Le fournisseur du PVA de la Sun Life 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, le fournisseur du PVA de la Sun Life 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

Le fournisseur du PVA de la Sun Life 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, le fournisseur du PVA de la Sun Life 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

Le fournisseur du PVA de la Sun Life 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, le fournisseur du PVA de la Sun Life vous apporte son aide en communiquant avec les autorités compétentes et en vous indiquant les mesures à prendre en vue de remplacer les articles perdus ou volés.

Coordination des prestations

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

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

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

Avances

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

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

Sommes qui vous sont remboursées

Si, après avoir obtenu du fournisseur du PVA de la Sun Life 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 que le fournisseur du PVA de la Sun Life 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

Le fournisseur du PVA de la Sun Life n'offre pas de services dans certains pays pour diverses raisons. Veuillez communiquer avec le fournisseur du PVA de la Sun Life avant votre départ pour vous informer à ce sujet.

Le fournisseur du PVA de la Sun Life 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 le fournisseur du

PVA de la Sun Life à fournir des services aussi complets que possible.

**Responsabilité
de la Sun Life ou du
fournisseur du PVA
de la Sun Life**

La Sun Life et le fournisseur du PVA de la Sun Life 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

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 du salarié ou de toute personne à sa charge, couverts par la garantie Frais dentaires.

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

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

Par frais raisonnables habituellement exigés, on entend :

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

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.

Dans le cas d'une couronne ou prothèse sur implant, les prestations que nous versons correspondent à celles que nous aurions versées au titre du présent régime pour une couronne sur dent ou une prothèse non reliée à un implant, respectivement. Nous tenons compte de toutes les restrictions qui auraient été appliquées s'il n'y avait pas eu d'implant. Tous les autres frais reliés à des implants, y compris les frais de chirurgie, ne sont pas couverts.

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

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

L'année de référence de la garantie s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Franchise

Aucune franchise ne s'applique à la présente garantie.

Prestation maximale par année de référence

Les prestations que nous versons pour l'ensemble des soins dentaires ne peuvent dépasser la limite de 2 000 \$ par personne pour chaque année de référence.

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.

Prestation viagère maximale

La prestation maximale pouvant être versée à une personne sa vie durant pour des soins orthodontiques est de 2 000 \$.

**Détermination
préalable des
prestations**

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

**Soins dentaires de
prévention et de
base**

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.

Ces frais sont remboursables dans une proportion de 100%.

Examens buccaux

1 examen complet tous les 24 mois.

1 examen périodique tous les 5 mois. Maximum : 2 examens par année de référence.

Examens d'urgence ou examens particuliers.

Radiographies

1 panographie ou série complète de radiographies tous les 36 mois.

1 série de radiographies interproximales tous les 5 mois. Maximum : 2 séries par année de référence.

Radiographies nécessaires au diagnostic ou à la surveillance de l'évolution d'un traitement.

Autres soins

Consultations nécessaires entre deux dentistes.

Polissage (nettoyage des dents), maximum, 2 par année de référence, à intervalles d'au moins 5 mois.

Application topique de fluorure, maximum, 2 par année de référence, à intervalles d'au moins 5 mois.

Traitements palliatifs et urgences.

Examens de diagnostic et de laboratoire.

Extraction de dents incluses et anesthésie à cette fin.

Mainteneurs d'espace pour dents primitives manquantes.

Scellement de puits et fissures.

Conseils d'hygiène bucco-dentaire. Maximum : 2 séances par année de référence, à intervalles d'au moins 5 mois.

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

Extractions Extraction de dents, à l'exception de l'extraction de dents incluses.

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.

Chirurgie buccale Traitement chirurgical et anesthésie à cette fin, sauf l'extraction de dents incluses (*Soins dentaires de prévention*).

Anesthésie Anesthésie pour toutes procédures dentaires.

**Endodontie,
parodontie,
réparation de
prothèses
amovibles, et
regarnissage et
rebasage**

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

Ces frais sont remboursables dans une proportion de 80%.

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 8 unités de 15 minutes par année de référence.

Pour l'équilibration occlusale, vous êtes couvert sous réserve d'un maximum de 4 unités de 15 minutes per année de référence.

Réparation Réparation de prothèses amovibles.

<i>Rebasage ou regarnissage</i>	Rebasage ou regarnissage de prothèses amovibles partielles ou complètes.
Soins dentaires majeurs	La garantie couvre les soins dentaires majeurs ci-après. Ces frais sont remboursables dans une proportion de 80%.
<i>Restaurations majeures</i>	Incrustations en profondeur et de surface. Couronnes et réparation de couronnes, sauf les restaurations préfabriquées en métal (<i>Soins dentaires de base</i>).
<i>Réparation</i>	Réparation de ponts.
<i>Services de prothèse</i>	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 : ■ 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.
Soins orthodontiques	La garantie couvre les services ci-après donnés pour traiter les malpositions des dents. Seuls les enfants de moins de 21 ans (de moins de 26 ans s'il s'agit d'étudiants à temps plein) sont couverts pour ces services. Ces frais sont remboursables dans une proportion de 50%. La garantie couvre les examens donnés par un orthodontiste, notamment les services de diagnostic et les appareils fixes ou amovibles comme les arcs dentaires. Les soins orthodontiques comprennent ce qui suit : ■ services d'orthodontie modificatrice, corrective et préventive, à

l'exclusion des mainteneurs d'espace (*Soins dentaires de prévention*).

- traitement orthodontique complet, au moyen d'appareils amovibles ou fixes (diagnostic, traitement proprement dit et contention).

Cessation de la couverture

La couverture prévue par la garantie Frais dentaires prend fin au départ à la retraite du salarié.

Pour les salariés qui sont en congé d'invalidité autorisé, l'employeur maintiendra la couverture au titre de la garantie Frais dentaires, pendant une période maximale de 24 mois suivant la date du début de l'invalidité du salarié.

La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

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 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 Frais dentaires, si cette date est antérieure.

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.

Invalidité de courte durée (Indemnité hebdomadaire)

Description générale de la garantie

La garantie Invalidité de courte 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 courte durée si vous êtes continuellement incapable en raison d'une maladie d'accomplir les tâches essentielles de votre profession habituelle.

Le montant de vos prestations est déterminé d'après votre couverture à la date du début de votre invalidité totale. Les prestations sont versées à la fin de chaque semaine au cours de laquelle vous y avez droit.

Début de l'indemnisation

Si votre invalidité totale est attribuable à un **accident** et qu'elle commence dans les 30 jours de l'accident, vous avez droit à des prestations d'invalidité de courte durée à la date à laquelle vous êtes atteint d'invalidité totale ou le jour où vous consultez le médecin pour la première fois, si ce jour est postérieur.

Si votre invalidité totale est attribuable à une **maladie**, vous avez droit à des prestations d'invalidité de courte durée à l'expiration d'une période ininterrompue de 7 jours d'invalidité totale ou le jour où vous consultez le médecin pour la première fois, si ce jour est postérieur.

En cas d'hospitalisation, vous avez toujours droit aux prestations à compter du jour de votre admission à l'hôpital.

Dans le cas de semaines incomplètes d'invalidité totale, nous versons, pour chaque jour d'invalidité totale, une indemnité représentant le septième de la prestation hebdomadaire.

Si votre invalidité totale commence au cours d'une période de mise à pied ou d'absence autorisée durant laquelle votre garantie 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. En cas de maladie, vous devez, à cette date, être totalement invalide de façon ininterrompue depuis au moins 7 jours. En cas d'accident, vous devez être totalement invalide à la date à laquelle vous êtes rappelé pour reprendre, ou deviez normalement reprendre, le travail à temps plein.

**Périodes
successives
d'invalidité**

Si, après avoir reçu des prestations d'invalidité de courte 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 2 semaines entre les périodes d'invalidité totale. Vous devez être couvert par la garantie au début de la deuxième période d'invalidité.

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

Prestations

Nous calculons les prestations d'invalidité de courte 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 à 70% de votre salaire de base hebdomadaire, sous réserve d'une prestation maximale de 1 500 \$.

Si vos prestations d'invalidité de courte durée sont inférieures aux prestations qui seraient payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi, votre salaire de base est augmenté de la somme des gratifications, des commissions, de la rémunération des heures supplémentaires et des primes de rendement que vous recevez régulièrement, et qui doit être prise en compte dans le calcul des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi.

Étape 2 :

(a) **Pendant l'ensemble de la période d'invalidité totale**, nous déduisons de la prestation de départ les revenus suivants auxquels vous avez droit :

- dans la mesure où cette déduction n'est pas interdite par la loi, prestations d'invalidité prévues par tout régime d'assurance automobile, pour autant que les prestations payables, le cas échéant, en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi ne soient pas prises en compte dans le calcul des prestations payables au titre du régime d'assurance automobile.
- prestations de remplacement du revenu prévues par tout contrat collectif à la suite d'un accident ou d'une maladie, y compris tout contrat établi dans le cadre d'un régime interentreprises.
- salaire que votre employeur continue de vous verser pendant votre invalidité totale.
- prestations prévues par le Régime québécois d'assurance parentale.

Après les 17 premières semaines d'invalidité totale, lorsque la période maximale d'indemnisation est de plus de 17 semaines, nous déduisons également de la prestation de départ les revenus suivants auxquels vous avez droit :

- prestations prévues en lien avec 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 pendant le service des prestations d'invalidité de courte durée.
- prestations prévues en cas d'invalidité ou de maladie par tout régime de retraite auquel cotise l'employeur.
- prestations prévues par tout contrat qui vous couvre en votre qualité de membre d'une association.

Le résultat obtenu à l'étape 2 est la prestation d'invalidité de courte

durée que vous recevrez normalement. Toutefois, si la somme calculée à l'étape 2, augmentée :

- **pendant les 17 premières semaines d'invalidité totale** – des revenus énumérés à l'alinéa (a) ci-dessus, est supérieure à 85% du salaire de base que vous touchiez avant votre invalidité (diminué de l'impôt sur le revenu dans le cas où vos prestations ne sont pas imposables),
- **après les 17 premières semaines d'invalidité totale** – des revenus énumérés aux alinéas (a) et (b) ci-dessus, est supérieure à 85% du salaire de base que vous touchiez avant votre invalidité (diminué de l'impôt sur le revenu dans le cas où vos prestations ne sont pas imposables),

vos prestations d'invalidité de courte durée sont réduites de l'excédent.

*Si vous avez droit pour la première fois à des prestations d'invalidité du Régime de rentes du Québec (RRQ) :

- avant 60 ans, nous déduisons le montant indiqué dans votre Avis d'admissibilité pendant le versement de vos prestations.
- à 60 ans ou après, nous déduisons le montant indiqué dans votre Avis d'admissibilité et un montant additionnel. Le montant additionnel représente une portion du montant de la prestation de retraite payable ou disponible suivant l'approbation d'une demande de prestations d'invalidité présentée au RRQ, et est comparable à la portion variable des prestations d'invalidité du RRQ pour les personnes de moins de 60 ans. Ces montants déduits ne changeront pas pendant le versement de vos prestations d'invalidité.

Si vous avez droit à l'un des montants ci-dessus, nous ferons une estimation de ces prestations ou de ce revenu et déduisons le montant estimé de votre prestation d'invalidité hebdomadaire lorsque vous :

- omettez de demander ces prestations ou ce revenu, ou d'épuiser tous les niveaux d'appel.

- omettez de faire une nouvelle demande par suite du refus d'une demande de prestations ou de revenu ou d'une demande d'appel.
- refusez de recevoir ou d'accepter une partie ou la totalité des prestations ou du revenu, ou choisissez de les annuler.
- omettez de nous fournir les renseignements concernant :
 - l'état d'une demande de prestations ou de revenu, d'une demande d'appel ou d'une nouvelle demande de prestations ou de revenu,
 - le montant des prestations ou du revenu, même s'ils ont été annulés ou refusés,

dans les 30 jours suivant notre demande de renseignements.

Dans le cas où l'une des sommes ci-dessus est réglée en une seule fois, nous déterminons l'équivalent hebdomadaire 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 courte durée ne sont payables pendant la portion du congé attribuable à des raisons de santé que dans les cas où il est nécessaire de le faire pour satisfaire aux normes du travail, aux règles concernant les droits de la personne et aux conditions de l'assurance-emploi. Le versement des prestations commence après une période ininterrompue d'invalidité de 7 jours ou le jour de votre admission à l'hôpital, si vous êtes hospitalisé antérieurement, 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 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 les prestations d'invalidité de courte durée, ainsi que des revenus provenant d'autres sources. Cependant, si votre revenu total, au cours d'une semaine donnée, est supérieur à 100% du salaire de base que vous touchiez

au début de 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 courte 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.

Réclamation à un tiers

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

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

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

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

Fin de l'indemnisation

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

- vous cessez d'être totalement invalide.
- la période maximale d'indemnisation de 119 jours prend fin.
- vous prenez votre retraite avec pension.
- vous décédez.

Cessation de la couverture

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

**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 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*. Toutefois, si vous êtes atteint d'invalidité totale avant qu'un avis de cessation d'emploi ne vous soit donné, le versement des prestations se poursuit tant que votre invalidité subsiste, mais pas au-delà de la période maximale d'indemnisation.
- pour toute période de plus de 4 semaines au cours de laquelle vous êtes absent du Canada, à moins que la Sun Life n'accepte à l'avance par écrit de verser des prestations au cours de cette période, ou à moins que l'absence soit dans le but d'obtenir un traitement médical et qu'elle soit autorisée en vertu de la réglementation de l'assurance-emploi.
- pour toute période au cours de laquelle vous purgez une peine de prison ou êtes incarcéré dans un établissement analogue.

Nous ne versons pas de prestations pour les causes ouvrant droit à des indemnités aux termes de la loi sur les accidents du travail ou d'une loi analogue.

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 demander des prestations, vous devez remplir un formulaire de demande de règlement que vous pouvez vous procurer auprès de votre employeur. Votre médecin traitant et votre employeur doivent également remplir des formulaires.

Pour que vous puissiez recevoir des prestations, ces formulaires doivent nous parvenir dans les 30 jours du début de votre invalidité totale.

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.

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

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

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

**Début de
l'indemnisation**

Le versement des prestations d'invalidité de longue durée commence après une période ininterrompue d'invalidité totale de 119 jours ou le jour où vous cessez d'avoir droit à des prestations d'invalidité de courte durée, à des prestations pour perte de revenu, ou à toute forme de maintien du salaire, si ce jour est postérieur.

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

Si votre invalidité totale commence au cours d'une période de mise à pied ou d'absence autorisée durant laquelle votre couverture est maintenue, vous avez droit aux prestations à compter du jour où vous êtes rappelé pour reprendre, ou deviez normalement reprendre, le travail à temps plein auprès de l'employeur si, à cette date, vous êtes totalement invalide de façon ininterrompue depuis au moins 119 jours.

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 à 66.67% de votre salaire de base mensuel, sous réserve d'une prestation maximale de 7 500 \$.

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

- prestations prévues en lien avec 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 80% 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 pour la première fois à des prestations d'invalidité du Régime de rentes du Québec (RRQ) :

- avant 60 ans, nous déduisons le montant indiqué dans votre Avis d'admissibilité pendant le versement de vos prestations.
- à 60 ans ou après, nous déduisons le montant indiqué dans votre Avis d'admissibilité et un montant additionnel. Le montant

additionnel représente une portion du montant de la prestation de retraite payable ou disponible suivant l'approbation d'une demande de prestations d'invalidité présentée au RRQ, et est comparable à la portion variable des prestations d'invalidité du RRQ pour les personnes de moins de 60 ans. Ces montants déduits ne changeront pas pendant le versement de vos prestations d'invalidité.

Si vous avez droit à l'un des montants ci-dessus, nous ferons une estimation de ces prestations ou de ce revenu et déduirons le montant estimé de votre prestation d'invalidité mensuelle lorsque vous :

- omettez de demander ces prestations ou ce revenu, ou d'épuiser tous les niveaux d'appel.
- omettez de faire une nouvelle demande par suite du refus d'une demande de prestations ou de revenu ou d'une demande d'appel.
- refusez de recevoir ou d'accepter une partie ou la totalité des prestations ou du revenu, ou choisissiez de les annuler.
- omettez de nous fournir les renseignements concernant :
 - l'état d'une demande de prestations ou de revenu, d'une demande d'appel ou d'une nouvelle demande de prestations ou de revenu,
 - le montant des prestations ou du revenu, même s'ils ont été annulés ou refusés,

dans les 30 jours suivant notre demande de renseignements.

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

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

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

Congé de maternité et congé parental

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

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

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

Des prestations d'invalidité de longue durée sont payables pendant la portion du congé attribuable à des raisons de santé que dans les cas où il est nécessaire de le faire pour satisfaire aux normes du travail, aux règles concernant les droits de la personne et aux conditions de l'assurance-emploi. Le versement des prestations commence après une période ininterrompue d'invalidité de 119 jours, 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 ou tous les autres revenus auxquels vous pouvez avoir droit.

Si vous omettez de vous conformer à cette disposition, la Sun Life peut réduire les prestations, les retenir ou en cesser le versement.

Fin de l'indemnisation

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

- cessation de votre invalidité totale.
- fin du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans.
- fin du mois au cours duquel vous prenez, ou avez le droit de prendre, votre retraite avec pleine pension ou avec valeur de la pleine pension.
- fin du mois au cours duquel vous décédez.

Cessation de la couverture

La couverture prévue par la garantie Invalidité de longue durée prend fin le jour où il reste à courir, avant votre 65^e anniversaire, une période égale au délai de carence de 119 jours ou le jour de votre départ à la retraite, si votre départ a lieu antérieurement. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

Droits après la résiliation de la garantie

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

Exclusions

Aucune prestation n'est payable :

- pour toute période au cours de laquelle vous ne recevez pas le traitement approprié.
- pour toute période au cours de laquelle vous exercez une activité rétribuée ou lucrative à moins que la Sun Life n'accepte de verser des prestations.
- pour toute période au cours de laquelle vous ne participez pas à un programme prévu en cas d'invalidité partielle ou à un programme de réadaptation, approuvé par la Sun Life, lorsque celle-ci l'exige.
- pour toute période d'absence autorisée, de grève ou de mise à pied, sous réserve des dispositions énoncées à la section *Congé de maternité et congé parental* ou à moins que la Sun Life n'accepte expressément de verser des prestations dans ces cas.

- pour toute période de plus de 4 mois au cours de laquelle vous vous trouvez hors du Canada pour quelque raison que ce soit, à moins que la Sun Life n'accepte d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.
- pour toute période au cours de laquelle vous purgez une peine de prison ou êtes incarcéré dans un établissement analogue.

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

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

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

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.

Votre assurance-vie de base

Capital Le capital de votre assurance-vie est égal à 1 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$. Le capital maximal est de 250 000 \$.

Réduction Lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, votre assurance-vie est ramenée à 50% du capital alors en vigueur et, à l'âge de 70 ans, votre capital est ramené à un maximum de 10 000 \$.

Cessation de la couverture Votre couverture prend fin à votre départ à la retraite. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

Votre assurance-vie facultative

Capital Vous pouvez opter pour un capital égal à un multiple de 10 000 \$. Le capital maximal est de 250 000 \$.

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

Assurance-vie de base des personnes à charge

Capital Le capital de l'assurance-vie du conjoint est de 5 000 \$. Celui de l'assurance-vie des enfants est de 2 500 \$ par enfant.

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

**Assurance-vie
facultative du
conjoint***Capital*

Vous pouvez opter pour une assurance-vie facultative du conjoint d'un capital égal à un multiple de 10 000 \$, à concurrence de 250 000 \$.

*Cessation de la
couverture*

L'assurance-vie facultative du conjoint prend fin 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 *Conditions générales*.

**Assurance-vie
facultative des
enfants***Capital*

Vous pouvez opter pour une assurance-vie facultative des enfants d'un capital égal à un multiple de 5 000 \$, à concurrence de 25 000 \$ par enfant.

*Cessation de la
couverture*

L'assurance-vie facultative des enfants prend fin à votre départ à la retraite ou à votre 65^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

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 désignez un mineur

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

Suicide

Si vous ou votre conjoint êtes couvert par l'assurance-vie facultative, le décès par suicide, 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.

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 ou votre personne à charge décédez ou subissez l'une des pertes indiquées dans le <i>Tableau des prestations</i> . La prestation versée en cas de décès aux termes de la présente garantie s'ajoute au capital de l'assurance-vie.	
Votre couverture de base	<i>Capital</i>	Le capital de votre garantie Décès et mutilation accidentels de base est égal à 1 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$. Le capital maximal est de 250 000 \$.
	<i>Réduction</i>	Lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, votre assurance-vie est ramenée à 50% du capital alors en vigueur et, à l'âge de 70 ans, votre capital est ramené à un maximum de 10 000 \$.
	<i>Cessation de la couverture</i>	Votre couverture prend fin 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 facultative	<i>Capital</i>	Si vous pouvez opter pour une couverture, vous êtes également couvert par la garantie Décès et mutilation accidentels facultative pour un capital égal à celui de votre assurance-vie facultative.
	<i>Cessation de la couverture</i>	Votre couverture prend fin à votre départ à la retraite ou à votre 65 ^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i> .
Couverture facultative du conjoint	<i>Capital</i>	Vous pouvez opter pour un capital égal à un multiple de 10 000 \$. Le capital maximal est de 250 000 \$.

**Cessation de la
couverture**

La couverture du conjoint prend fin 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 *Conditions générales*.

Prestations

Nous versons des prestations si vous ou votre conjoint :

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

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

TABLEAU DES PRESTATIONS

Décès	100%
Perte des deux bras ou des deux jambes	100%
Perte des deux mains ou des deux pieds	100%
Perte d'une main et d'un pied	100%
Perte d'une main ou d'un pied, et de la vision d'un oeil	100%
Perte d'un bras ou d'une jambe	75%
Perte d'une main ou d'un pied	75%
Perte de quatre doigts de la même main	33 1/3%
Perte du pouce et de l'index de la même main	33 1/3%
Perte de quatre orteils du même pied	25%
Perte de l'usage des deux bras ou des deux jambes	100%
Perte de l'usage des deux mains ou des deux pieds	100%
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	75%

Perte de l'usage d'une main ou d'un pied	75%
Perte de la vision des deux yeux	100%
Perte de l'usage de la parole et surdité des deux oreilles	100%
Perte de la vision d'un oeil	75%
Perte de l'usage de la parole	75%
Surdité des deux oreilles	75%
Surdité d'une oreille	25%
Quadriplégie	200%
Paraplégie	200%
Hémiplégie	200%

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

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

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

Limite

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

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

**Transport de la
dépouille**

Si vous décédez à 100 kilomètres ou plus de votre domicile et que le décès résulte directement d'un accident, nous 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 ou de la date de résiliation de la garantie Décès et mutilation accidentels.

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

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

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

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

Exclusions

Aucune prestation n'est payable relativement aux pertes :

- résultant de blessures provoquées par la personne couverte, notamment à l'occasion de la manipulation d'une arme à feu.
- résultant de l'absorption de drogues.
- résultant de l'inhalation d'oxyde de carbone.
- résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide, que la personne 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. Le montant de cette garantie en cas de décès accidentel ne peut être supérieur au montant de l'assurance-vie dont vous demandez la transformation.

Ce droit s'applique également à la couverture de votre conjoint.

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

Demande de règlement

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

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

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

Protection des renseignements personnels

Notre raison d'être est d'aider nos Clients à atteindre une sécurité financière durable et un mode de vie sain. Nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels sur vous pour: concevoir et offrir des produits et services pertinents; améliorer votre expérience et gérer nos activités; effectuer nos activités de tarification et d'administration et l'évaluation des dossiers de règlement; assurer une protection contre la fraude, les erreurs et les fausses déclarations; vous renseigner sur d'autres produits et services; satisfaire aux obligations légales et de sécurité. Nous obtenons ces renseignements directement de vous, lorsque vous utilisez nos produits et services, et d'autres sources. Nous conservons vos renseignements de façon confidentielle et uniquement pour la durée nécessaire. Les personnes qui peuvent y avoir accès comprennent nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers), les fournisseurs de services, nos réassureurs et toute personne que vous aurez autorisée. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur de votre province/territoire. Vos renseignements pourraient alors être régis par les lois en vigueur dans ces endroits. En tout temps, vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, au besoin, les faire corriger. Sauf dans certains cas, vous pouvez retirer votre consentement. Toutefois, cela pourrait nous empêcher de vous fournir le produit ou le service demandé. Pour en savoir plus, lisez notre déclaration mondiale et nos principes directeurs locaux. Pour obtenir un exemplaire, consultez la page www.sunlife.ca/confidentialite ou appelez-nous.

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).

