vos garanties collectives

Contrat numéro : 102102
À effet du : 1er septembre 2022
Établi le : 13 septembre 2022

VIA Rail Canada Inc.

Employés syndiqués – UNIFOR #2

VIA Rail Canada

Financière Sun Life

Table des matières

Pour communiquer avec la Financière Sun Life	**3**
Sommaire des garanties	**5**
Demandes de règlement	**11**
Conditions générales	**14**
Frais médicaux	**20**
Programme Voyage Assistance	**32**
Frais dentaires	**36**
Invalidité de courte durée	**41**
Invalidité de longue durée	**45**
Assurance-vie	**49**
Assurance décès accidentel de base	**51**

Pour communiquer avec la Financière Sun Life

Des questions?

Nous sommes là pour vous aider. Pour parler à un représentant du Centre de service à la clientèle de la Financière Sun Life qui vous renseignera sur votre couverture, appelez sans frais au 1-800-361-6212.

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

Services aux participants

Téléchargez l'application ma Sun Life Mobile!

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

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

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

Accès au site Web masunlife

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

Programme d'autorisation préalable

Pour obtenir le formulaire :

- visitez notre site Web à l'adresse www.masunlife.ca/autorisationprealable
- appelez un représentant du Centre de service à la clientèle de la Financière Sun Life sans frais au 1-800-361-6212

Pour obtenir la liste des médicaments :

- visitez notre site Web à l'adresse www.masunlife.ca/autorisationprealable

Votre carte-médicaments

Obtenez-la en ligne à l'adresse www.masunlife.ca.

Remarque : Si vous avez refusé la garantie Frais médicaux au titre du présent régime, la carte-médicaments ne s'applique pas à vous.

Votre carte d'assistance-voyage

Obtenez-la en ligne à l'adresse www.masunlife.ca.

Remarque : Si vous avez refusé la garantie Frais médicaux au titre du présent régime, la carte d'assistance-voyage ne s'applique pas à vous.

Pour communiquer avec Allianz Global Assistance

Au Canada et aux États-Unis, composez le : 1-800-511-4610.

Pour toute autre demande

Composez le 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433).

Sommaire des garanties

Les renseignements contenus dans la présente section s'appliquent uniquement aux garanties dont la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est l'assureur. La garantie Assurance décès accidentel de base décrite ci-après n'est pas assurée par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

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

Conditions générales

Nous, nos et notre	Dans la présente brochure, les termes *«nous»*, *«nos»* et *«notre»* se rapportent à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Période probatoire	90 jours de service rémunéré Toute période durant laquelle vous ne remplissez pas les conditions d'admission ne peut être prise en compte dans la période probatoire
Cessation	Les conditions de cessation de la couverture peuvent varier d'une garantie à l'autre comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué dans la section *Conditions générales* de la présente brochure.

Frais médicaux - Contrat Numéro 102102

Année de référence	Du 1er janvier au 31 décembre
Franchise	Pour les médicaments sur ordonnance – 4 $ par ordonnance ou renouvellement d'ordonnance Pour les autres frais : • individuelle – 25 $ par année de référence • familiale – 25 $ par année de référence Pour les salariés résidant au Québec, la franchise pour médicaments sur ordonnance cesse de s'appliquer dans le cas des médicaments figurant dans la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) dès que la contribution maximale aux frais est atteinte
Niveau de remboursement	
Régime avec carte-médicaments	Inclus
Médicaments sur ordonnance	80 % des frais, après déduction de la franchise

Pour les salariés résidant au Québec, le pourcentage de remboursement passe à 100 % dans le cas des médicaments figurant dans la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) dès que la contribution maximale aux frais est atteinte. Toutefois, s'il existe un médicament équivalent moins cher que celui faisant l'objet de la demande de remboursement, le pourcentage de remboursement de 100 % s'appliquera uniquement à la portion des frais correspondant au prix du médicament équivalent le moins cher, à moins que la Sun Life n'ait expressément approuvé le remboursement du médicament plus coûteux.

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

La garantie couvre les médicaments et les articles suivants qui sont délivrés par un pharmacien sur l'ordonnance du médecin ou du dentiste :

- médicaments nécessitant une ordonnance aux termes de la loi
- médicaments essentiels à la survie qui pourraient ne pas nécessiter une ordonnance aux termes de la loi
- médicaments et vitamines injectables
- préparations composées, pour autant que le principal ingrédient actif soit admissible et qu'il possède un numéro DIN
- articles pour diabétiques
- auxiliaires antitabagiques nécessitant une ordonnance aux termes de la loi, à concurrence de 700 $ par personne par année de référence
- vaccins, à concurrence de 500 $ par personne par année de référence
- stérilets et diaphragmes
- injections sclérosantes pour le traitement des varices

Certains médicaments et traitements ne sont pas couverts même s'ils sont prescrits par le médecin. Veuillez consulter la section Frais médicaux de la présente brochure pour de plus amples renseignements.

Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments

La Sun Life rembourse 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.

Limitation au prix du médicament équivalent

Les frais venant en excédent du prix du médicament équivalent le moins coûteux ne sont pas couverts, à moins que nous n'en ayons expressément approuvé le remboursement. Afin de déterminer si l'utilisation d'un médicament plus coûteux constitue une nécessité médicale, nous exigeons qu'une demande d'exception dûment remplie par la personne couverte et par le médecin traitant nous soit fournie.

Pour les salariés résidant au Québec, pour les médicaments figurant dans la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), les frais venant en excédent du prix du médicament équivalent le moins coûteux ne sont pas pris en compte dans la contribution maximale aux frais, à moins que nous n'ayons expressément approuvé le remboursement du médicament plus coûteux

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

Hospitalisation dans la province du domicile

100 %, sans déduction de la franchise, de la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre semi-particulière

Hôpital de convalescence	100 % des frais, sans déduction de la franchise, à concurrence de 20 $ par jour, pour une période limitée à 120 jours pour chaque séjour
Établissement de soins palliatifs	100 % des frais, sans déduction de la franchise
Services hors province reçus en cas d'urgence	100 % des frais, sans déduction de la franchise Programme Voyage Assistance inclus Limite de temps – 90 jours suivant le départ de la province du domicile de la personne Maximum viager de 3 000 000 $ par personne pour les services reçus à l'extérieur du Canada
Services hors province reçus à la recommandation du médecin	80 % des frais, sans déduction de la franchise
Services et articles médicaux	80 % des frais, après déduction de la franchise
Services paramédicaux	80 % des frais, après déduction de la franchise, à concurrence de 20 $ par visite et d'un maximum global de 500 $ par famille par année de référence pour l'ensemble des spécialistes paramédicaux autorisés ci-dessous : • orthophonistes • audiologistes • ostéopathes ou praticiens en ostéopathie, avec au maximum un examen radiologique par année de référence • chiropraticiens, avec au maximum un examen radiologique par année de référence • podiatres ou chiropodistes, avec au maximum un examen radiologique par année de référence 80 % des frais, après déduction de la franchise, sous réserve d'un maximum global de 1 000 $ par personne par année de référence pour l'ensemble des spécialistes paramédicaux autorisés ci-dessous : • psychologues • travailleurs sociaux 80 % des frais, après déduction de la franchise, sous réserve d'un maximum global de 1 500 $ par personne par année de référence pour l'ensemble des spécialistes paramédicaux autorisés ci-dessous : • physiothérapeutes • thérapeutes du sports 80 % des frais, après déduction de la franchise, pour les frais des massothérapeutes autorisés, à concurrence de 50 $ par visite et de 750 $ par famille par année de référence.
Frais d'optique	Lentilles cornéennes, lunettes et correction de la vision par le laser – 80 % des frais, après déduction de la franchise, à concurrence de 400 $ par période de 12 mois pour toute personne de moins de 18 ans ou par période de 24 mois pour toute autre personne Ophtalmologistes ou optométristes autorisés – 80 % des frais, après déduction de la franchise, à concurrence de 75 $ par période de 12 mois pour toute personne de moins de 18 ans ou par période de 24 mois pour toute autre personne
Cessation	À votre départ à la retraite

Au départ à la retraite	Pour plus de renseignements concernant la couverture après le départ à la retraite, veuillez communiquer avec votre employeur

Frais dentaires - Contrat Numéro 102102

Année de référence	Du 1er janvier au 31 décembre
Franchise	Individuelle – 35 $ par année de référence Familiale – 35 $ par année de référence
Tarif	Tarif de la province où les soins sont reçus 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
Niveau de remboursement	
Soins de prévention	100 % des frais, après déduction de la franchise
Soins de base	Endodontie et parodontie – 80 % des frais, après déduction de la franchise Autres soins – 100 % des frais, après déduction de la franchise
Soins majeurs	50 % des frais, après déduction de la franchise
Soins orthodontiques	50 % des frais, sans déduction de la franchise, pour les enfants de moins de 21 ans seulement
Prestation maximale	
Prestation maximale par année de référence	2 500 $ par personne Une prestation viagère maximale distincte (ci-dessous) s'applique aux soins orthodontiques 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	Soins orthodontiques – 2 000 $ par enfant
Cessation	À votre départ à la retraite

Invalidité de courte durée - Contrat Numéro 102102

Prestation maximale	70 % de votre salaire de base hebdomadaire, sous réserve d'une prestation maximale de 825 $ La prestation maximale peut être réduite des prestations et des paiements provenant d'autres sources comme il est indiqué dans la section *Invalidité de courte durée* de votre brochure
Coordination avec les prestations de maladie de l'assurance-emploi pour les salariés admissible aux prestations de maladie de l'assurance-emploi	Les prestations de maladie de l'assurance-emploi font partie des prestations provenant d'autres sources dont il est question dans la section *Invalidité de courte durée* de votre brochure Les prestations de maladie de l'assurance-emploi sont normalement versées de la 16e à la 30e semaine d'invalidité totale et leur versement est coordonné avec celui des prestations d'invalidité de courte durée, comme il est indiqué ci-dessous Si votre demande de règlement au titre de la garantie Invalidité de courte durée est acceptée : • vous aurez droit au versement de prestations d'invalidité de courte durée pour la période comprise entre la fin du délai de carence et la fin de votre 15e semaine d'invalidité totale • de la 16e à la 30e semaine d'invalidité totale, vous pourriez recevoir à la fois des prestations d'invalidité de courte durée et des prestations de maladie de l'assurance-emploi; notez cependant que les prestations d'invalidité de courte durée seront alors réduites de toute prestation de maladie de l'assurance-emploi à laquelle vous aurez droit • après 30 semaines d'invalidité totale, vous aurez droit au versement de prestations d'invalidité de courte durée jusqu'à la fin de la période maximale d'indemnisation.
Délai de carence	En cas d'accident – aucun En cas de maladie – période ininterrompue de 3 jours d'invalidité totale ou période prenant fin le jour de votre admission à l'hôpital, si cette dernière période prend fin antérieurement. Pour être considéré comme hospitalisé, vous devez remplir l'une des conditions suivantes : • avoir passé une nuit à l'hôpital à titre de malade hospitalisé • avoir été admis dans un hôpital à titre de patient externe et avoir subi une intervention chirurgicale • avoir subi une intervention sous anesthésie générale ou épidurale, soit à l'hôpital, soit dans une clinique, soit au cabinet du médecin
Période maximale d'indemnisation	Si vous n'êtes pas admissible aux prestations de maladie de l'assurance-emploi – 26 semaines Si vous êtes admissible à recevoir des prestations maladie d'assurance-emploi – 41 semaines Les prestations peuvent également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué dans la section *Invalidité de courte durée* de la présente brochure

Honoraires demandés par le médecin pour remplir les demandes de règlements	Nous couvrons les honoraires demandés par le médecin pour remplir les formulaires de demande de règlement d'invalidité de courte durée, à l'exclusion de ceux nécessaires pour les raisons suivantes : • faire une déclaration initiale. • autoriser le retour au travail. • faire appel d'une décision pour laquelle nous n'avons pas communiqué directement avec le médecin traitant. La prestation maximale payable est de 30 $ par formulaire.
Cessation	À votre départ à la retraite
Situation fiscale	Votre employeur a indiqué que la totalité ou une partie de la prime de ce régime invalidité était payée par lui. Par conséquent, les prestations d'invalidité sont imposables.

Invalidité de longue durée - Contrat Numéro 102102

Prestation maximale	50 % de votre salaire de base mensuel, sous réserve d'une prestation maximale de 1 875 $ La prestation maximale peut être réduite des prestations et des paiements provenant d'autres sources comme il est indiqué dans la section *Invalidité de longue durée* de la présente brochure
Délai de carence	26 semaines
Période maximale d'indemnisation	36 mois ou, si elle est plus courte, période se terminant à la fin du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans Les prestations peuvent également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué dans la section *Invalidité de longue durée* de la présente brochure
Cessation	Le jour où il reste à courir, avant votre 65e anniversaire, une période égale au délai de carence, le jour où vous avez le droit de prendre votre retraite avec pleine pension ou le jour de votre départ à la retraite, si votre départ a lieu antérieurement
Situation fiscale	Votre employeur a indiqué que la totalité ou une partie de la prime de ce régime invalidité était payée par lui. Par conséquent, les prestations d'invalidité sont imposables.

Vie - Contrat Numéro 102102

Assurance-vie du personnel

Capital	60 000 $
Cessation	À votre départ à la retraite
Au départ à la retraite	Pour plus de renseignements concernant la couverture après le départ à la retraite, veuillez communiquer avec votre employeur

Demandes de règlement

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

Les demandes doivent être présentées dans les délais prescrits. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les délais de présentation des demandes de règlement dans le tableau ci-dessous. **Si vous négligez de présenter vos demandes de règlement dans les délais prescrits, vous n'aurez peut-être pas droit à une partie ou à la totalité des prestations.**

Pour traiter une demande de règlement, la Sun Life peut vous demander de lui fournir les documents suivants :

- dossiers ou rapports médicaux
- preuve de paiement
- factures détaillées
- ordonnances
- tout autre renseignement dont la Sun Life a besoin.

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

Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement

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

Type de demande de règlement	Pour présenter une demande	Délais prescrits et instructions
Frais médicaux	Demandez le formulaire à votre employeur ou obtenez-le sur notre site Web. Vous pouvez également présenter des demandes de règlement par voie électronique pour certains frais. Veuillez vous adresser à votre employeur pour plus de précisions.	Jusqu'à la moins tardive des dates suivantes : • 90 jours après la fin de l'année de référence au cours de laquelle les frais sont engagés, ou • 90 jours après la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais médicaux.
Programme Voyage Assistance	Communiquez avec Allianz Global Assistance pour obtenir une confirmation de l'existence de votre couverture et de l'existence d'une urgence médicale.	**Demander le remboursement de vos frais** Pour recevoir un remboursement par la Sun Life des frais que vous avez engagés pour des services ou des articles, vous devez nous faire parvenir une attestation des frais engagés dans les 30 jours suivant votre retour dans la province de votre domicile. Pour plus de précisions, voir le paragraphe *Sommes qui vous sont remboursées* de la section *Programme Voyage Assistance*.

Type de demande de règlement	Pour présenter une demande	Délais prescrits et instructions
Frais dentaires	Demandez le formulaire à votre employeur ou obtenez-le sur notre site Web. Le dentiste devra remplir la section appropriée du formulaire. Vous pouvez également présenter des demandes de règlement par voie électronique pour certains frais. Veuillez vous adresser à votre employeur pour plus de précisions.	Jusqu'à la moins tardive des dates suivantes : • 90 jours après la fin de l'année de référence au cours de laquelle les frais sont engagés, ou • 90 jours après la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais dentaires. 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 se rapportant au traitement. Un plan de traitement doit nous être fourni pour les soins orthodontiques.
Invalidité de courte durée	Demandez les formulaires de demande de règlement à votre employeur et veillez à ce que chacune des personnes suivantes les remplissent : • vous • votre médecin traitant • votre employeur.	Jusqu'à 30 jours après le début de votre invalidité totale. Nous étudions la 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.

Type de demande de règlement	Pour présenter une demande	Délais prescrits et instructions
Invalidité de longue durée	Pour présenter une demande de règlement, veuillez remplir les formulaires de demande de règlement que vous pouvez vous procurer auprès de votre employeur. Veillez à ce que chacune des personnes suivantes les remplissent : • vous • votre médecin traitant • votre employeur. La présentation de ces formulaires constitue votre attestation.	Vous devriez nous faire parvenir votre attestation d'invalidité totale au moins 8 semaines avant l'expiration de votre délai de carence. Cependant, l'attestation ne doit, en aucun cas, être présentée plus de 90 jours après l'expiration du délai de carence. Si votre couverture au titre de la garantie Invalidité de longue durée prend fin, vous devez aviser la Sun Life de votre invalidité dans les 30 jours suivant la date de cessation de la couverture. 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 et continue. Vous devez fournir cette attestation dans les 90 jours de sa demande.
Assurance-vie	Demandez les formulaires de demande de règlement à votre employeur.	**En cas de décès** : La demande doit être présentée aussitôt que possible après le décès. **Pour la garantie en cas d'invalidité totale :** L'attestation d'invalidité totale doit nous parvenir dans les 12 mois suivant le début de l'invalidité. Par la suite, nous pouvons exiger, lorsque nous l'estimons nécessaire, que vous nous fassiez parvenir une attestation établissant que cette invalidité subsiste.

Conditions générales

Les renseignements contenus dans la présente section s'appliquent uniquement aux garanties dont la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est l'assureur. La garantie Assurance décès accidentel de base décrite ci-après n'est pas assurée par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

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

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

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

Des questions? Vous avez des questions concernant vos garanties collectives? Veuillez vous adresser à votre employeur.

Qui est admissible aux garanties?	Pour être admissible aux garanties collectives, vous devez résider au Canada et remplir toutes les conditions suivantes : • être membre du personnel permanent de l'employeur et travailler au Canada. • travailler effectivement pour le compte de l'employeur et occuper un poste syndiqué à temps plein ou à temps partiel conformément à la convention collective applicable. • avoir accompli la période probatoire indiquée dans le Sommaire des garanties. **Les personnes à votre charge sont admissibles** au régime à la plus tardive des dates suivantes : • la date à laquelle vous êtes admissible au régime, ou • la date à laquelle elles répondent à la définition de personne à charge. Les personnes à votre charge ne sont admissibles au régime que si vous demandez à y adhérer vous-même.
Personne à charge	Par personne à charge, on entend : • votre conjoint ou votre enfant, • qui réside au Canada ou aux États-Unis. **Par conjoint**, on entend : • votre conjoint en vertu d'un mariage, ou • votre conjoint en vertu de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou • la personne du sexe opposé ou du même sexe qui habite avec vous et qui vit une relation conjugale avec vous depuis au moins 12 mois. Pour les salariés résidant au Québec, aucune période minimale de cohabitation n'est exigée si un enfant est né de votre union. À toute époque, le régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint. Par enfant, on entend **tout enfant du salarié ou de son conjoint** (sauf un enfant pris en foyer nourricier), qui est âgé de moins de 21 ans et qui n'a pas de conjoint. L'enfant de moins de 26 ans qui étudie à temps plein, qui n'a pas de conjoint et dont vous assurez le soutien sur le plan financier est également considéré comme un enfant.

	L'enfant qui souffre d'une invalidité avant l'âge limite et dont l'invalidité se poursuit demeure couvert s'il est incapable de subvenir à ses besoins sur le plan financier en raison de son invalidité, s'il dépend de vous financièrement et s'il n'a pas de conjoint. Dans ce cas, vous devez informer la Sun Life dans les 6 mois suivant le jour où l'enfant atteint l'âge limite dans le cadre de ce régime. **Veuillez vous adresser à votre employeur pour plus de renseignements à ce sujet.**
Comment adhérer au régime	*Couverture pour vous-même :* Vous devez fournir les renseignements nécessaires à la Sun Life par l'entremise de votre employeur. *Couverture pour une personne à charge :* Vous devez demander la couverture des personnes à charge. Vous pouvez refuser la garantie Frais médicaux ou Frais dentaires du présent régime, si vous ou les personnes à votre charge bénéficiez d'une couverture comparable aux termes du présent régime ou d'un autre régime. Si, par la suite, l'autre couverture prend fin, vous pourrez alors opter pour la couverture prévue par le présent régime.
Prise d'effet de la couverture	Votre couverture prend effet à la date à laquelle vous êtes admissible au régime. Si vous n'êtes pas effectivement au travail le jour où votre couverture devrait normalement prendre effet, vous n'êtes couvert qu'à compter du jour où vous remplissez cette condition. La couverture de la personne à charge prend effet **dès que toutes les conditions suivantes sont remplies :** • vous bénéficiez de la couverture prévue pour vous-même. • vous avez une personne à votre charge.
Modification 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 le jour où l'augmentation de la couverture devrait normalement prendre effet ou le jour où la Sun Life accepte l'attestation de bonne santé, la modification ne prend effet qu'à compter du jour où vous remplissez cette condition.
Tenue à jour de votre dossier	Pour toujours bénéficier de la protection appropriée, il est important que vous informiez votre employeur : • de tout changement de situation quant aux personnes à charge. • de tout changement de nom. • de tout changement de bénéficiaire.
Accès à vos dossiers	Vous pouvez demander une copie des renseignements figurant à votre dossier, notamment : • votre formulaire d'adhésion ou de demande d'assurance. • tout document ou renseignement écrit se rapportant à votre santé que vous avez fourni à la Sun Life au moment de votre adhésion à la couverture. • une copie du contrat assuré. La première copie est fournie sans frais, mais des frais peuvent être demandés pour des copies supplémentaires.

	Pour obtenir une copie d'un document, utilisez l'une des deux méthodes ci-dessous : • allez sur notre site Web, à l'adresse www.masunlife.ca. • téléphonez à notre Centre de service à la clientèle, sans frais au 1-800-361-6212.
Cessation de la couverture	La couverture dont vous bénéficiez à titre de salarié prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes : • vous quittez le service de l'employeur pour toute autre raison que votre départ à la retraite avec pension. • vous cessez d'être effectivement au travail, sauf indication contraire sous *Maintien de la couverture*. • la période couverte par la dernière prime payée à la Sun Life en votre nom prend fin. • la garantie ou le contrat collectif est résilié. La couverture de la personne à charge prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes : • votre couverture prend fin. • la personne à charge cesse de répondre à la définition de personne à charge. • la période couverte par la dernière prime payée relativement à la couverture des personnes à charge prend fin. Les conditions relatives à la cessation de la couverture peuvent varier d'une garantie à l'autre. Pour plus de précisions sur la cessation de la couverture d'une garantie en particulier, veuillez vous reporter au Sommaire des garanties qui se trouve au début de la présente brochure.

Maintien de la couverture	Lorsque la couverture doit prendre fin du fait que votre emploi termine ou du fait que vous n'êtes plus effectivement au travail, votre employeur a le droit de maintenir la couverture en vigueur conformément aux dispositions ci-après :
	
	• pendant un congé de maternité, congé parental ou congé d'adoption, sous réserve d'un maximum de 52 semaines, sauf si la période prescrite par la loi pertinente sur les normes du travail est plus longue. Vous ne devez pas payer les primes pendant cette période.
	• pendant un congé pour soins de compassion, sous réserve d'un maximum de 28 semaines, sauf si la période prescrite par la loi pertinente sur les normes du travail est plus longue. Vous ne devez pas payer les primes pendant cette période.
	• pendant une absence militaire pour les réservistes.
	• pendant la période au cours de laquelle vous n'êtes plus effectivement au travail pour cause de maladie ou d'accident pour autant que l'emploi soit maintenu :
	  • pour l'assurance-vie du personnel et la garantie Frais médicaux – pendant la période au cours de laquelle vous recevez des prestations d'invalidité de la Sun Life ou des prestations maladie de l'assurance-emploi. Vous ne devez pas payer les primes pendant cette période.
	  • pour la garantie Frais dentaires – pendant une période de 12 semaines. Vous ne devez pas payer les primes pendant cette période.
	• pendant la période au cours de laquelle vous n'êtes plus effectivement au travail suite à un accident du travail, pour autant que votre emploi soit maintenu. Vous ne devez pas payer les primes pendant cette période.
	• pendant le délai de préavis de cessation des services prescrit par les lois pertinentes.

- pendant un congé pour études, une mise à pied temporaire ou un congé personnel autorisé (pour toute autre raison que celles indiquées ci-dessus), jusqu'au dernier jour du mois où débute l'absence pour l'assurance-vie du personnel et la garantie Frais médicaux. Vous pouvez prolonger votre couverture pour une autre période de 12 mois si vous payez les primes exigibles.

Dans le cadre de sa prise de décision, votre employeur doit appliquer des règles identiques à tous les salariés d'une même catégorie.

Si vous décédez en cours de couverture

Les personnes à votre charge demeurent couvertes, sans qu'aucune prime ne soit exigible, **jusqu'à ce que se réalise l'une des situations suivantes :**

- la période de 24 mois suivant votre décès prend fin.
- la personne à charge cesserait de répondre à la définition de personne à charge même si vous étiez toujours vivant.
- votre couverture aurait pris fin si vous étiez toujours vivant.
- la garantie couvrant la personne à charge est résiliée.

La couverture des personnes à charge qui est maintenue est assujettie à toutes les autres dispositions du régime.

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 et continue. Si vous ne lui présentez pas cette attestation dans les 90 jours suivant la demande, vous pourriez ne pas avoir droit à une partie ou à la totalité des prestations.

Coordination de vos prestations avec un autre régime

Si vous ou les personnes à votre charge êtes couverts par la garantie Frais médicaux ou Frais dentaires du présent régime et d'un autre régime, les prestations provenant de l'ensemble des régimes ne peuvent dépasser le total des frais remboursables.

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

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

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

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

- Envoyez d'abord la demande de règlement au régime qui couvre l'enfant à titre de membre du personnel.
- Envoyez-la ensuite au régime d'assurance maladie ou dentaire offert par l'entremise d'un établissement d'enseignement qui couvre l'enfant à titre d'étudiant.
- Puis au régime du parent (père ou mère) dont l'anniversaire arrive en premier (mois et jour) dans l'année civile. Ainsi, si votre anniversaire tombe le 1er mai et celui de votre conjoint, le 5 juin, la demande doit être présentée en premier au titre de votre régime.

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

Examen médical

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

Droit de recouvrement

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

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

Cession

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

Définitions

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

Accident	Blessure causée uniquement et directement par l'action violente, soudaine et imprévue d'une cause extérieure.
Date du départ à la retraite	Si vous êtes totalement invalide, la date de votre départ à la retraite correspond à votre 65e anniversaire de naissance, à moins que vous n'ayez effectivement pris votre retraite avant cet anniversaire.
Maladie	Par maladie, on entend également une blessure, une affection ou une infirmité mentale. Toute intervention chirurgicale subie pour faire don d'un organe à une autre personne et qui entraîne une invalidité totale, est considérée comme une maladie.
Médecin	Médecin ou chirurgien autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il donne des soins médicaux.
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

Assureur

La présente garantie est assurée par 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 médicaux.

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

Par *frais remboursables*, on entend les frais engagés pour les services et les articles indiqués ci-dessous qui sont médicalement nécessaires au traitement d'une maladie et qui n'excèdent pas les frais raisonnables habituellement exigés pour les services ou les articles faisant l'objet de la demande de règlement. Toutefois, des conditions d'admissibilité supplémentaires s'appliquent dans le cas des médicaments (voir la section *Programme d'autorisation préalable* pour en savoir plus).

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

Par *frais raisonnables habituellement exigés*, on entend :

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

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

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

Présentation d'une demande de règlement lorsque les frais sont engagés	Les frais sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés. Les frais sont réputés engagés à la date à laquelle les soins sont donnés ou les articles sont loués ou achetés. L'année de référence figure dans le Sommaire des garanties. Voir le tableau **Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement** au début de la présente brochure pour savoir quand et comment présenter une demande de règlement.
Franchise et niveau de remboursement	La franchise correspond à la part des frais engagés que vous devez payer. Une fois la franchise payée, les frais engagés sont remboursés en fonction du niveau de remboursement prévu par le présent régime. **Pour chaque type de service mentionné ci-dessous, la franchise et le niveau de remboursement figurent dans le Sommaire des garanties.**

Médicaments sur ordonnance

Médicaments sur ordonnance	Nous couvrons le coût des médicaments et articles qui figurent dans le Sommaire des garanties.
Limite d'approvisionnement	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.
Exclusions	Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit, même s'il s'agit de soins, de médicaments et d'articles prescrits : • mélanges pour biberon (lait et substituts du lait), minéraux, protéines, vitamines et traitements au collagène. • frais d'administration de sérums, de vaccins et d'injections. • traitements de l'obésité, y compris les médicaments, les protéines et les suppléments alimentaires ou diététiques. • stimulants de la pousse des cheveux. • médicaments pour le traitement de la stérilité. • médicaments pour le traitement d'une dysfonction sexuelle. • médicaments utilisés à des fins esthétiques. • produits de santé naturels, qu'ils aient ou non un numéro de produit naturel (NPN). • médicaments et traitements administrés dans un hôpital à une personne à titre de malade interne ou de malade externe, ou dans une clinique ou un centre de soins financés au moyen de fonds publics, y compris tout service ou article ayant trait à l'administration du médicament et du traitement.
Évaluation des médicaments	Les médicaments suivants feront l'objet d'une évaluation et devront être approuvés par nous en vue d'être admissibles à un remboursement : • médicaments ayant reçu un avis de conformité de Santé Canada, le 1er novembre 2017 ou après cette date, pour un usage initial ou un nouvel usage. • médicaments couverts par ce régime et dont le coût a connu une hausse importante. Les frais de médicaments sont admissibles à un remboursement seulement s'ils ont été engagés à compter de la date à laquelle nous les avons approuvés. Nous évaluerons l'admissibilité du médicament en fonction de facteurs comme : • l'analyse comparative du coût du médicament et de son efficacité clinique. • les recommandations faites par les organismes d'évaluation des technologies de la santé et les provinces. • l'accès à d'autres médicaments qui traitent les mêmes affections ou des affections similaires. • la durabilité du régime.
Services pharmaceutiques (rendus par les pharmaciens)	Pour les salariés résidant au Québec, nous couvrons les services pharmaceutiques qui sont couverts par le régime d'assurance médicaments du Québec et appliquons les exigences de celui-ci.
Programme d'autorisation préalable	Le programme d'autorisation préalable (AP) s'applique à un nombre restreint de médicaments pour lesquels une autorisation préalable est nécessaire pour qu'ils soient couverts au titre du programme.

	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. Voir la section *Pour communiquer avec la Financière Sun Life* qui se trouve au début de la présente brochure pour savoir comment vous procurer des formulaires d'autorisation préalable.
Contribution maximale aux frais	Pour les salariés résidant au Québec, les frais engagés pour des médicaments figurant dans la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et qui ne sont pas remboursés par le présent régime en raison de l'application de la franchise ou du pourcentage de remboursement sont limités, au cours de chaque année civile, à la contribution maximale annuelle établie par la RAMQ. Il y a une contribution maximale pour vous, et une autre pour votre conjoint. Les frais de médicaments engagés pour vos enfants sont compris dans la contribution maximale du salarié.
Personnes de 65 ans ou plus du Québec	À moins d'avis contraire de votre part, dès que vous atteignez l'âge de 65 ans vous êtes automatiquement inscrit au régime public d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) en ce qui concerne la couverture de base des frais de médicaments. Étant donné qu'après avoir atteint l'âge de 65 ans, vous êtes toujours admissible à une garantie de remboursement de frais médicaux au titre de votre régime collectif, vous devez faire un choix quant à votre couverture de base puisque vous pouvez aussi bien être couvert par le régime public que par votre régime collectif. Si vous optez pour la couverture de base du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, votre régime collectif constitue alors un complément de couverture par rapport à la couverture de base de la RAMQ. Cette couverture complémentaire ne remplace pas la couverture de base de la RAMQ, mais elle la complète en couvrant, par exemple, des médicaments non assurés par le régime public ou la partie des frais de médicaments non remboursée par le régime public. Dans ce cas, lorsque vous remplirez votre déclaration de revenus, prenez soin d'indiquer que vous êtes inscrit au régime public de la RAMQ pour la couverture de base. Vous devrez alors en payer la prime. Par contre, si vous choisissez de maintenir la couverture de base au titre de votre régime collectif, vous devrez annuler votre inscription au régime public en communiquant avec la RAMQ par téléphone ou en vous présentant à l'un de ses bureaux pendant les heures d'ouverture. Mais au préalable, nous vous recommandons de communiquer avec le responsable de la gestion de vos avantages sociaux pour clarifier votre situation. Nous ne pouvons malheureusement pas modifier votre dossier sans la confirmation du responsable de la gestion de vos avantages sociaux.

Frais hospitaliers engagés dans votre province

Hôpital	Nous couvrons les frais engagés pour une hospitalisation dans votre province de résidence, comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties. Un *hôpital* est un établissement autorisé à donner des soins et des traitements aux blessés et aux malades, principalement durant la phase aiguë de la maladie. Il doit être doté d'installations servant au diagnostic et à la chirurgie majeure. L'établissement doit assurer des soins infirmiers 24 heures sur 24. L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour personnes âgées ou malades chroniques, un sanatorium, un hôpital de convalescence ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, de même que les lits réservés à ces fins dans un hôpital ne sont pas considérés comme un hôpital.
Hôpital de convalescence	Nous couvrons les frais engagés pour une hospitalisation dans un hôpital de convalescence, prescrite par le médecin, comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties, à condition : • que l'entrée à l'hôpital de convalescence soit précédée d'une hospitalisation d'au moins 5 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 et non la surveillance du malade. Un *hôpital de convalescence* est 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 personnes âgées 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.
Établissement de soins palliatifs	Nous couvrons les frais engagés pour une hospitalisation dans un établissement de soins palliatifs, prescrite par le médecin, comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties. Un *établissement de soins palliatifs* est un établissement autorisé à donner des soins palliatifs ainsi que des services de soutien aux personnes atteintes de maladie en phase terminale.

Frais engagés hors de votre province

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, le niveau de remboursement figure dans le Sommaire des garanties.**

	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
Services reçus en cas d'urgence	Nous couvrons les frais engagés pour des services reçus en cas d'urgence uniquement durant la limite de temps indiquée dans le Sommaire des garanties. Si vous êtes admis à l'hôpital au cours de cette période, les services que vous recevez à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à votre sortie de l'hôpital. Le terme *services reçus en cas d'urgence* s'entend des services et des articles médicaux raisonnables, y compris les consultations, traitements, actes médicaux ou interventions chirurgicales, qui sont nécessaires en raison d'une urgence. Dans le cas des personnes souffrant d'une affection chronique, les services reçus en cas d'urgence ne comprennent pas les soins donnés dans le cadre d'un programme de traitement établi qui était déjà en place avant leur départ de la province de leur domicile. Le terme *urgence* s'entend de toute situation reliée à une maladie aiguë ou à une blessure accidentelle qui exige un traitement immédiat, médicalement nécessaire, prescrit par le médecin. **En cas d'urgence, communiquez immédiatement avec nous!** Vous ou une personne qui vous accompagne devez communiquer immédiatement avec AZGA Service Canada Inc. (*Allianz Global Assistance*), qui est le fournisseur du Programme Voyage Assistance de la Sun Life. Allianz Global Assistance doit approuver au préalable 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), tomodensitométrie) que vous recevez. Si vous recevez des soins d'urgence avant qu'Allianz Global Assistance n'en soit informé et que nous déterminons que quelqu'un aurait pu raisonnablement communiquer avec Allianz Global Assistance à votre place, la Sun Life a le droit de refuser ou de limiter le paiement des frais engagés relativement à cette urgence. Lorsque des circonstances exceptionnelles vous empêchent de communiquer avec Allianz Global Assistance avant de recevoir des services, vous devez le faire le plus tôt possible par la suite. L'urgence prend fin lorsqu'Allianz Global Assistance considère, en se basant sur les renseignements médicaux disponibles, que votre état est suffisamment stable du point de vue médical pour 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. 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. Les services donnés à la recommandation du médecin qui ne sont pas offerts au Canada peuvent être reçus à l'extérieur du pays.

Votre couverture des frais médicaux en un coup d'œil

Soins couverts	Renseignements complémentaires	Prestations maximales
Services et articles médicaux		
Soins d'infirmières ou d'infirmiers exerçant à titre privé donnés hors de l'hôpital	Doivent être médicalement nécessaires Les services doivent consister en soins infirmiers; ils ne doivent pas avoir pour objet la surveillance du malade et ils doivent être prescrits par le médecin Par infirmières ou infirmiers exerçant à titre privé, on entend des infirmières ou infirmiers et infirmières ou infirmiers auxiliaires, qui sont autorisés à exercer leur profession dans la province de votre domicile et qui ne résident pas normalement avec vous Les services d'infirmières ou d'infirmiers autorisés ne sont couverts que s'ils ne peuvent pas être donnés par des infirmières ou infirmiers auxiliaires	15 000 $ par personne par année de référence

Soins couverts	Renseignements complémentaires	Prestations maximales
Ambulance	Transport dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche Les services doivent être médicalement nécessaires Les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services reçus en cas d'urgence sont remboursés selon les conditions figurant dans le Sommaire des garanties pour les *Services hors province reçus en cas d'urgence*	
Transport aérien par service ambulancier	Transport aérien par service ambulancier autorisé, à destination de l'hôpital approprié le plus proche Les services doivent être médicalement nécessaires Les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services reçus en cas d'urgence sont remboursés selon les conditions figurant dans le Sommaire des garanties pour les *Services hors province reçus en cas d'urgence*	

Soins couverts	Renseignements complémentaires	Prestations maximales
Services diagnostiques	Services diagnostiques suivants reçus hors de l'hôpital, sauf si votre régime provincial considère ces frais comme un service assuré : • analyses de laboratoire qui sont prescrites par le médecin, tel que : bilan complet général 2, bilan complet général 4 et analyses du glucose sanguin 2 heures post-prandial • échographies • tests pour l'apnée du sommeil prescrits par le médecin • services d'imagerie médicale, y compris les IRMs (imagerie par résonance magnétique), les tomodensitométries, les angioscanners, les angiogrammes, les angiographies, les entéroscanners et les imageries infrarouge • cystoscopies • tests immunochimique fécal (FIT) • tests de dépistage du streptocoque	
Soins dentaires après un accident	Traitement des dents naturelles endommagées dans un accident survenu en cours de couverture, y compris les frais d'attelles et d'arcs dentaires Vous devez recevoir les soins dans les 6 mois de l'accident	Les frais couverts sont limités aux honoraires prévus dans le Tarif publié à l'intention des dentistes généralistes par l'association des chirurgiens-dentistes de la province du domicile du salarié
Lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires	Nécessaires à la suite d'une opération de la cataracte	Une lentille par œil par personne sa vie durant
Perruques	Nécessaires à la suite d'une chimiothérapie Pour la perte de cheveux due à un problème de santé	500 $ par personne par année de référence

Soins couverts	Renseignements complémentaires	Prestations maximales
Appareils	Appareils médicalement nécessaires répondant à vos besoins médicaux fondamentaux que vous avez loués (ou achetés à notre demande) Le remboursement de ces frais peut être assujetti à la présentation d'une ordonnance du médecin S'il y a plus d'un appareil qui répond à vos besoins médicaux fondamentaux, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil le moins cher	Dans le cas des fauteuils roulants, nous ne couvrons que le coût d'un fauteuil roulant non motorisé, sauf si votre état de santé justifie l'utilisation d'un fauteuil roulant motorisé
Plâtres, bandages herniaires ou béquilles		
Attelles ou orthèses	Sur l'ordonnance du médecin	
Prothèses mammaires	Nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale	
Soutiens-gorge post-opératoires	Nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale	2 soutiens-gorge par personne par année de référence
Membres ou yeux artificiels	Doivent être considérés comme des prothèses passives classiques À l'exclusion des appareils myoélectriques, des jambes informatisées (C-legs) et de toute autre prothèse de haute technologie	
Couvre-moignons		5 paires par personne par année de référence
Bas à varices, autres que les bas à compression régressive	Sur l'ordonnance du médecin	50 $ par personne par année de référence
Bas à compression régressive	Sur l'ordonnance du médecin	4 paires par personne par année de référence
Orthèses plantaires faites sur mesure	Sur l'ordonnance du médecin, du podiatre ou du chiropodiste	
Chaussures orthopédiques et modifications apportées à des chaussures orthopédiques	Sur l'ordonnance du médecin, du podiatre ou du chiropodiste	1 paire par personne par année de référence
Appareils de correction auditive		500 $ par personne par période de 24 mois Les réparations sont comprises dans ce maximum
Administration d'oxygène		

Soins couverts	Renseignements complémentaires	Prestations maximales
Systèmes de surveillance du glucose en continu (systèmes de SGC) – récepteurs, transmetteurs ou capteurs	Seulement pour les personnes qui ont reçu un diagnostic de diabète de type 1 Vous devez nous fournir une note du médecin confirmant le diagnostic	Maximum global de 4 000 $ par personne par année de référence
Pompes à insuline	Sur l'ordonnance du médecin	
Barres de lit, sièges de toilette surélevés, chaises de douche, barres de bain et chaises d'aisance	Sur l'ordonnance du médecin	
Rampes d'accès pour fauteuil roulant	Sur l'ordonnance du médecin	2 000 $ par personne sa vie durant
Appareils de compression pneumatique des membres	Sur l'ordonnance du médecin	1 500 $ par personne sa vie durant
Articles devenus nécessaires à la suite d'une colostomie		
Services paramédicaux		
Services paramédicaux figurant dans le Sommaire des garanties	Les services doivent être fournis par un spécialiste paramédical autorisé	Jusqu'à concurrence du niveau de remboursement indiqué dans le Sommaire des garanties Nous ne versons aucune prestation pour les services donnés par un podiatre en Ontario ou en Alberta à moins qu'ils ne soient reçus après que la prestation maximale annuelle prévue par le régime provincial d'assurance-maladie a été versée

Le terme *autorisé* se rapporte à toute personne qui est membre de l'organisme approprié régissant l'exercice de sa profession établi par les autorités gouvernementales provinciales. En l'absence d'un tel organisme, la personne doit être un membre actif d'une association approuvée par nous.

Les spécialistes paramédicaux *autorisés* doivent :

- faire partie d'un organisme de réglementation ou, en l'absence d'un tel organisme, être membre d'une association approuvée par nous;
- détenir un permis ou être autorisés à pratiquer leur profession, de la manière prescrite par l'organisme de réglementation provincial pertinent;
- avoir suivi une formation adéquate et obtenu les titres requis pour être en mesure de fournir les services ou les articles offerts;
- conserver des dossiers cliniques conformes aux pratiques et aux normes raisonnables qui sont en usage dans leur domaine ou aux exigences de l'organisme ou de l'association;
- nous fournir les dossiers cliniques lorsque nous en faisons la demande et répondre favorablement à nos demandes de renseignements;
- ne pas avoir recours à des pratiques administratives qui sont inacceptables pour la Sun Life.

Cette liste de critères n'est pas exhaustive. Nous avons le droit de déterminer à notre entière discrétion qu'un spécialiste paramédical est autorisé à offrir un service ou un article. Dans la mesure où les critères énoncés ci-dessus s'appliquent aux cliniques, nous avons le droit de déterminer à notre entière discrétion qu'une clinique est autorisée de sorte que les demandes de règlement pour des services ou des articles reçus à cette clinique donnent droit à un remboursement au titre du présent régime.

Soins couverts	Renseignements complémentaires	Prestations maximales
Frais d'optique		
Lentilles cornéennes, lunettes et correction de la vision par le laser	Les lentilles cornéennes ou les lunettes doivent avoir été prescrites par un ophtalmologiste ou par un optométriste autorisé Elles doivent aussi avoir été obtenues d'un ophtalmologiste, d'un optométriste ou d'un opticien autorisé Nous ne couvrons le coût de la correction de la vision par le laser que si elle est pratiquée par un ophtalmologiste	Jusqu'à concurrence du niveau de remboursement indiqué dans le Sommaire des garanties 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
Ophtalmologistes ou optométristes autorisés	Services d'ophtalmologistes ou d'optométristes autorisés	Jusqu'à concurrence du niveau de remboursement indiqué dans le Sommaire des garanties

Cessation de la couverture

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

Prestations après la cessation de la couverture

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

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

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

- l'accident est survenu en cours de couverture,
- et les soins sont reçus dans les 6 mois qui suivent la date de l'accident.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit :

- services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainés par l'État, sous réserve des dispositions énoncées ci-dessous sous la rubrique Intégration du régime avec les programmes de l'État.
- prothèses ou appareils médicaux implantés (exemples : anneaux gastriques, implants mammaires, implants rachidiens et prothèses de hanche).
- matériel que la Sun Life exclut de sa garantie (exemples : matelas orthopédiques, appareils d'exercice physique, climatiseurs et purificateurs d'air, baignoires d'hydromassage et humidificateurs).
- services ou articles qui ne sont pas habituellement fournis pour le traitement d'une maladie, y compris les traitements expérimentaux ou les traitements de recherche, tels que décrits dans le contrat.
- services ou articles qui ne sont pas des frais médicaux admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).
- services ou articles pour lesquels il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture.

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

- acte d'hostilité de forces armées, service actif ou formation dans les forces armées durant un congé pour activités militaires pour les réservistes, 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.

Programme Voyage Assistance

Assureur

La présente garantie est assurée par 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.

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

Cette garantie, appelée **Médi-Passeport**, complète la section de la garantie Frais médicaux relative aux services reçus en cas d'urgence. Nous couvrons les services reçus en cas d'urgence uniquement durant la limite de temps indiquée dans le Sommaire des garanties. 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 clause portant sur les services reçus en cas d'urgence qui sont exclus de la couverture et toutes les autres conditions, notamment les maximums, les exclusions et les restrictions prévus par la garantie Frais médicaux s'appliquent également à la garantie Médi-Passeport.

Emportez votre carte d'assistance-voyage avec vous! Vous y trouverez les numéros de téléphone à composer et les renseignements nécessaires pour confirmer votre couverture et recevoir de l'aide.

Pour recevoir de l'aide	**En cas d'urgence, communiquez immédiatement avec nous!** Vous ou une personne qui vous accompagne devez communiquer immédiatement avec AZGA Service Canada Inc. (*Allianz Global Assistance*).
	Si vous recevez des soins d'urgence avant qu'Allianz Global Assistance n'en soit informé et que nous déterminons que quelqu'un aurait pu raisonnablement communiquer avec Allianz Global Assistance à votre place, la Sun Life a le droit de refuser ou de limiter le paiement des frais engagés relativement à cette urgence.
	Lorsque des circonstances exceptionnelles vous empêchent de communiquer avec Allianz Global Assistance avant de recevoir des services, vous devez le faire le plus tôt possible par la suite. Vous avez accès 24 heures sur 24 à un centre de coordination disposant d'un personnel complet. Les numéros de téléphone appropriés figurent sur votre carte d'assistance-voyage. Allianz Global Assistance offre les services suivants :
Assistance médicale immédiate	Allianz Global Assistance vous dirige vers un médecin, un pharmacien ou un centre de soins. Dès que cette société est informée que vous avez besoin d'une assistance médicale d'urgence, le personnel de l'organisme, ou un médecin désigné par l'organisme, tente de communiquer au besoin avec le personnel médical qui est sur place pour comprendre la situation et en suivre l'évolution. Au besoin, elle garantit au fournisseur des services médicaux le paiement de ses honoraires ou lui verse une avance.

	Allianz Global Assistance offre des services de traduction dans les principales langues, qui peuvent s'avérer nécessaires pour communiquer avec le personnel médical de l'endroit. Allianz Global Assistance peut transmettre un message urgent à votre domicile, votre lieu de travail ou tout autre endroit approprié. L'organisme conserve dans ses bureaux pendant un maximum de 15 jours les messages à prendre.
Retour au domicile ou transport à un autre établissement médical	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 (retour au domicile). • le retour d'un enfant si, en raison d'une urgence, vous devez être hospitalisé et que l'enfant se retrouve seul alors qu'il voyageait avec vous à l'extérieur de la province de votre domicile. Ce service est offert aux enfants âgés de moins de 16 ans ou souffrant d'un handicap mental ou physique. S'il y a lieu, Allianz Global Assistance prend des dispositions et verse une avance dans ce cas pour qu'un préposé compétent accompagne l'enfant jusqu'au domicile. 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 • si vous voyagez seul ou si vous êtes accompagné seulement d'un enfant de moins de 16 ans ou souffrant d'un handicap mental ou physique. Nous payons jusqu'à 150 $ par jour pour couvrir les frais de nourriture et de logement du membre de la famille dans un établissement commercial, pour une période limitée à 7 jours.
Retour au domicile (transport de la dépouille)	Si vous décédez au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile, Allianz Global Assistance paie jusqu'à 5 000 $ pour : • obtenir les autorisations prescrites par l'État. • régler les frais nécessaires pour le transport de votre dépouille dans un conteneur approprié.
Retour de votre 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 perdez ou vous faites 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 indiquera les mesures à prendre pour remplacer les documents perdus ou volés et qui contacter en cas de perte ou de vol de bagages. Il s'agit uniquement d'un service. Aucune prestation n'est payable pour la perte ou le vol de documents et de bagages.
Avance	Aucune avance de moins de 200 $ ne sera consentie. Les avances comprises entre 200 $ et 10 000 $ sont réglées en un seul versement.
Sommes qui vous sont remboursées	La Sun Life vous rembourse les frais d'articles et de services médicaux couverts par le présent régime que vous avez payés en cas d'urgence médicale, si votre couverture et l'état d'urgence médicale ont été préalablement confirmés par Allianz Global Assistance. En pareil cas, vous devez : • conserver vos reçus; • vous procurer dans tous les cas une note détaillée des frais engagés, le cas échéant, pour tous les soins reçus à l'hôpital; • remplir, dans les 30 jours de votre retour à la maison, un formulaire de demande de règlement de frais médicaux et l'envoyer directement à Allianz Global Assistance accompagné des reçus originaux et de toutes les notes détaillées relatives aux frais engagés. Vous pouvez vous procurer l'adresse d'Allianz Global Assistance en visitant le site Web des Services aux participants de la Financière Sun Life à l'adresse www.masunlife.ca ou en appelant son Centre de service à la clientèle, au numéro sans frais 1-800-361-6212. Allianz Global Assistance vous demandera de signer un formulaire l'autorisant à agir en votre nom concernant le régime d'assurance-maladie de votre province. Vous devez signer et retourner ce formulaire à Allianz Global Assistance pour que votre demande de règlement soit traitée.

Coordination des prestations	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.
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.
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, terrorisme 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

La présente garantie est assurée par 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 habituellement** exigés pour les soins reçus, à concurrence du montant indiqué en regard de ces soins dans le tarif de l'association des chirurgiens-dentistes qui figure dans le Sommaire des garanties. Lorsqu'un tarif n'est pas publié pour une année donnée, le terme tarif peut également s'entendre d'un tarif rajusté établi par la Sun Life.

Par frais raisonnables habituellement exigés, on entend :

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

Nous baserons le remboursement sur le tarif qui est en vigueur à la date du traitement.

Pour déterminer la partie des frais engagés que nous rembourserons :

- nous vérifions d'abord si des méthodes de traitement différentes ou équivalentes auraient pu être utilisées.
- nous confirmons que ces méthodes s'inscrivent dans les soins dentaires reconnus qui sont de pratique courante et qu'elles sont aussi efficaces que celle qui a été appliquée par le dentiste.

Nous remboursons uniquement les 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.**
Si vous recevez des soins dentaires temporaires	Ces soins sont considérés comme faisant partie intégrante du traitement définitif donné pour corriger le problème, et non comme des soins distincts. Seuls les honoraires imputés pour les soins à caractère permanent serviront à déterminer le montant des frais raisonnables habituellement exigés pour le traitement dentaire définitif.
Présentation d'une demande de règlement lorsque les frais sont engagés	Les frais sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés. L'année de référence figure dans le Sommaire des garanties.

	Les frais sont réputés engagés le jour où les soins sont donnés, dans le cas d'un traitement nécessitant un seul rendez-vous. Pour tous les traitements nécessitant plusieurs rendez-vous, les frais sont réputés engagés le jour où le traitement est terminé, sauf dans le cas des soins orthodontiques où les frais sont réputés engagés à chaque rendez-vous. Voir le tableau **Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement** au début de la présente brochure pour avoir des renseignements sur le moment et la façon de présenter une demande de règlement.
Franchise et niveau de remboursement	La franchise correspond à la part des frais engagés que vous devez payer. Une fois la franchise payée, les frais engagés sont remboursés en fonction du niveau de remboursement prévu par le présent régime. **Pour chaque type de service mentionné ci-dessous, la franchise et le niveau de remboursement figurent dans le Sommaire des garanties.**
Maximums	Les maximums figurent dans le Sommaire des garanties.
Obtention d'une estimation avant de recevoir certains soins	Avant de recevoir des soins dentaires importants ou des soins entraînant des frais de plus de 500 $, nous vous recommandons de nous envoyer une estimation. Voici comment cela fonctionne : • vous nous enverrez un formulaire de demande de règlement de frais dentaires dûment rempli indiquant le traitement prévu et son coût. • 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.

Votre couverture des frais dentaires en un coup d'œil

Frais couverts	Précisions / Prestations maximales
Soins dentaire de prévention – Votre garantie Frais dentaires couvre les soins ci-après destinés à la prévention de problèmes dentaires, c'est-à-dire les soins que le dentiste donne régulièrement pour maintenir les dents en bonne santé.	
Examens buccaux	• 1 examen complet tous les 9 mois.
	• 2 examens périodique par année civile, une période d'au moins 6 mois doit s'écouler entre chaque examen. • examens d'urgence ou examens particuliers.
Radiographies	• 1 panographie ou série complète de radiographies tous les 24 mois. • 1 série de radiographies interproximales tous les 6 mois, sous réserve d'un maximum de 2 séries par année civile. • radiographies nécessaires au diagnostic ou à la surveillance de l'évolution d'un traitement. • sialographie.
Autres soins	• consultations nécessaires entre deux dentistes.

Frais couverts	Précisions / Prestations maximales
	• polissage (nettoyage des dents) et application topique de fluorure à intervalles d'au moins 6 mois, sous réserve d'un maximum de 2 par année civile. • traitements palliatifs et urgences. • examens de diagnostic et de laboratoire. • extraction de dents incluses et anesthésie à cette fin. • mainteneurs d'espace pour dents primitives manquantes. • appareils visant la suppression de mauvaises habitudes. • scellement de puits et fissures. • utilisation de substances radio-opaques pour le dépistage des lésions. • détartrage et aplanissement des racines, sous réserve d'un maximum global de 2 unités de 15 minutes par année de référence dans le cas d'un enfant de moins de 13 ans ou 10 unités de 15 minutes par année de référence dans le cas de toute autre personne. • équipement de protection individuelle (EPI), lorsque soumis avec des frais dentaires admissibles.
Soins dentaires de base – La garantie Frais dentaires couvre les soins dentaires de base ci-après.	
Obturations	• amalgame (argent) et résine composite ou résine acrylique (substance blanche), ou l'équivalent.
Extractions	• extraction de dents, à l'exception de l'extraction de dents incluses (*Soins dentaires de prévention*).
Restaurations de base	• restaurations préfabriquées en métal et réparation de restaurations préfabriquées en métal, sauf dans le cadre de la mise en place de couronnes définitives.
Endodontie	• traitement radiculaire et obturation des canaux, et traitements des maladies de la pulpe.
Parodontie	• traitement des maladies des gencives et des autres éléments de soutien, à l'exception du détartrage et de l'aplanissement des racines (*Soins dentaires de prévention*).
Chirurgie buccale	• traitement chirurgical et anesthésie à cette fin, sauf l'extraction de dents incluses (*Soins dentaires de prévention*). • traitement de fractures. • prothèses, endoprothèses. • reconstruction du procès alvéolaire.
Soins dentaires majeurs – La garantie Frais dentaires couvre les soins dentaires majeurs ci-après.	
Restaurations majeures	• incrustations en profondeur et de surface. Couronnes et réparation de couronnes, sauf les restaurations préfabriquées en métal (*Soins dentaires de base*). Les remplacements doivent être effectués à intervalles d'au moins 5 ans.
Réparations de ponts	• réparations de ponts.
Réparation de prothèses amovibles	• réparation de prothèses amovibles.

Frais couverts	Précisions / Prestations maximales
Rebasage ou regarnissage	• rebasage ou regarnissage de prothèses amovibles partielles ou complètes.
Services de prothèse	Confection et mise en place de ponts ou de prothèses amovibles standard. Nous ne considérons pas que les frais engagés pour des ponts ou prothèses amovibles standard de remplacement moins de 5 ans après la confection ou la mise en place précédente sont remboursables, **sauf si la condition énoncée au point 1 ou au point 2 ci-dessous s'applique** : 1. dans le cas du remplacement d'un pont ou d'une prothèse amovible standard, la prothèse à remplacer nuit à l'articulation temporo-mandibulaire et ne peut être réparée à peu de frais. 2. dans le cas du remplacement d'une prothèse de transition qui a été mise en place peu de temps après l'extraction des dents, le dentiste ne peut pas l'ajuster à peu de frais.
Soins orthodontiques – La garantie couvre les services ci-après donnés pour traiter les malpositions des dents. **Seules les personnes sous l'âge maximum figurant dans le Sommaire des garanties sont couvertes pour ces soins.**	
La garantie couvre les examens orthodontiques, notamment les services de diagnostic et les appareils fixes ou amovibles comme les arcs dentaires	Les soins orthodontiques comprennent ce qui suit : • services d'orthodontie modificatrice, corrective et préventive, à l'exclusion des mainteneurs d'espace (*Soins dentaires de prévention*). • traitement orthodontique complet au moyen d'appareils amovibles ou fixes, ou d'une combinaison des deux (diagnostic, traitement proprement dit et contention).

Cessation de la couverture

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

Prestations après la cessation de la couverture

En cas de résiliation de la garantie Frais dentaires, le traitement des dents naturelles endommagées dans un accident demeure couvert :

- pourvu que l'accident soit survenu en cours de couverture,
- et que les soins soient donnés dans les 6 mois de l'accident.

Si votre couverture au titre du présent régime prend fin pour toute autre raison que la cessation du régime ou la cessation de la garantie Frais dentaires, et que le matériel requis pour vos soins dentaires a été commandé avant que la couverture prenne fin, ou que le traitement a été entrepris avant que la couverture prenne fin, vous continuerez d'être couvert pour les frais liés au traitement, pourvu que ces frais soient engagés dans les 30 jours suivant la cessation de votre couverture.

Exclusions

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

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

Nous ne couvrons pas ce qui suit :

- soins dentaires donnés à des fins principalement esthétiques.
- frais de remplacement d'appareils perdus, égarés ou volés.
- frais de rendez-vous non respectés.
- frais de rédaction de demandes de règlement.
- services ou articles pour lesquels il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture.
- frais d'articles rattachés normalement au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport ou à la maison, par exemple, un protège-dents.
- frais de soins et d'articles relatifs à la restauration buccale complète (mise en place de couronnes sur toutes les dents), à la rectification de la dimension verticale (changement de la façon dont les dents entrent en contact), y compris l'abrasion (usure des dents), la modification ou la reconstitution de l'occlusion (du contact entre les mâchoires), ou à la contention au moyen d'une prothèse (mise en place de couronnes pour rendre les dents plus solides).
- transplants et modification des rapports entre maxillaires.
- frais reliés au traitement de l'articulation temporo-mandibulaire.
- traitements expérimentaux.

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

- acte d'hostilité de forces armées, service actif ou formation dans les forces armées durant un congé pour activités militaires pour les réservistes, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- malformations congénitales ou déformations acquises.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Invalidité de courte durée

Assureur

La présente garantie est assurée par 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 les deux points suivants :

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

Vous êtes considéré comme totalement invalide au titre de la garantie Invalidité de courte durée si vous êtes continuellement incapable en raison d'une maladie d'accomplir les tâches essentielles de votre emploi. La disponibilité d'un travail auprès de tout employeur n'intervient pas dans la détermination de l'invalidité totale.

De plus, si vous êtes empêché d'être activement au travail en raison d'une invalidité selon les normes de la sécurité ferroviaire définies dans la Loi sur la sécurité ferroviaire ou les normes de sécurité ferroviaire fixées par votre employeur, vous serez considéré comme totalement invalide.

Nous déterminons le montant des prestations d'après votre couverture à la date du début de votre invalidité totale. Nous versons les prestations à la fin de chaque semaine au cours de laquelle vous y avez droit.

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

Début de l'indemnisation	Si votre invalidité totale est attribuable à un accident ou à une maladie, vous avez droit à des prestations d'invalidité de courte durée **dès que toutes les conditions suivantes sont remplies** : • vous avez été totalement invalide pendant le nombre de jours indiqué dans le Sommaire des garanties (délai de carence), • le jour où vous consultez le médecin pour la première fois. Dans le cas de semaines incomplètes d'indemnisation, nous versons, pour chaque jour au cours duquel vous y avez droit, une indemnité représentant le septième de la prestation hebdomadaire.
Prestations	Nous calculons les prestations d'invalidité de courte durée comme suit. Toute référence à des prestations et à des paiements faite dans la présente garantie se rapporte au montant brut, avant déductions. **Étape 1 : Nous prenons le montant maximum indiqué dans le Sommaire des garanties.** **Étape 2 :** (a) **Pendant l'ensemble de la période d'invalidité totale**, nous déduisons de ce montant les prestations ou les paiements : • prévus par tout régime d'assurance automobile.

- prestations de remplacement du revenu prévues par tout contrat collectif à la suite d'un accident ou d'une maladie, y compris tout contrat établi dans le cadre d'un régime interentreprises, mais à l'exclusion des prestations ou des paiements prévus par un régime d'assurance contre les maladies graves ou un régime d'association.
- qui vous sont versés par votre employeur pendant votre invalidité dans le cadre d'un programme de maintien du salaire.
- prévus par l'assurance-emploi.
- prévus par le Régime québécois d'assurance parentale.

(b) **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 prestations ou paiements suivants auxquels vous avez droit :

- prestations ou paiements prévus par tout régime parrainé par l'État, comme le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations ou des paiements prévus pour les personnes à charge, pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure.
- prestations ou paiements prévus en cas d'invalidité ou de maladie par tout régime de retraite auquel cotise l'employeur.
- prestations ou paiements prévus par tout contrat qui vous couvre en votre qualité de membre d'une association, mais à l'exclusion des prestations ou des paiements prévus par un régime d'assurance contre les maladies graves.

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

Toutefois, si la somme calculée à l'étape 2, augmentée :

- **pendant les 17 premières semaines d'invalidité totale** – des prestations et des paiements énumérés à l'alinéa (a) ci-dessus est supérieur à 100 % du salaire de base que vous touchiez avant votre invalidité, vos prestations d'invalidité de courte durée sont réduites de l'excédent. Si les prestations ne sont pas imposables, nous utilisons votre revenu après déduction de l'impôt sur le revenu.
- **après les 17 premières semaines d'invalidité totale** – des prestations et des paiements énumérés aux alinéas (a) et (b) ci-dessus est supérieur à 100 % du salaire de base que vous touchiez avant votre invalidité, vos prestations d'invalidité de courte durée sont réduites de l'excédent. Si les prestations ne sont pas imposables, nous utilisons votre revenu après déduction de l'impôt sur le revenu.

Important :
- Si vous avez droit à l'une des prestations ou à l'un des paiements ci-dessus mais que vous n'en avez pas fait la demande, nous les prenons quand même en considération. Nous pouvons faire une estimation de ces prestations et paiements et en tenir compte dans le calcul de vos prestations d'invalidité de courte durée.
- Dans le cas où l'une des prestations ou l'un des paiements ci-dessus est réglé 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 ou des paiements qui ont commencé à être versés avant le début de votre invalidité. Cependant, toute augmentation de ces prestations ou de ces paiements liée à votre invalidité est prise en compte.
- Nous nous réservons le droit de rajuster, au besoin, le montant de vos prestations d'invalidité de courte durée en vertu des dispositions ci-dessus.

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 totale comme le prolongement de la précédente s'il s'est écoulé 4 semaines ou moins entre les périodes d'invalidité totale.

Nous déterminons ces prestations d'après la couverture qui s'appliquait au début de la première période d'invalidité totale et nous les versons pour une période qui ne peut dépasser la durée non écoulée de la période maximale d'indemnisation.

Programme de réadaptation

La Sun Life peut exiger que vous participiez à un programme de réadaptation que nous avons approuvé par écrit.

Il peut s'agir :

- de consulter notre spécialiste de la réadaptation;
- d'exercer un travail à temps partiel;
- d'exercer une autre profession ou de suivre un cours de formation professionnelle destiné à faciliter votre retour au travail à temps plein.

Pendant votre participation au programme de réadaptation, vous pouvez recevoir des prestations d'invalidité de courte durée, ainsi que des revenus, des prestations et des paiements provenant d'autres sources.

Toutefois, les prestations d'invalidité de courte durée sont réduites d'une somme égale à 50 % du revenu que vous recevez dans le cadre du programme de réadaptation. Si la somme des revenus, des prestations et des paiements que vous recevez, au cours d'une semaine donnée, est supérieur à 100 % du salaire de base que vous touchiez au début de votre invalidité, votre prestation d'invalidité de courte durée est réduite de l'excédent. Si les prestations ne sont pas imposables, nous utilisons votre revenu après déduction de l'impôt sur le revenu.

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.

En ce qui touche les prestations d'invalidité payées ou payables avant la date du jugement ou de l'entente, 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. En ce qui touche les prestations d'invalidité payables après un jugement ou une entente, si la somme représentant 75 % de l'indemnité nette obtenue du tiers dépasse le montant qui nous a été remboursé pour des prestations d'invalidité antérieures, nous avons le droit de déduire l'excédent des prestations d'invalidité futures. Veuillez vous reporter à votre contrat collectif pour plus de précisions.

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 indiquée dans le Sommaire des garanties prend fin.
- vous prenez votre retraite avec pension.
- vous décédez.

Cessation de la couverture

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

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour toute période au cours de laquelle au moins l'un des énoncés suivants s'applique :

- vous ne recevez pas le traitement approprié.
- vous exercez une activité rétribuée ou lucrative, à moins que la Sun Life n'accepte à l'avance de verser des prestations.
- 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. Toutefois, si vous devenez totalement invalide avant que ne soit établi un avis de cessation d'emploi, le versement des prestations se poursuit tant que vous êtes totalement invalide, mais pas au-delà de l'expiration de la période maximale d'indemnisation.
- pour toute période de plus de 4 semaines au cours de laquelle vous êtes absent du Canada, à moins que la Sun Life n'accepte à l'avance par écrit de verser des prestations au cours de cette période, ou à moins que l'absence soit dans le but d'obtenir un traitement médical et qu'elle soit autorisée en vertu de la réglementation de l'assurance-emploi.
- 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, service actif ou formation dans les forces armées durant un congé pour activités militaires pour les réservistes, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- blessure intentionnellement provoquée par vous.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Invalidité de longue durée

Assureur

La présente garantie est assurée par 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 les deux points suivants :

- 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 votre emploi**), si vous êtes continuellement incapable en raison d'une maladie d'accomplir les tâches essentielles de votre emploi,
- et, par la suite, si vous êtes continuellement incapable, en raison d'une maladie, d'exercer auprès de tout employeur quelque profession qui convienne à la formation ou à l'expérience que vous avez ou que vous pourriez acquérir.

La disponibilité d'un travail auprès de tout employeur n'intervient pas dans la détermination de l'invalidité totale.

De plus, si vous êtes empêché d'être activement au travail en raison d'une invalidité selon les normes de la sécurité ferroviaire définies dans la Loi sur la sécurité ferroviaire ou les normes de sécurité ferroviaire fixées par votre employeur, vous serez considéré comme totalement invalide.

Nous versons ces prestations à la fin de chaque mois. Nous déterminons leur montant d'après votre couverture à la date du début de votre invalidité totale.

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

Début de l'indemnisation	Le versement des prestations d'invalidité de longue durée commence **dès que toutes les conditions suivantes sont remplies** : • vous avez été totalement invalide de façon ininterrompue durant toute la période indiquée dans le Sommaire des garanties. • 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. 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**.
Prestations	Nous calculons les prestations d'invalidité de longue durée comme suit. Toute référence à des prestations et à des paiements faite dans la présente garantie se rapporte au montant brut, avant déductions. **Étape 1 : Nous prenons le montant maximum indiqué dans le Sommaire des garanties.**

Étape 2 : Nous déduisons de ce montant les prestations ou les paiements prévus :

- par tout régime parrainé par l'État comme le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations ou des paiements prévus pour les personnes à charge, pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure.
- par la loi sur les accidents du travail ou par toute loi analogue, pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure.
- par tout régime d'assurance automobile.
- par tout contrat collectif, y compris tout contrat qui vous couvre en votre qualité de membre d'une association, mais à l'exclusion des prestations ou des paiements prévus par un programme d'assurance contre les maladies graves.
- par le Régime québécois d'assurance parentale.

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

Prenez le résultat que vous obtenez à l'étape 2, ajoutez les prestations et les paiements ci-dessous, ainsi que les autres prestations et paiements indiqués ci-dessous et vérifiez la somme obtenue. Si cette somme est supérieure à 80 % du salaire de base que vous touchiez avant votre invalidité, vos prestations d'invalidité de longue durée sont réduites de l'excédent. Si les prestations ne sont pas imposables, nous utilisons votre revenu après déduction de l'impôt sur le revenu.

Autres prestations et paiements prévus :

- par la loi sur les accidents du travail ou par toute loi analogue, pour une autre invalidité.
- par la loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels ou par une loi analogue.

Important :

- Si vous avez droit à l'une des prestations ou à l'un des paiements ci-dessus mais que vous n'en avez pas fait la demande, nous les prenons quand même en considération. Nous pouvons faire une estimation de ces prestations et paiements et en tenir compte dans le calcul de vos prestations d'invalidité de longue durée.
- Dans le cas où l'une des prestations ou l'un des paiements ci-dessus est réglé 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 ou des paiements qui commencent à être versés avant le début de votre invalidité. Cependant, toute augmentation de ces prestations ou de ces paiements liée à votre invalidité est prise en compte.
- Nous nous réservons le droit de rajuster, au besoin, le montant de vos prestations d'invalidité de longue durée en vertu des dispositions ci-dessus.

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 6 mois ou moins entre les périodes d'invalidité totale.

Nous déterminons ces prestations d'après la couverture qui s'appliquait au début de la première période d'invalidité totale et nous les versons pour une période qui ne peut dépasser la durée non écoulée de la période maximale d'indemnisation.

Réadaptation / Programme en cas d'invalidité partielle

La Sun Life peut exiger que vous participiez à un programme en cas d'invalidité partielle ou à un programme de réadaptation que nous avons approuvé par écrit.

Il peut s'agir :

- de consulter notre spécialiste de la réadaptation;
- d'exercer un travail à temps partiel;
- d'exercer une autre profession ou de suivre un cours de formation professionnelle destiné à faciliter votre retour au travail à temps plein.

Pendant votre participation au programme de réadaptation, vous pouvez recevoir des prestations d'invalidité de longue durée, ainsi que des revenus, des prestations et des paiements provenant d'autres sources.

Toutefois, les prestations d'invalidité de longue durée sont réduites d'une somme égale à 50 % du revenu que vous recevez dans le cadre du programme de réadaptation. Si la somme des revenus, des prestations et des paiements que vous recevez, au cours d'un mois donné, est supérieure à 100 % du salaire de base, indexé sur l'inflation, que vous touchiez au début de votre invalidité, votre prestation d'invalidité de longue durée est réduite de l'excédent. Si les prestations ne sont pas imposables, nous utilisons votre revenu après déduction de l'impôt sur le revenu.

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

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

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.

En ce qui touche les prestations d'invalidité payées ou payables avant la date du jugement ou de l'entente, 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. En ce qui touche les prestations d'invalidité payables après un jugement ou une entente, si la somme représentant 75 % de l'indemnité nette obtenue du tiers dépasse le montant qui nous a été remboursé pour des prestations d'invalidité antérieures, nous avons le droit de déduire l'excédent des prestations d'invalidité futures. Veuillez vous reporter à votre contrat collectif pour plus de précisions.

Vos responsabilités

Pendant toute période d'invalidité totale, vous devez faire des efforts raisonnables pour remplir les obligations ci-dessous. Si vous manquez à l'une des obligations ci-dessous, la Sun Life peut retenir les prestations ou en cesser le versement.

- 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 emploi 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 emploi 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.

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.
- la période maximale d'indemnisation indiquée dans le Sommaire des garanties prend fin.
- 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

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

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour toute période au cours de laquelle au moins l'un des énoncés suivants s'applique :

- vous ne recevez pas le traitement approprié.
- vous exercez une activité rétribuée ou lucrative, à moins que la Sun Life n'accepte à l'avance de verser des prestations.
- 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,
- pour toute période de plus de 4 mois au cours de laquelle vous vous trouvez hors du Canada pour quelque raison que ce soit.
- 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, service actif ou formation dans les forces armées durant un congé pour activités militaires pour les réservistes, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- blessure intentionnellement provoquée par vous.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Exonération des primes

Aucune prime au titre de la garantie Invalidité de longue durée n'est exigible tant que vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée.

Assurance-vie

Assureur

La présente garantie est assurée par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Description générale de la garantie

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

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

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

Bénéficiaire	L'assurance-vie prévoit le versement d'un capital à votre bénéficiaire si vous décédez en cours de couverture. Si aucun bénéficiaire n'a été désigné, nous versons le capital à vos ayants droit. Vous pouvez désigner comme bénéficiaire la personne de votre choix. Vous pouvez changer le bénéficiaire à tout moment, à moins que la loi ne l'interdise ou que vous n'indiquiez dans la désignation que le bénéficiaire ne peut être changé. **Remarque** Si vous avez fait une désignation de bénéficiaire au titre d'un régime antérieur de l'employeur, la Sun Life l'appliquera et la reportera à votre couverture au titre du présent régime jusqu'à ce que vous la changiez. Des règles s'appliquent à la désignation d'un bénéficiaire mineur; veuillez vous reporter à votre contrat pour avoir des précisions à ce sujet.
Garantie en cas d'invalidité totale	Si vous êtes atteint d'invalidité totale et que vous n'avez pas encore atteint l'âge de 65 ans ni pris votre retraite, vous demeurez couvert par l'assurance-vie, sans qu'aucune prime ne soit exigible, tant que votre invalidité totale subsiste. L'assurance ainsi maintenue est soumise 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.
	En vertu du contrat collectif, le maintien de la garantie en cas d'invalidité totale est assujetti à certaines conditions. Pour plus d'information à ce sujet, veuillez vous adresser à votre employeur.

Exclusion

Si vous êtes un réserviste en congé pour activités militaires, aucune prestation ne sera payable si votre décès est causé par votre service actif ou votre formation dans les forces armées.

Transformation de l'assurance-vie collective

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

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

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

Assurance décès accidentel de base

Assureur

La présente garantie est assurée par la Compagnie d'assurance AIG du Canada.

Police nº: BSC 9109375B

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

Un décès par suite d'un accident peut avoir d'énormes conséquences. Votre conjoint pourrait être dans l'impossibilité de défrayer le coût des soins dont les membres de votre famille pourraient avoir besoin.

Votre employeur vous offre une assurance en cas de décès accidentel, émise par la Compagnie d'assurance AIG du Canada. La police prévoit une indemnité forfaitaire pour alléger le fardeau financier et assurer que les besoins de votre famille sont satisfaits, si vous perdez la vie par suite d'un accident.

Mode de fonctionnement

Vous êtes automatiquement assuré pour un montant de capital assuré couvert de :

Catégorie d'employés admissibles	Montant couvert
Employés syndiqués – UNIFOR #2	**40 000 $**

Voici ce que vous obtenez

Couverture d'assurance-accidents étendue — Votre régime prévoit des prestations en cas de décès par accident à la suite de blessures subies dans des accidents couverts.

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

Protection Activité professionnelle — Votre assurance vous couvre pendant que vous exercez les fonctions de votre occupation auprès de votre employeur.

Définitions

Par « **Employé assuré »**, on entend vous, si vous êtes un employé actif de VIA Rail Canada inc. et âgé de moins de 75 ans.

Par **« Conjoint »**, on entend une personne âgée de moins de 75 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 21 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) est âgé de moins de 26 ans, est célibataire, fréquente un établissement d'enseignement supérieur, dépend de vous pour son soutien et sa subsistance et n'exerce pas d'emploi rémunéré de plus de 25 heures par semaine ou qui (iii) 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).

Désignation de bénéficiaire

En cas de perte accidentelle de la vie, la prestation sera versée au bénéficiaire que vous avez désigné par écrit au titre de l'assurance vie collective de base. En l'absence d'une désignation par écrit, la prestation sera versée à votre succession.

Toutes les autres prestations vous seront versées.

Prestations et garanties

Décès accidentel

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

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.

La Compagnie d'assurance AIG du Canada paiera les frais raisonnables et nécessaires engagés réellement par un membre de la Famille immédiate aux fins suivantes :

(a) logement commercial et pension pendant le voyage et/ou durant le séjour dans la ville ou le village où se trouve votre corps (jusqu'à un maximum de 3 nuits consécutives); et

(b) transport par la route la plus directe pour se rendre à l'endroit où se trouve le corps.

Aucun paiement ne sera versé pour les dépenses ordinaires, le voyage ou les vêtements, autrement que ce qui est prévu spécifiquement ci-dessus. Si le transport doit être effectué dans un véhicule ou un appareil autre qu'un véhicule ou appareil autorisé à transporter des passagers moyennant paiement, le remboursement des frais de transport sera limité à un montant maximum de 0,20 $ le kilomètre.

Ces prestations sont payables une seule fois pour toutes les Blessures et Pertes subies par l'Employé assuré, quel que soit le nombre de polices d'assurance fournissant ce type de prestation à l'Employé assuré, émis par la Compagnie d'assurance AIG du Canada.

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 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.

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 de VIA Rail Canada inc..

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.

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 sain 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 de VIA Rail Canada inc., la Compagnie d'assurance AIG du Canada remboursera toute prime non acquise se rapportant à une période pendant laquelle vous êtes en service actif à temps plein);

(k) une blessure que vous subissez pendant que vous êtes sous l'effet de substances intoxicantes et que vous conduisez un véhicule ou tout autre moyen de transport ou de déplacement et que le taux d'alcoolémie soit de

plus de 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;

(l) une blessure que vous subissez pendant que vous êtes sous l'effet de drogues ou de substances désignées, selon la définition figurant dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (Canada) à moins que leur prise soit strictement conforme aux conseils et à l'ordonnance d'un médecin autorisé;

(m) 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

(n) 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

(o) les causes naturelles.

Date de résiliation

L'assurance prend fin à la première des dates suivantes :

1) la date de résiliation de la police, 2) la date d'échéance de la prime en cas de non-paiement d'une prime échue, 3) la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'un « employé assuré » ou 4) le premier jour du mois suivant la date à laquelle vous ne faite plus partie d'une catégorie d'employés admissibles comme il est indiqué dans la police.

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.

Janvier 2017

Protection des renseignements personnels

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

À votre choix

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

À propos de la Financière Sun Life

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

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

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

La vie est plus radieuse sous le soleil

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

GB10171-F

Financière Sun Life