

VOS **garanties** collectives

Rolls-Royce Canada Limitée

**Salariés horaires
Division 13**

**Contrat numéros 50941 Partie B, BSC 9425340 et
PAI 9425342
À effet du 16 février 2018**

L'assureur de la garantie Assurance décès et mutilation de base et facultative est la Compagnie d'Assurance AIG du Canada

Table des matières

Avis de Rolls Royce	1
Conditions générales	2
Votre brochure	2
Conditions d'admission	2
Personne à charge.....	2
Adhésion	3
Prise d'effet de la couverture.....	3
Modification de la couverture	4
Tenue à jour de votre dossier	5
Accès à vos dossiers	5
Cessation de la couverture.....	5
Remplacement de la couverture	6
Demande de règlement.....	6
Actions en justice	7
Attestation d'invalidité.....	7
Coordination des prestations	7
Examen médical	8
Droit de recouvrement.....	8
Réclamation à un tiers	8
Définitions.....	9
Frais médicaux (Complément d'assurance-maladie)	10
Assureur	10
Description générale de la garantie	10
Franchise	10
Médicaments sur ordonnance	10
Frais hospitaliers engagés dans votre province	13
Frais engagés hors de votre province	14
Services et articles médicaux.....	16
Services paramédicaux	18
Frais d'optique	19
Cessation de la couverture.....	19
Prestations après la cessation de la couverture	19
Exclusions	19
Intégration du régime avec les programmes de l'État	20
Désengagement gouvernemental	21

Demande de règlement	21
Programme Voyage Assistance	22
Assureur	22
Frais dentaires	27
Assureur	27
Description générale de la garantie	27
Franchise	28
Prestation maximale par année de référence	28
Prestation viagère maximale.....	28
Détermination préalable des prestations.....	28
Soins dentaires de prévention.....	28
Soins dentaires de base.....	29
Soins dentaires majeurs	30
Soins orthodontiques	31
Cessation de la couverture.....	31
Prestations après la cessation de la couverture	31
Exclusions	31
Demande de règlement.....	32
Invalidité de courte durée (Indemnité hebdomadaire).....	33
Assureur	33
Description générale de la garantie	33
Début de l'indemnisation	33
Périodes successives d'invalidité	34
Prestations	34
Congé de maternité et congé parental.....	35
Programme de réadaptation.....	35
Fin de l'indemnisation.....	36
Cessation de la couverture.....	36
Droits après la résiliation de la garantie	36
Exclusions	36
Demande de règlement.....	37
Invalidité de longue durée	38
Assureur	38
Description générale de la garantie	38
Début de l'indemnisation	38
Prestations	39
Congé de maternité et congé parental.....	40
Programme en cas d'invalidité partielle.....	40

Contrat no. 50941 Partie B, BSC 9425340 et PAI 9425342 Table des matières

Programme de réadaptation.....	41
Périodes successives d'invalidité au cours du délai de carence.....	42
Périodes successives d'invalidité après le début de l'indemnisation.....	42
Vos responsabilités.....	42
Fin de l'indemnisation.....	43
Cessation de la couverture.....	43
Droits après la résiliation de la garantie	43
Exclusions	43
Demande de règlement	44
Assurance-vie.....	45
Assureur	45
Description générale de la garantie	45
Votre assurance-vie de base	45
Votre assurance-vie facultative	45
Assurance-vie facultative du conjoint	45
Bénéficiaire	46
Suicide.....	46
Garantie en cas d'invalidité totale	46
Transformation de l'assurance-vie collective.....	47
Demande de règlement.....	47
Assurance décès et mutilation de base et facultative.....	48
Assureur	48

Avis de Rolls Royce

Rolls Royce se réserve le droit de modifier ou d'annuler en tout temps le régime d'assurance collective à la retraite et de modifier le partage de coûts du programme, moyennant un préavis écrit de 30 jours.

Conditions générales

Les renseignements contenus dans la présente section s'appliquent uniquement aux garanties dont la Sun Life du Canada est l'assureur.

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.

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

La période probatoire prévue par le régime prend fin dès que vous avez accompli 480 heures de travail.

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.

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 et avec qui vous

cohabitez depuis au moins 1 an (ou moins 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. Nous pouvons vous donner des précisions à ce sujet.

Adhésion

Vous devez adhérer au régime pour avoir droit à la couverture. À cette fin, vous devez transmettre à la Sun Life les renseignements nécessaires à l'admission. Vous devez demander la couverture des personnes à votre charge pour qu'elles soient admises au régime.

Les personnes à votre charge peuvent refuser la garantie Frais médicaux ou Frais dentaires du présent régime, si elles bénéficient d'une couverture comparable aux termes du présent régime ou d'un autre régime. Si l'autre couverture prend fin, elles pourront alors opter pour la couverture prévue par le présent régime.

Une attestation de bonne santé doit être présentée pour que vous ou votre conjoint puissiez bénéficier d'une couverture d'assurance-vie facultative venant en excédent de 50 000 \$.

Prise d'effet de la couverture

Dans le cas de la garantie d'assurance-vie facultative, votre couverture prend effet dès que toutes les conditions suivantes sont remplies :

- vous êtes admissible à la couverture.
- la Sun Life a reçu les renseignements nécessaires à votre admission.
- la Sun Life a accepté l'attestation de bonne santé qui a pu être exigée.

Dans le cas de toutes les autres garanties, 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.

Dans le cas de la garantie d'assurance-vie facultative de votre conjoint, la couverture prend effet dès que toutes les conditions suivantes sont remplies :

- vous bénéficiez de la couverture prévue pour vous-même.
- votre conjoint est admissible à la couverture.
- la Sun Life a accepté l'attestation de bonne santé de votre conjoint qui a pu être exigée.

Dans le cas de toutes les autres garanties, 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, à condition d'informer la Sun Life.

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

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

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

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

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

Modification de la couverture

Tenue à jour de votre dossier

Pour toujours bénéficier de la protection appropriée, il est important que vous informiez la Sun Life :

- 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 1-866-881-0583.

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.
- 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.

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

- la personne à charge cesserait de répondre à la définition de personne à charge même si vous étiez toujours vivant.
- expiration d'une période de 12 mois après le mois au cours duquel vous êtes décédé.
- la période couverte par les primes versées pour la couverture des personnes à charge prend fin.
- la garantie couvrant la personne à charge est résiliée.

Si votre conjoint bénéficie de l'assurance-vie facultative, la prolongation de couverture ne s'applique pas à l'assurance-vie facultative du conjoint.

Remplacement de la couverture

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

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

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

Demande de règlement

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

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

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

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

Actions en justice

Délai de prescription en Ontario :

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

Délai de prescription dans les autres provinces :

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

Attestation d'invalidité

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

Coordination des prestations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Sun Life 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.

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 fidéicommis 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.

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.

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)

Assureur	<i>L'assureur de la présente garantie est la Sun Life du Canada compagnie d'assurance-vie.</i>
Description générale de la garantie	<p>Dans la présente section, le mot <i>vous</i> s'entend du salarié ou de toute personne à sa charge, couverts par la garantie Frais médicaux.</p> <p>La garantie Frais médicaux prévoit le remboursement de certains frais engagés pour des services et articles nécessaires au traitement d'une maladie. Toutefois, des conditions d'admissibilité supplémentaires s'appliquent dans le cas des médicaments (voir la section <i>Programme d'autorisation préalable</i> pour en savoir plus).</p> <p>Pour bénéficier de cette garantie, vous devez être couvert par un régime provincial d'assurance-maladie ou par un régime fédéral comportant des garanties analogues.</p> <p>Les frais sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés. Les frais sont réputés engagés à la date à laquelle les soins sont donnés ou les articles sont loués ou achetés.</p> <p>L'année de référence de la garantie s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre.</p>
Franchise	<p>La franchise est la part des frais engagés que vous devez payer.</p> <p>La franchise est fixée à 25 \$ par famille, par année de référence.</p> <p>Une fois la franchise payée, les frais engagés sont remboursés dans la proportion prévue par le régime.</p>
Médicaments sur ordonnance	<p>La garantie couvre le coût des médicaments et des articles suivants qui sont délivrés par un pharmacien sur l'ordonnance du médecin ou du dentiste. Les médicaments couverts au titre de la présente garantie doivent avoir un numéro d'identification du médicament (numéro DIN) pour être admissibles.</p> <ul style="list-style-type: none">■ médicaments nécessitant une ordonnance aux termes de la loi.■ médicaments essentiels à la survie qui pourraient ne pas nécessiter une ordonnance aux termes de la loi.■ médicaments et vitamines injectables.■ préparations composées, pour autant que le principal ingrédient actif soit admissible et qu'il possède un numéro DIN.■ articles pour diabétiques.

- auxiliaires antitabagiques nécessitant une ordonnance aux termes de la loi, à concurrence du maximum établi par le régime d'assurance-médicaments du Québec.
- médicaments pour le traitement de la stérilité, à concurrence de 2 400 \$ par personne sa vie durant.
- vaccins nécessitant une ordonnance aux termes de la loi.
- stérilets et diaphragmes.
- articles devenus nécessaires à la suite d'une colostomie.
- injections sclérosantes pour le traitement des varices.

Après déduction de la franchise, nous couvrons 100% du coût des médicaments et articles ci-dessus.

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 100 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.
- 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.

*Services
pharmaceutiques
(rendus par les
pharmaciens)*

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

Limitation au prix du médicament équivalent

Uniquement pour les médicaments de marque originale ayant un équivalent générique : 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.

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 1-866-881-0583

Régime d'assurance-médicaments du Québec

Pour les salariés résidant au Québec, toute condition du présent régime qui n'est pas conforme aux exigences du régime d'assurance-médicaments du Québec est automatiquement modifiée pour satisfaire à ces exigences.

Personnes de 65 ans ou plus résidant au Québec

Lorsqu'une personne de 65 ans ou plus est admissible à un régime provincial d'assurance-médicaments, la Sun Life présume que la personne y participe. Cependant, si le salarié atteint l'âge de 65 ans en premier, la Sun Life présume que ses personnes à charge participent également au régime provincial d'assurance-médicaments. Aucune prestation n'est versée relativement aux médicaments payables en totalité ou en partie par votre régime provincial d'assurance-médicaments.

Veillez vous adresser à la Sun Life si vous avez besoin de précisions.

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, à concurrence de 120 jours pour le traitement d'une maladie attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes :

- 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.
- la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre semi-particulière.
- la différence entre le tarif chambre semi-particulière et celui d'une chambre particulière, jusqu'à concurrence de 15 \$ par jour.

En outre, nous couvrons les frais engagés pour une hospitalisation dans un hôpital de convalescence, prescrite par le médecin, à condition :

- que l'entrée à l'hôpital de convalescence soit précédée d'une hospitalisation d'au moins 3 jours consécutifs dans un hôpital,
- qu'elle ait lieu dans les 14 jours de la sortie de l'hôpital,
- et qu'elle ait principalement pour objet la réadaptation du malade.

La prestation maximale payable pour le traitement d'une maladie attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes correspond à la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre semi-particulière, 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.

***Centre de réadaptation
pour toxicomanes et
alcooliques***

Nous couvrons 100% des frais engagés pour le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie dans un centre autorisé de réadaptation pour toxicomanes et alcooliques, à condition que le régime provincial d'assurance-maladie paie l'équivalent des frais d'hospitalisation dans une salle.

La prestation maximale payable correspond à la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre semi-particulière, sous réserve d'un séjour maximal de 30 jours. Nous couvrons un traitement par personne sa vie durant. La franchise ne s'applique pas à ces frais.

**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 venant en excédent 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, nécessaire pour des raisons d'ordre médical, prescrit par le médecin.

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

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

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

Services reçus en cas d'urgence exclus de la couverture

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

- services médicaux qui ne sont pas requis immédiatement ou qui pourraient raisonnablement être reportés jusqu'à votre retour dans la province de votre domicile, à moins que votre état de santé soit tel que vous ne pouvez pas raisonnablement retourner dans cette province avant d'avoir reçu ces services.
- services reliés à une maladie ou blessure qui est à l'origine de l'urgence, après que l'urgence a pris fin.
- services continus, découlant directement ou indirectement de l'urgence ou d'une récurrence de l'urgence, reçus après la date à laquelle la Sun Life ou Allianz Global Assistance a déterminé, en se basant sur les renseignements

médicaux disponibles, que vous pouviez retourner dans la province de votre domicile, dans le cas où vous avez refusé de le faire.

- services qui sont nécessaires pour le traitement de la maladie ou blessure pour laquelle vous avez déjà reçu des services en cas d'urgence, y compris toute complication découlant de cette maladie ou blessure, si vous aviez refusé ou négligé sans raison valable de recevoir les services médicaux recommandés.
- lorsque le voyage a été entrepris dans le but de recevoir des services médicaux pour le traitement d'une maladie ou blessure, services reliés à cette maladie ou blessure, y compris toute complication ou urgence découlant directement ou indirectement de cette maladie ou blessure.

Services 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 100% des frais venant en excédent de la franchise 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 province reçus en cas d'urgence

Les frais engagés hors de la province de votre domicile pour des services reçus en cas d'urgence sont assujettis à une prestation viagère maximale de 1 000 000 \$ 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 venant en excédent de la franchise qui sont engagés pour les services médicaux ci-dessous prescrits par le médecin (les services de dentistes n'ont pas à être prescrits par le médecin).

- soins d'infirmières exerçant à titre privé, donnés hors de l'hôpital et nécessaires pour des raisons d'ordre médical. 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 10 000 \$ par personne par année de référence.

- transport dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est nécessaire pour des raisons d'ordre médical.
- en cas d'urgence, transport aérien par service ambulancier autorisé, à destination de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est nécessaire pour des raisons d'ordre médical.
- 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, sous réserve d'un maximum de 1 250 \$ par personne par année de référence.
 - échographies, radiographies, électrocardiogrammes, mammographies, thermographies, IRM (imagerie par résonance magnétique) et tomodensitométries, 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 suivant 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.
- perruques nécessaires à la suite d'une chimiothérapie. La prestation maximale pouvant être versée à chaque personne sa vie durant est de 200 \$. Les perruques ne nécessitent pas l'ordonnance du médecin.
- location ou, à notre demande, achat d'appareils nécessaires pour des raisons d'ordre médical 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 frais engagés pour un fauteuil roulant, la couverture est limitée à l'utilisation 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; la garantie couvre au maximum une prothèse et deux soutiens-gorge post-opératoires par personne par année de référence.
- implants mammaires.

- membres ou yeux artificiels, y compris les appareils myoélectriques (et leur réparation), à concurrence de 10 000 \$ par prothèse. Les frais de réparation **ne sont pas** inclus dans ce maximum.
- couvre-moignons.
- bas à varices, y compris les bas à compression régressive, sous réserve d'un maximum de 20 paires par personne par année de référence.
- orthèses de pied faites sur mesure, sur l'ordonnance du médecin ou du podiatre, y compris les frais de radiographies et les honoraires du médecin en ce qui a trait aux orthèses.
- appareils de correction auditive sur l'ordonnance d'un oto-rhino-laryngologiste, à concurrence de 500 \$ par personne par période de 60 mois. Les réparations sont comprises dans ce maximum.
- implants intra-oculaires, lentilles cornéennes ou la première paire de lunettes nécessaire à la suite d'une opération de la cataracte, sur l'ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste autorisé, à concurrence de 200 \$ par intervention chirurgicale.
- 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 garantie couvre au maximum un appareil par personne par période de 4 années de référence.
- frais de médecin pour compléter un certificat ou un billet médical, pour justifier une demande d'invalidité ou une absence au travail, à concurrence de 50 \$ par certificat ou billet. Seuls les salariés sont admissibles à ces frais.

Services paramédicaux Nous couvrons 100% des frais qui sont engagés pour les services ci-dessous, à concurrence des prestations maximales indiquées pour chaque catégorie de spécialistes paramédicaux. Aucune franchise ne s'applique à ces frais.

- services de psychologues autorisés, à concurrence de 500 \$ par personne par année de référence.
- services de physiothérapeutes autorisés, à concurrence de 2 000 \$ par personne par année de référence. Cependant, une fois que la prestation maximale par année de référence est atteinte, la personne est admissible à un montant supplémentaire de 3 000 \$ pour cette année de référence si des traitements supplémentaires sont prescrits par un médecin.

Nous couvrons également 100% des frais, sous réserve d'un maximum global de 600 \$ par personne par année de référence pour les spécialistes paramédicaux ci-dessous. Aucune franchise ne s'applique à ces frais.

- services de chiropraticiens autorisés, y compris les examens radiologiques.
- services d'ostéopathes autorisés ou de praticiens en ostéopathie, y compris les examens radiologiques.

Frais d'optique

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 400 \$ par personne pour 2 années de référence consécutives.

Nous couvrons également 100% des frais qui sont engagés pour les services d'ophtalmologistes ou d'optométristes autorisés, jusqu'à un maximum de 1 examen par personne pour 2 années de référence consécutives.

Aucune franchise ne s'applique aux frais d'optique.

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. Celui-ci est alors admis à la couverture prévue pour la division des retraités.

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, la personne à charge est considérée comme 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*.
- excèdent sur les frais raisonnables habituellement exigés dans la région où les services ou articles sont donnés. Cette exclusion ne s'applique pas aux médicaments génériques.
- matériel que la Sun Life exclut de sa garantie (exemples : matelas orthopédiques, appareils d'exercice physique, climatiseurs et purificateurs d'air, baignoires d'hydromassage, humidificateurs et équipement nécessaire au traitement des dépressions hivernales).
- services ou articles qui ne sont pas habituellement fournis pour le traitement d'une maladie, y compris les traitements expérimentaux.
- services ou articles 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 généralement reconnus par le corps médical canadien comme efficaces, appropriés et requis pour traiter une maladie d'après les normes médicales canadiennes.
- 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.

**Désengagement
gouvernemental**

La couverture Frais médicaux est offerte conjointement avec les régimes ou programmes parrainés par l'État, et elle repose sur l'hypothèse que la couverture des services ou des articles que prévoit actuellement ces régimes ou programmes ne sera pas réduite ou supprimée. Si la couverture d'un service ou d'un article en vertu de tout régime ou programme parrainés par l'État est réduite ou supprimée, les frais qui cessent d'être couverts ne seront pas automatiquement couverts par le présent régime.

Demande de règlement

Pour présenter une demande de règlement, veuillez remplir le formulaire de demande de règlement que vous pouvez vous procurer auprès de la Sun Life.

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 médicaux, si cette date est antérieure.

Programme Voyage Assistance

Assureur

L'assureur de la présente garantie est la Sun Life du Canada compagnie d'assurance-vie.

Description générale de la garantie

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

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

Le terme *urgence* s'entend de toute situation reliée à une maladie aiguë ou à une blessure accidentelle qui exige un traitement immédiat, nécessaire pour des raisons d'ordre médical, 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 l'aide

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

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

**Assistance médicale
immédiate**

Allianz Global Assistance offre les services suivants :

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

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

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

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

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

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

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

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

Nourriture et logement

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

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

**Retour de personnes
en difficulté**

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

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

Dans ce dernier cas, Allianz Global Assistance prend des dispositions et verse une avance, s'il y a lieu, pour qu'un préposé compétent accompagne l'enfant pendant le voyage de retour avec votre approbation ou celle d'un membre de votre famille.

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

Visite d'un membre de la famille

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

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

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

Retour de la dépouille

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

Retour d'une voiture

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

Bagages ou documents perdus

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

Coordination des prestations

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

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

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

Avances

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

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

Sommes qui vous sont remboursées

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

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

Sommes que vous devez rembourser

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

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

La Sun Life vous facture les sommes qui doivent lui être remboursées. Le paiement est exigible dès réception de la facture. Vous pouvez choisir d'effectuer le remboursement sur une période de 6 mois; des intérêts sont payables sur les

sommes dues au taux déterminé par la Sun Life aux moments opportuns. Le taux d'intérêt peut être modifié au cours de la période de 6 mois.

Restrictions

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

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

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

Responsabilité de la Sun Life ou d'Allianz Global Assistance

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

Frais dentaires

Assureur

L'assureur de la présente garantie est la Sun Life du Canada compagnie d'assurance-vie.

Description générale de la garantie

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

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

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

Si les services sont fournis par un spécialiste agréé en endodontie, en prothèse dentaire, en chirurgie bucco-dentaire, en parodontie, en pédodontie ou en orthodontie, qui limite sa pratique aux traitements relevant de sa spécialité, c'est le tarif reconnu par l'association des chirurgiens-dentistes provinciale pour le spécialiste qui est utilisé.

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 honoraires raisonnables normalement exigés pour le traitement dentaire définitif.

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

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 ne peuvent dépasser :

- 1 350 \$ par personne par année de référence en ce qui touche les soins dentaires de prévention et de base réunis.
- 2 500 \$ par personne par année de référence dans le cas des soins dentaires majeurs.

Si votre couverture prend effet dans la seconde moitié de l'année de référence, la prestation maximale de l'année de référence en cause est réduite de 50%.

Prestation viagère maximale

La prestation maximale pouvant être versée à une personne sa vie durant pour des soins orthodontiques est de 2 500 \$.

Détermination préalable des prestations

Avant de recevoir des soins dentaires importants ou des soins entraînant des frais de plus de 200 \$, nous vous recommandons de nous envoyer un formulaire de demande de règlement de frais dentaires indiquant le traitement prévu et son coût approximatif. Le formulaire doit être rempli par vous-même et par votre dentiste. Nous vous informerons alors des frais que nous rembourserons. Vous connaîtrez ainsi, avant le traitement, la part des frais que vous devrez assumer.

Soins dentaires de prévention

Votre garantie Frais dentaires couvre les soins 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 à intervalles d'au moins 24 mois.

1 examen périodique tous les 9 mois.

Examens spécialisés.

Examens d'urgence ou examens particuliers.

Radiographies

Une série complète de radiographies. Maximum : 15 films et une panoramique à intervalles d'au moins 24 mois.

1 série de radiographies interproximales tous les 9 mois.

Radiographies occlusales.

Radiographies extrabuccales.

	Radiographies nécessaires au diagnostic ou à la surveillance.
<i>Autres soins</i>	Consultations nécessaires d'un autre dentiste. Examens de diagnostic et de laboratoire. Conseils d'hygiène bucco-dentaire. Maximum : 1 séance tous les 9 mois. Polissage (nettoyage des dents) et application topique de fluorure. Maximum : 1 application tous les 9 mois. Mainteneurs d'espace pour dents primitives manquantes qui sont des incisives centrales ou latérales et entretien de ces appareils. Extraction de dents incluses et anesthésie à cette fin. Appareils visant la suppression de mauvaises habitudes et entretien de ces appareils. Meulage proximal. Autres services connexes.
Soins dentaires de base	La garantie Frais dentaires couvre les soins dentaires de base comme les obturations et les extractions de dents. Ces frais sont remboursables dans une proportion de 100%.
<i>Obturations</i>	Amalgame, résine composite, résine acrylique ou l'équivalent. Les remplacements doivent être effectués à intervalles d'au moins 24 mois. Caries et traumatismes et contrôle de la douleur. Tenons dentinaires et tenons radiculaires préfabriqués pour obturations.
<i>Extractions</i>	Extraction de dents, à l'exception de l'extraction de dents incluses (<i>Soins dentaires de prévention</i>).
<i>Restaurations de base</i>	Restaurations préfabriquées en métal et réparation de restaurations préfabriquées en métal, sauf dans le cadre de la mise en place de couronnes définitives.
<i>Endodontie</i>	Traitement radiculaire et obturation des canaux, et traitements des maladies de la pulpe.
<i>Parodontie</i>	Traitement des maladies des gencives et des autres éléments de soutien. Détartrage et aplanissement des racines sous réserve d'un maximum de 8 unités de 15 minutes par année de référence. Rectification de l'occlusion et équilibration occlusale. La couverture de l'ensemble de ces soins est assujettie à un maximum viager de 8 unités de 15 minutes.
<i>Chirurgie buccale</i>	Traitement chirurgical et anesthésie à cette fin, à l'exception de l'extraction de dents incluses (<i>Soins dentaires de prévention</i>).

	Dénudation chirurgicale des dents.
	Alvéoloplastie, gingivoplastie et stomatoplastie mineures.
	Incisions et ablations chirurgicales.
	Traitement de fractures.
	Traitement d'anomalies maxillo-faciales.
	Obturateurs palatins, à l'exclusion des obturateurs de fissures palatines.
<i>Regarnissage et rebasage</i>	La garantie comprend un suivi de 3 mois.
Soins dentaires majeurs	La garantie couvre les soins dentaires majeurs comme, par exemple, les couronnes, les prothèses amovibles et les ponts. Ces frais sont remboursables dans une proportion de 80%.
<i>Restaurations majeures</i>	Incrustations de surface, couronnes et réparation de couronnes, sauf les restaurations préfabriquées en métal (<i>Soins dentaires de base</i>). Les remplacements doivent être effectués à intervalles d'au moins 5 ans. Tenons dentinaires avec couronnes. Les remplacements doivent être effectués à intervalles d'au moins 5 ans. Corps coulés avec couronnes. Les remplacements doivent être effectués à intervalles d'au moins 5 ans.
<i>Services de prothèse</i>	Confection et mise en place de ponts ou de prothèses amovibles partielles ou standard. La garantie est limitée aux dents extraites en cours de couverture. Les frais de ponts de remplacement ou de prothèses amovibles partielles ou standard de remplacement engagés moins de 5 ans après la confection ou la mise en place du pont ou de la prothèse amovible partielle ou standard à remplacer ne sont pas remboursables, à moins qu'ils ne soient engagés <ul style="list-style-type: none"> ■ en raison de la mise en place initiale d'une prothèse correspondante du maxillaire opposé. ■ ou par suite de l'extraction d'autres dents, et que l'appareil existant ne puisse être ajusté à peu de frais.
<i>Réparation, regarnissage et rebasage</i>	La garantie couvre un regarnissage ou un rebasage à intervalles d'au moins 36 mois.
<i>Chirurgie reliée aux prothèses amovibles</i>	Soins chirurgicaux visant à corriger et à remodeler les tissus buccaux. Ablations chirurgicales. Alvéoloplastie, stomatoplastie et vestibuloplastie. Autres services connexes.

Soins orthodontiques	<p>La garantie couvre les services donnés pour traiter les malpositions des dents. Ces frais sont remboursables dans une proportion de 75%.</p> <p>La garantie couvre les examens donnés par un orthodontiste, notamment les services de diagnostic et les appareils fixes ou amovibles comme les arcs dentaires.</p> <p>Les soins orthodontiques comprennent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Services d'orthodontie modificatrice, correctrice et préventive, à l'exclusion des mainteneurs d'espace (<i>Soins dentaires de prévention</i>). ■ Traitement orthodontique complet, au moyen d'appareils amovibles ou fixes (diagnostic, traitement proprement dit et contention).
Cessation de la couverture	<p>La couverture prévue par la garantie Frais dentaires prend fin au départ à la retraite du salarié.</p> <p>La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i>.</p>
Prestations après la cessation de la couverture	<p>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 12 mois de l'accident.</p>
Exclusions	<p>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.</p> <p>Sont exclus les services ou articles qui ne s'inscrivent pas dans les méthodes normalement pratiquées, notamment les traitements expérimentaux.</p> <p>Nous ne couvrons pas ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ scellement de puits et fissures. ■ 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) et le traitement de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM), 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).

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.
- 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 la Sun Life. 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)

Assureur

L'assureur de la présente garantie est la Sun Life du Canada compagnie d'assurance-vie.

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 (incluant une vasectomie) 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**, après avoir consulté le médecin, vous serez admissible aux prestations d'invalidité de courte durée à l'expiration d'une période ininterrompue de 2 jours d'invalidité totale.

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 2 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.

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 : 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 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 pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure par tout régime parrainé par l'État, y compris les prestations de personnes à charge, mais à l'exclusion des prestations d'assurance-emploi et 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.

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

Dans le cas où l'une des sommes ci-dessus est réglée en une seule fois, nous déterminons l'équivalent 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 sont payables pendant la portion du congé attribuable à des raisons de santé. Le versement des prestations commence après une période ininterrompue d'invalidité de 2 jours, pour autant que votre couverture ait été maintenue.

**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, les prestations d'invalidité de courte durée sont ramenées à 70 % de leur montant initial pour les jours où vous ne travaillez pas. 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), les prestations d'invalidité de courte durée sont réduites de l'excédent.

Vous devriez penser à participer à un programme de réadaptation aussitôt que possible après le début de votre invalidité totale.

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 26 semaines 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. 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 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.

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 la Sun Life. 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

Assureur

L'assureur de la présente garantie est la Sun Life du Canada compagnie d'assurance-vie.

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 d'accomplir les tâches essentielles de votre profession habituelle,
- et, par la suite, si vous êtes continuellement incapable d'exercer quelque profession qui convienne à la formation ou à l'expérience que vous avez ou que vous pourriez acquérir.

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 26 semaines 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

26 semaines.

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 70% de votre salaire de base mensuel, sous réserve d'une prestation maximale de 6 000 \$.

Étape 2 : Nous déduisons de cette somme les revenus suivants auxquels vous avez droit :

- prestations prévues pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure par tout régime parrainé par l'État, à l'exclusion des prestations de personnes à charge et des prestations d'assurance-emploi, ainsi que des augmentations automatiques liées à l'indice du coût de la vie qui sont apportées aux prestations de tout régime parrainé par l'État pendant le service des prestations d'invalidité de longue durée.
- prestations prévues pour toute 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 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 la loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels ou par une loi analogue, lorsque la loi le permet.
- 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, est supérieure à 85% du salaire de base que vous touchiez avant votre invalidité, vos prestations d'invalidité de longue durée sont réduites de l'excédent. Si vos prestations ne sont pas imposables, elles sont réduites de façon que votre revenu total ne dépasse pas 85% du salaire de base que vous touchiez avant votre invalidité, déduction faite de l'impôt sur le revenu.

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

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

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

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

**Congé de maternité et
congé parental**

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

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

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

Des prestations d'invalidité de longue durée sont payables pendant la portion du congé attribuable à des raisons de santé que dans les cas où il est nécessaire de le faire pour satisfaire aux normes du travail, aux règles concernant les droits de la personne et aux conditions de l'assurance-emploi. Le versement des prestations commence après une période ininterrompue d'invalidité de 26 semaines, 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.

Programme de réadaptation

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.

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.

Tous les frais découlant d'un programme de réadaptation approuvé, sauf ceux qui sont normalement reliés à l'exercice d'un emploi, sont à la charge de la Sun Life, à condition qu'elle ait préalablement accepté par écrit de régler ces frais. La somme payable à ce titre pour chaque période d'invalidité ne peut dépasser 3 fois le montant de la prestation mensuelle d'invalidité de longue durée.

Les frais cessent d'être couverts dès que la Sun Life vous informe par écrit qu'elle n'approuve plus le programme de réadaptation ou qu'elle n'accepte plus de prendre

à sa charge les frais qui en découlent.

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.

Vos responsabilités

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

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

de votre profession habituelle dans les 24 premiers mois de l'indemnisation.

- trouver du travail dans une autre profession après les 24 premiers mois de l'indemnisation.
- obtenir toutes les autres prestations auxquelles vous pouvez avoir droit.

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

Fin de l'indemnisation

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

- cessation de votre invalidité totale.
- fin du mois au cours duquel vous atteignez l'âge 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 26 semaines ou le jour de votre départ à la retraite, si votre départ a lieu antérieurement. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux *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 6 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 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 la Sun Life.

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

Assureur	<i>L'assureur de la présente garantie est la Sun Life du Canada compagnie d'assurance-vie.</i>
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 du conjoint prévoit le versement d'un capital en cas du décès de cette personne en cours de couverture.
Votre assurance-vie de base	
<i>Capital</i>	Le capital de votre assurance-vie est égal à 2 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 67 ans le capital de votre assurance-vie est réduit à 1 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$. Lorsque vous atteignez l'âge de 70 ans, le capital de votre assurance-vie est ramené à 10 000 \$.
<i>Cessation de la couverture</i>	Votre couverture prend fin à votre départ à la retraite. Vous êtes alors admis à la couverture prévue pour la division des retraités. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i> .
Votre assurance-vie facultative	
<i>Capital</i>	Vous pouvez opter pour un capital égal à un multiple de 10 000 \$. Le capital maximal est de 250 000 \$.
<i>Attestation de bonne santé</i>	Une attestation de bonne santé est exigée pour toute couverture venant en excédent de 50 000 \$, et pour toute augmentation subséquente. La couverture ne peut prendre effet avant que la Sun Life n'accepte l'attestation.
<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> .
Assurance-vie facultative du conjoint	
<i>Capital</i>	Vous pouvez opter pour une assurance-vie facultative du conjoint d'un capital égal à un multiple de 10 000 \$. Le capital maximal est de 250 000 \$.
<i>Attestation de bonne santé</i>	Une attestation de bonne santé est exigée pour toute couverture venant en excédent de 50 000 \$, et pour toute augmentation subséquente. La couverture ne peut prendre effet avant que la Sun Life n'accepte l'attestation.

<i>Cessation de la couverture</i>	<p>L'assurance-vie facultative du conjoint 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>.</p>
Bénéficiaire	<p>Si vous décédez en cours de couverture, la Sun Life règle en totalité le capital de votre assurance au dernier bénéficiaire que vous avez désigné et qui est inscrit dans ses dossiers.</p> <p>À défaut de bénéficiaire désigné, le capital de l'assurance est versé à vos ayants droit. Vous pouvez désigner comme bénéficiaire la personne de votre choix. Vous pouvez changer le bénéficiaire à tout moment, à moins que la loi ne l'interdise ou que vous n'indiquiez dans la désignation que le bénéficiaire ne peut être changé.</p> <p>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.</p> <p>Un bénéficiaire mineur ne peut recevoir personnellement un capital-décès au titre du régime tant qu'il n'a pas atteint l'âge de la majorité. Si vous résidez à l'extérieur du Québec et que vous 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.</p>
Suicide	<p>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.</p>
Garantie en cas d'invalidité totale	<p>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.</p> <p>Une attestation de votre invalidité totale doit être envoyée 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.</p>

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 ce délai est plus court.

L'assurance-vie est maintenue, sans qu'aucune prime ne soit exigible, 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 du conjoint 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 la garantie 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.

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 la Sun Life pour plus de précisions.

Demande de règlement

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

Assurance décès et mutilation de base et facultative

Assureur

L'assureur de la présente garantie est la Compagnie d'Assurance AIG du Canada

Pourquoi avez-vous besoin d'une assurance en cas d'accident?

Une blessure grave ou un décès par suite d'un accident peut avoir d'énormes conséquences même dans le cas d'une famille à deux revenus. Un accident grave peut vous empêcher de faire face à vos obligations financières et suite à votre décès, votre conjoint peut être dans l'impossibilité de défrayer le coût des soins dont vos êtres chers peuvent avoir besoin. Sans une source de revenu fiable, il pourrait vous être impossible de faire vos versements hypothécaires, d'acquitter les frais d'étude collégiale ou d'épargner pour la retraite.

Votre employeur vous offre une assurance de base en cas d'accident. Il vous offre également l'occasion de tirer parti d'un pouvoir d'achat collectif pour souscrire à une assurance individuelle facultative en cas d'accident, de façon simple et économique. Ces deux assurances sont émises par la Compagnie d'Assurance AIG du Canada. Chacune des polices prévoit une prestation globale pour alléger le fardeau financier et assurer que les besoins de votre famille sont satisfaits, si vous ou vos personnes à charge admissibles perdez la vie, ou des « prestations du vivant », dans le cas où un accident couvert entraîne une paralysie, la perte ou la perte de l'usage d'un membre, de la vue, de la parole ou de l'ouïe.

- **Acceptation garantie** — L'assurance est accordée sans égard à vos antécédents médicaux.

- **Protection dans le monde entier, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7** — Votre assurance vous couvre 24 heures sur 24, au travail, à la maison ou durant vos loisirs, partout dans le monde.

Mode de fonctionnement**Sous la Couverture de base BSC 9425340**

Vous êtes automatiquement assuré si vous êtes un membre des catégories d'employés suivantes :

Catégorie I : Les directeurs du Titulaire de la Police, de moins de 70 ans

Catégorie II : Les employés salariés du régime traditionnel 2468 du Titulaire de la

Police, de moins de 70 ans

Catégorie III : Les employés horaires du régime traditionnel 869 du Titulaire de la Police, de moins de 70 ans

Catégorie IV : Les employés du régime flexible du Titulaire de la Police, de moins de 70 ans

Pour un Capital assuré de :

Catégorie I : 250 % du salaire annuel pour un montant maximum de 500 000 \$

Catégorie II : 200 % du salaire annuel pour un montant maximum de 250 000 \$

Catégorie III : 200 % du salaire annuel pour un montant maximum de 250 000 \$

Catégorie IV : 100 % du salaire annuel

Limite globale par accident : Nulle

Limite globale par accident : Nulle

Barème de réduction des prestations :

Catégories	Réduction	Résiliation
I	Réduit à 10 000 \$ à l'âge de 65 ans	70 ans ou à la retraite
II	Réduit de 50% à l'âge de 67 ans	70 ans ou à la retraite
III	Réduit de 50% à l'âge de 67 ans	70 ans ou à la retraite
IV	Aucune	70 ans ou à la retraite

Sous la Couverture facultative PAI 9425342

Vous choisissez le Capital assuré qui vous convient, lequel est indiqué dans votre demande d'adhésion à l'assurance. Vous êtes admissible si vous appartenez à une des Catégories suivantes :

Catégorie I : Tous les employés du Titulaire de la Police déjà assurés sous les Catégories I, II, III du plan DMA de base.

Catégorie II : Tous les employés du Titulaire de la Police déjà assurés sous la Catégorie IV du plan DMA de base.

Catégorie III : Les conjoints et les Personnes à charge admissibles des employés assurés sous le plan DMA de base.

Pour un Capital assuré de :

Catégorie I : Par tranche de 10 000 \$ pour un maximum de 350 000 \$

Catégorie II : Par tranche de 10 000 \$ pour un maximum de 350 000 \$. Montant maximum combiné avec la police DMA de base de 750 000 \$

Catégorie III :

Si la Personne assurée opte pour la couverture familiale et qu'elle a :

- a) un conjoint sans enfants à charge, le conjoint bénéficie d'une assurance équivalente à 60 % de son Capital assuré
- b) un conjoint et des enfants à charge, le conjoint bénéficie d'une assurance correspondant à 50 % du Capital assuré et chacun de enfants bénéficie individuellement d'une assurance équivalente à 10 % de sa propre assurance
- c) des enfants à charge et pas de conjoint, chacun des enfants à charge est automatiquement assuré à raison de 20 % du Capital assuré

Limite globale par accident : Nulle

Définitions

Par « **Personne assurée** », on entend vous, si vous êtes employée par le Titulaire de police ou une société affiliée, âgé de moins de 70 ans.

Par « **conjoint** », on entend une personne âgée de moins de 70 ans, qui est légalement mariée à vous ou, en l'absence d'une telle personne, une personne qui sans être légalement mariée à vous, cohabite avec vous depuis au moins 1 an et est représentée en public comme votre partenaire domestique dans la communauté où vous vivez.

Par « **Enfant à charge** », on entend un enfant de sang, un enfant adopté ou un enfant né d'une autre union du conjoint ou un enfant pour qui vous tenez le rôle de parent et qui (i) est âgé de moins de 25 ans, est célibataire et dépend de vous pour son soutien et sa subsistance et qui n'exerce pas d'emploi rémunéré de plus de 25 heures par semaine ou qui (ii) en raison d'infirmité mentale ou physique, est incapable d'exercer un emploi lui permettant de subvenir à ses besoins et est considéré comme votre enfant à charge au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada).

Par « **Famille immédiate** », on entend une personne qui a des liens de parenté avec la Personne assurée de l'une des manières suivantes et est âgée d'au moins 18 ans : elle est son Conjoint ou sa Conjointe, son beau-frère, sa belle-sœur, son gendre, sa belle-fille, sa belle-mère, son beau-père, sa mère ou son père (y compris le Conjoint de la mère ou du père), son frère ou sa sœur (y compris l'enfant du Conjoint) ou son enfant (y compris un enfant légalement adopté ou l'enfant du Conjoint).

Désignation de bénéficiaire sous la police décès et mutilation accidentelle de base BSC 9425340

En cas de décès accidentel, les prestations seront payables au bénéficiaire désigné par la personne assurée au régime d'assurance-vie collective de base en vigueur du Titulaire de police ou à la succession si aucun bénéficiaire n'est désigné.

Toutes les autres prestations seront payables à la personne assurée.

Désignation de bénéficiaire sous la police décès et mutilation accidentelle facultative PAI 9425342

Vous pouvez désigner un bénéficiaire qui recevra le montant payable en vertu de la présente police si vous décédez par accident. En l'absence d'une désignation par écrit, la prestation sera versée à votre succession. En cas de décès de vos personnes à charge assurées, le montant payable vous est versé.

Toutes les autres prestations vous seront versées.

Prestations et garanties

Décès, mutilation, paralysie et perte de l'usage par accident

Si une perte couverte survient dans les 365 jours suivant la date de l'accident couvert qui en est la cause, le régime prévoit le versement d'une somme forfaitaire correspondant au pourcentage du Capital assuré indiqué dans le Tableau des pertes suivant :

Tableau des pertes

Perte de la vie.....	Le Capital assuré
Perte des deux mains ou des deux pieds	Le Capital assuré
Perte de la vue complète des deux yeux.....	Le Capital assuré
Perte d'une main et d'un pied.....	Le Capital assuré
Perte d'une main et de la vue complète d'un œil.....	Le Capital assuré
Perte d'un pied et de la vue complète d'un œil.....	Le Capital assuré
Perte d'un bras ou d'une jambe	Quatre cinquièmes du Capital assuré
Perte d'une main ou d'un pied.....	Trois quarts du Capital assuré
Perte de la vue complète d'un œil.....	Trois quarts du Capital assuré
Perte du pouce et de l'index de la même main	Un tiers du Capital assuré
Perte de la parole et de l'ouïe.....	Le Capital assuré
Perte de la parole ou de l'ouïe	Trois quarts du Capital assuré
Perte de l'ouïe d'une oreille.....	Deux tiers du Capital assuré
Perte de quatre doigts d'une main.....	Un tiers du Capital assuré
Perte de tous les orteils d'un pied	Un quart du Capital assuré

Perte de l'usage

Perte de l'usage des deux bras ou des deux mains.....	Le Capital assuré
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied.....	Trois quarts du Capital assuré

Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe ..Quatre cinquièmes du Capital assuré

Paralysie

Quadriplégie (paralysie totale des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs)Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars

Paraplégie (paralysie totale des deux membres inférieurs)Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars

Hémiplégie (paralysie totale d'un membre supérieur et d'un membre inférieur du même côté du corps) Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars

Si vous subissez plus d'une perte par suite d'un même accident, une seule prestation sera versée, soit la plus élevée.

Par « Perte », on entend les définitions suivantes : par « Quadriplégie », « Paraplégie » et « Hémiplégie », on entend la paralysie complète et irréversible des membres du corps visés; par « Main » ou « Pied », on entend le sectionnement total à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou; par « Bras » ou « Jambe », on entend le sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus; par « Pouce ou Index », on entend le sectionnement total à la première phalange ou au-dessus; par « Doigts », on entend le sectionnement total à la première phalange, ou au-dessus, des quatre Doigts d'une Main; par « Orteil », on entend le sectionnement total de deux phalanges de tous les Orteils d'un Pied; par « la Vue complète d'un oeil », on entend la Perte totale et irrémédiable de la vue de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée de cet oeil soit égale ou inférieure à 20/200; par « la Vue complète des deux yeux », on entend la Perte totale et irréversible de la vue des deux yeux de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée des deux yeux soit inférieure ou égale à 20/200 et que le champ visuel soit inférieur à 20 degrés dans les deux yeux. Un ophtalmologue qualifié doit confirmer cliniquement le diagnostic par écrit; par « l'Ouïe d'une oreille », on entend le diagnostic de Perte permanente de l'Ouïe d'une oreille, le seuil auditif excédant 90 décibels. Un oto-laryngologiste qualifié doit confirmer un tel diagnostic par écrit; par « l'Ouïe », on entend le diagnostic de la Perte permanente de l'Ouïe des deux oreilles, le seuil auditif excédant 90 décibels dans chaque oreille. Un oto-laryngologiste qualifié doit confirmer le diagnostic par écrit; par « Perte de la parole », on entend la Perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles; et par « Perte de l'usage », on entend la Perte totale et irrémédiable de l'usage; cette Perte doit être continue pendant 12 mois consécutifs à la fin desquels elle doit être déclarée permanente. Par « Perte », utilisée dans les présentes, on entend aussi la « Perte de la vie ».

Prestation pour réadaptation

Remboursement de vos frais de formation professionnelle, jusqu'à concurrence de 15 000 \$, si ces frais sont engagés dans les trois années suivant l'accident à l'origine d'une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime.

Prestation pour aménagement de la résidence ou d'un véhicule

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ pour la modification de votre résidence ou de votre véhicule, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle vous oblige à utiliser un fauteuil roulant pour vous déplacer.

Prestation pour modification et adaptation de l'espace de travail

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle exige l'utilisation d'un équipement spécial adapté ou la modification de l'espace de travail afin de vous permettre un retour au travail à plein temps auprès du Titulaire de police.

Prestation pour thérapie psychologique

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle entraîne le besoin d'une thérapie psychologique dans les deux années qui suivent cette blessure.

Prestation pour hospitalisation

Versement d'une prestation de (i) 1 % du Capital assuré jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par mois pour une période d'hospitalisation de plus de 30 nuits ou (ii) 1/30 du montant déterminé conformément à l'alinéa (i) par période d'hospitalisation de plus de 5 nuits mais de moins de 30, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle entraîne votre hospitalisation pour une période maximale de douze mois.

Prestation pour transport de la famille

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ à l'égard des frais engagés pour l'hébergement et le transport d'un membre de votre famille immédiate pour se rendre à l'hôpital où vous êtes hospitalisés, à plus de 100 kilomètres de votre résidence, à la suite d'une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime.

Prestation de rapatriement

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ pour couvrir les frais engagés pour le retour du corps à la ville de résidence, si vous êtes victimes de décès par accident couvert survenant à au moins 50 kilomètres de votre résidence.

Prestation pour identification du corps

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$ pour le transport d'un membre de votre famille immédiate qui se rend identifier le corps, si vous êtes victimes de décès par accident couvert survenant à au moins 150 kilomètres de votre résidence et si un organisme d'exécution de la loi exige une telle identification.

Prestation pour port de la ceinture de sécurité

Versement d'une prestation additionnelle équivalant à 10 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 50 000 \$, si vous êtes victimes de décès par accident couvert alors que vous vous trouvez à bord d'un véhicule de tourisme en tant que conducteur ou passagers et que votre ceinture de sécurité est proprement bouclée au moment de l'accident.

Prestation pour frais de garderie

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 % du Capital assuré, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année, pour les frais de garderie afférents à chaque enfant à charge de moins de 13 ans qui est inscrit dans une garderie au moment où vous êtes victimes de décès par accident couvert ou s'y inscrit dans les 90 jours suivants. La prestation est payable jusqu'à concurrence de quatre années consécutives.

Prestation pour études d'un enfant à charge

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 % du Capital assuré, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année scolaire, pour les frais de scolarité de chaque enfant à charge qui est inscrit au niveau d'études postsecondaires, si vous êtes victimes de décès par accident couvert. La prestation est payable jusqu'à concurrence de quatre années consécutives.

Prestation pour études du conjoint

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ visant les frais engagés par votre conjoint pour suivre un programme de formation professionnelle ou de cours de métier dans le but d'obtenir une source indépendante de revenu, si vous êtes victime d'un décès par accident couvert et si ces frais sont engagés dans une période de 30 mois suivant votre décès.

Prestation pour frais funéraires

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$ pour rembourser les frais funéraires dans le cas où vous êtes victimes de décès par accident couvert.

Prestations pour les personnes en deuil

Versement d'une prestation allant jusqu'à 1 000 \$, dans le cas où, à la suite de votre décès par accident couvert, vos personnes à charge admissibles ont besoin de counseling dans l'année qui suit l'accident.

Indemnité pour décès simultanés (sous la Couverture Facultative seulement)

Si la Personne assurée et son conjoint assuré perdent tous deux la vie dans un même accident et tous les deux décèdent dans les 90 jours de l'accident, le Capital assuré payable pour la perte de la vie du conjoint sera égal au montant payable pour la perte de la vie de la Personne assurée.

Exonération des primes

Exemption du paiement des primes en vertu du régime si vous recevez des prestations d'invalidité en vertu de la police d'assurance-vie collective du Titulaire de police.

Maintien de la couverture

Votre couverture sera maintenue en vigueur pendant une période maximale de 12 mois au cours d'un licenciement temporaire, d'un congé d'invalidité de courte durée, d'une absence autorisée ou d'un congé de maternité, sous réserve du paiement de la prime.

Prolongation de l'assurance familiale (sous la Couverture Facultative seulement)

Si vous décédez, l'assurance de votre conjoint assuré et(ou) de vos enfants à charge assurés peut être prolongée pour une période maximale de 6 mois, sous réserve du paiement de la prime.

Augmentation de l'assurance pour enfant (sous la Couverture Facultative seulement)

La Compagnie doit verser une augmentation de l'assurance pour enfant si:

- (a) un enfant à charge soutient une perte (autre que la perte de vie) indiquée dans le tableau des pertes;
- (b) une prestation primaire est autrement payable par la Société pour cette perte; et
- (c) l'enfant à charge vit encore quatre-vingt-dix jours après la date de la perte.

Sauf pour la perte de la vie, le capital assuré en vertu des prestations en cas de perte accidentelle de la police double s'il s'agit d'un Enfant à charge assuré jusqu'à concurrence d'un maximum de 100 000 \$.

Droit de transformation

Si vous quittez votre emploi pour quelque raison que ce soit, vous avez 90 jours pour transformer votre assurance en vertu du régime en une police d'assurance individuelle qui prévoit une couverture comparable et un montant d'assurance qui ne doit pas dépasser le Capital assuré, selon les taux alors en vigueur pour les polices d'assurance individuelles.

Exclusions

Le régime ne couvre aucune perte causée ou entraînée en tout ou en partie par ce qui suit :

- (a) le suicide commis ou toute tentative de suicide commise par vous, si vous êtes sains d'esprit;
- (b) des blessures que vous vous infligez intentionnellement ou toute tentative en ce sens, que vous soyez sains d'esprit ou non;
- (c) la guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre;
- (d) une maladie, une affection ou une infirmité corporelle, directement ou indirectement, à l'origine de la perte ou de la demande de règlement;
- (e) une incapacité mentale, directement ou indirectement, à l'origine de la perte ou de la demande de règlement;
- (f) une blessure subie pendant que vous recevez un traitement médical ou chirurgical pour soigner une maladie, une affection ou une infirmité corporelle ou mentale;
- (g) un accident ou un événement vasculaire cérébral, un accident ou un événement cardiovasculaire, un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque, une thrombose coronaire, un anévrisme;
- (h) un voyage ou un vol à bord d'un appareil (y compris à l'embarquement ou au débarquement et en y montant ou en descendant) utilisé pour la navigation aérienne, si vous :
 - i. êtes passagers dans un aéronef non destiné au transport de passagers ou ne détenant pas de permis à cet effet; ou
 - ii. exécutez, apprenez à exécuter ou enseignez à exécuter des manœuvres en tant que pilotes ou membres de l'équipage de tout aéronef; ou
 - iii. êtes passagers d'un aéronef qui appartient au Titulaire de police ou qui est loué par ce dernier.
- (i) une infection, quelle qu'elle soit, peu importe la façon dont elle a été

contractée, à l'exception d'infections bactériennes causées directement par le botulisme, l'intoxication alimentaire ou une coupure ou une blessure accidentelles indépendantes et en l'absence de toute autre maladie, affection ou condition sous-jacentes, y compris mais sans s'y limiter, le diabète;

- (j) une blessure que vous subissez pendant que vous êtes au service actif à plein temps des forces armées ou des forces de réserve organisées d'un pays ou d'une autorité internationale quelconques. (Sur demande du Titulaire de police, la Compagnie remboursera toute prime non acquise se rapportant à une période pendant laquelle vous êtes en service actif à temps plein);
- (k) la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un acte par vous ou une blessure subie par vous durant la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un tel acte qui, s'il fait l'objet d'un jugement du tribunal, serait un acte illégal aux termes des lois de la juridiction où l'acte a été commis; et
- (l) un acte, toute tentative de perpétrer un acte, ou une omission commise par vous, ou un acte, toute tentative de perpétrer un acte ou une omission commise avec votre consentement dans le but d'interrompre le flux sanguin vers votre cerveau ou de causer l'asphyxie, qu'il y ait ou non intention de nuire; et
- (m) les causes naturelles.

Limite globale par accident

Le montant maximal que paiera la Compagnie pour deux employés assurés ou plus qui subissent une blessure par suite d'un seul accident est le montant correspondant à la limite globale par accident indiqué dans la police. Si les prestations totales que la Compagnie aurait à payer dépassent la limite globale par accident, chaque employé assuré recevra sa part proportionnelle du montant de la limite globale par accident versée par la Compagnie.

Date d'entrée en vigueur pour la police décès et mutilation accidentelle de base BSC 9425340

Votre assurance entre en vigueur la date à laquelle vous répondez à la définition d'un « employé assuré ».

**Date d'entrée en vigueur pour la police décès et mutilation accidentelle
facultative PAI 9425342**

L'assurance d'un employé assuré, d'un conjoint ou d'un enfant à charge entre en vigueur à la dernière des dates suivantes : 1) la date d'effet de la police, 2) le premier jour du mois qui suit la date de réception de votre demande d'adhésion dûment remplie à votre service des Ressources humaines ou 3) la date à laquelle la personne visée répond à la définition d'un « employé assuré », d'un « conjoint » ou d'un « enfant à charge ».

La présente brochure ne fait que décrire brièvement la couverture offerte. Les renseignements complets sur les garanties sont contenus dans la police, y compris les dispositions relatives aux limitations, aux exclusions et à la résiliation. En cas d'incompatibilité entre le présent document et la police, la police prévaudra. L'assurance est émise par la Compagnie d'Assurance AIG du Canada.

Dans le présent document, l'emploi générique du masculin englobe le féminin.

Protection des renseignements personnels

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

À votre choix

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

