Financière Sun Life

vos garanties collectives

INTUIT

Select Time résident à l'extérieur du Québec embauchés à compter du 1er juin 2021

Contrat numéro 100179, 150019 et 9906 7281
À effet du 1er août 2023 (version 2)

L'assureur de la garantie Décès et mutilation accidentels est
Chubb du Canada Compagnie d'assurance

Table des matièresConditions générales 1
Votre brochure 1
Conditions d'admission 2
Personne à charge 2
Adhésion 3
Prise d'effet de la couverture 4
Modification de la couverture 4
Tenue à jour de votre dossier 5
Accès à vos dossiers 5
Cessation de la couverture 6
Remplacement de la couverture 7
Demande de règlement 7
Actions en justice pour les garanties assurées 8
Actions en justice pour les garanties autoassurées 8
Attestation d'invalidité 8
Coordination des prestations 8
Examen médical 10
Droit de recouvrement 10
Définitions 10

Frais médicaux (Complément d'assurance-maladie) 12
Gestionnaire du régime 12
Description générale de la garantie 12
Franchise 13
Médicaments sur ordonnance 13
Frais hospitaliers engagés dans votre province 18
Frais engagés hors de votre province 19
Services et articles médicaux 22
Services paramédicaux 25
Lentilles cornéennes, lunettes et correction de la vision par le laser 27
Cessation de la couverture 27
Prestations après la cessation de la couverture 27
Exclusions 28
Intégration du régime avec les programmes de l'État 29
Demande de règlement 29

Programme Voyage Assistance 30
Gestionnaire du régime 30

Frais dentaires 37
Gestionnaire du régime 37
Description générale de la garantie 37

Franchise 38
Prestation maximale par année de référence 38
Prestation viagère maximale 38
Détermination préalable des prestations 39
Soins dentaires de prévention 39
Soins dentaires de base 40
Soins dentaires majeurs 40
Soins orthodontiques 41
Cessation de la couverture 41
Prestations après la cessation de la couverture 42
Exclusions 42
Demande de règlement 43

Assurance-vie 44
Assureur 44
Description générale de la garantie 44
Votre assurance-vie de base 44
Votre assurance-vie facultative 44
Assurance-vie facultative du conjoint 45
Assurance-vie facultative des enfants 45
Bénéficiaire 46
Suicide 47
Garantie en cas d'invalidité totale 47
Transformation de l'assurance-vie collective 48
Demande de règlement 48

ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE ..49
Assureur 49

Conditions générales

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

Votre brochure

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

Les garanties peuvent être modifiées après l'établissement de la brochure. Dans ce cas, vous serez informé de toute modification apportée à votre régime au moyen d'un avis écrit qui complétera cette brochure. Veuillez conserver en lieu sûr cette brochure ainsi que tous les avis de modification que vous pourriez recevoir.

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

Les garanties suivantes sont garanties par le titulaire du contrat, Intuit Canada ULC:

- Frais médicaux
- Programme Voyage Assistance
- Frais dentaires

Cela signifie que Intuit Canada ULC a l'entière responsabilité des garanties ci-dessus sur les plans légal et financier, et doit fournir les fonds nécessaires au versement des règlements. La Sun Life procure des services administratifs seulement (SAS), comme l'étude et le traitement des demandes de règlement. Tous les autres avantages du régime sont assurés par la Sun Life.

Conditions d'admission

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

- être membre du personnel permanent de l'employeur.
- travailler effectivement pour le compte de l'employeur au moins 20 heures par semaine.
- avoir accompli la période probatoire.

La période probatoire prévue par le régime est de 1 mois de service continu.

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

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

Personne à charge

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

Par *conjoint*, on entend votre conjoint en vertu d'un mariage ou de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou la personne de sexe opposé ou de même sexe qui est publiquement présentée comme étant votre conjoint. À toute époque, le régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint.

Par *enfant*, on entend tout enfant du salarié ou de son conjoint (sauf un

enfant pris en foyer nourricier) qui n'est pas lié à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi, et ce, jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel il atteint l'âge de 22 ans.

L'enfant qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et dont vous assurez entièrement le soutien sur le plan financier est également considéré comme une personne à charge admissible jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel il atteint l'âge de 25 ans.

L'enfant qui souffre d'un handicap avant l'âge limite demeure couvert après l'âge limite :

- s'il ne peut subvenir à ses besoins financiers en raison d'une incapacité physique ou mentale,
- et si vous assurez son soutien sur le plan financier et s'il n'est pas lié à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi.

Dans les cas ci-dessus, vous devez informer la Sun Life dans les 31 jours suivant le jour où l'enfant atteint l'âge limite. Votre employeur peut vous donner des précisions à ce sujet.

Adhésion

Vous devez adhérer au régime pour avoir droit à la couverture. À cette fin, vous devez faire une demande par écrit en fournissant à votre employeur les renseignements nécessaires à votre admission. Vous devez demander la couverture des personnes à votre charge pour qu'elles soient admises au régime.

Vous pouvez refuser la garantie Frais médicaux ou Frais dentaires du présent régime, si vous ou les personnes à votre charge bénéficiez d'une couverture comparable aux termes du présent régime ou d'un autre régime. Si l'autre couverture prend fin, vous pourrez alors opter pour la couverture prévue par le présent régime.

En ce qui a trait à votre assurance-vie facultative et à l'assurance-vie facultative du conjoint ou facultative des enfants, une attestation de bonne santé est exigée comme il est indiqué à la section *Assurance-vie*.

La couverture ne peut prendre effet avant que la Sun Life n'accepte l'attestation.

Prise d'effet de la couverture

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

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

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

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

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

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

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

Modification de la couverture

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

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

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

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

Tenue à jour de votre dossier

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

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

Accès à vos dossiers

Dans le cas des garanties assurées, vous pouvez obtenir une copie des documents suivants :

- votre formulaire d'adhésion ou de demande d'assurance;
- toutes déclarations écrites ou tout autre document que vous avez fournis à la Sun Life à titre de preuve d'assurabilité et qui ne font pas partie intégrante de la demande de couverture.

Dans le cas des garanties assurées, moyennant un préavis raisonnable, vous pouvez également demander un exemplaire du contrat.

Le premier exemplaire est fourni sans frais, mais des frais peuvent être demandés pour des exemplaires additionnels.

Toutes les demandes de documents doivent être adressées à l'un des services suivants :

- le site Web au www.masunlife.ca;

- le Centre de service à la clientèle au numéro sans frais 1-800-361-6212.

Cessation de la couverture

La couverture dont vous bénéficiez à titre de salarié prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :

- vous quittez le service de l'employeur ou prenez votre retraite.
- vous cessez d'être effectivement au travail.
- la période couverte par la dernière prime payée à la Sun Life en votre nom prend fin.
- le contrat collectif est résilié.

La couverture de la personne à charge prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :

- votre couverture prend fin.
- la personne à charge cesse de répondre à la définition de personne à charge.
- la période couverte par la dernière prime payée relativement à la couverture des personnes à charge prend fin.

Les conditions relatives à la cessation de la couverture peuvent varier d'une garantie à l'autre. Pour plus de précisions sur la cessation de la couverture prévue par une garantie particulière, veuillez vous reporter à la section appropriée de la présente brochure.

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

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

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

Remplacement de la couverture

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

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

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

Demande de règlement

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

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

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

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

Actions en justice pour les garanties assurées

Délai de prescription en Ontario :

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

Délai de prescription dans les autres provinces :

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

Actions en justice pour les garanties autoassurées

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

Attestation d'invalidité

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

Coordination des prestations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

la demande doit être présentée en premier au titre de votre régime.

- si les parents ont le même anniversaire de naissance, régime du parent dont la première lettre du prénom arrive en premier dans l'alphabet.

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

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

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

Votre employeur peut vous aider à déterminer le régime au titre duquel vous devez présenter votre demande en premier.

Examen médical

Nous pouvons exiger que vous subissiez un examen médical lorsque vous présentez une demande de règlement. Si vous ne vous conformez pas à cette exigence, nous ne verserons pas de prestations. Les frais de ces examens sont à notre charge.

Droit de recouvrement

Nous pouvons recouvrer toute prestation versée en trop en prélevant la somme due sur d'autres prestations, ou par tout autre moyen légal.

Définitions

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

Accident Blessure causée uniquement et directement par l'action violente, soudaine et imprévue d'une cause extérieure.

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 S'entend également d'une blessure, d'une affection ou d'une infirmité mentale. Toute intervention chirurgicale subie pour faire don d'un organe à une autre personne et qui entraîne une invalidité totale, est considérée comme une maladie.

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

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

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

Frais médicaux
(Complément d'assurance-maladie)

Gestionnaire du régime

Le gestionnaire de la présente garantie est la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Description générale de la garantie

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

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

La garantie Frais médicaux prévoit le remboursement de certains frais engagés pour des services et articles médicalement nécessaires au traitement d'une maladie. Toutefois, des conditions d'admissibilité supplémentaires s'appliquent dans le cas des médicaments (voir la section *Programme d'autorisation préalable* pour en savoir plus).

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

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

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

Les frais sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés. Les frais sont réputés engagés à la date à laquelle les soins sont donnés ou les articles sont loués ou achetés.

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

Franchise

Aucune franchise ne s’applique à la présente garantie.

Médicaments sur ordonnance

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

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

- 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.
- médicaments pour le traitement de l’infertilité, à concurrence de 10 000 $ par personne sa vie durant.
- vaccins.
- stérilets et diaphragmes.
- articles devenus nécessaires à la suite d’une colostomie.
- injections sclérosantes pour le traitement des varices.

La garantie couvre également le coût des auxiliaires antitabagiques qui ont un numéro d'identification du médicament (numéro DIN) et qui

sont approuvés conformément à la rubrique *Évaluation des médicaments*, ou qui ont un numéro de produit naturel (NPN), à concurrence de 500 $ par personne sa vie durant, pourvu qu'ils soient délivrés par un pharmacien sur l'ordonnance du médecin ou du dentiste.

Les prestations versées pour chaque achat d'articles ou de médicaments ci-dessus se limitent au coût de ceux qu'il est raisonnable d'utiliser pendant une période de 34 jours ou, dans le cas des médicaments d'entretien ci-après, pendant une période de 100 jours, selon l'ordonnance du médecin :

Nous couvrons 80% du coût des médicaments et articles ci-dessus.

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit, même s'il s'agit de soins, de médicaments et d'articles prescrits :

- mélanges pour biberon (lait et substituts du lait), minéraux, protéines, vitamines et traitements au collagène.
- frais d'administration de sérums, de vaccins et d’injections.
- traitements de l’obésité, y compris les médicaments, les protéines et les suppléments alimentaires ou diététiques.
- stimulants de la pousse des cheveux.
- médicaments pour le traitement d’une dysfonction sexuelle.
- médicaments utilisés à des fins esthétiques.
- produits de santé naturels, qu'ils aient ou non un numéro de produit naturel (NPN), à moins d'indication contraire dans la liste des frais remboursables ci-dessus.
- 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.

Frais d'exécution d'ordonnance

Les frais remboursables en ce qui a trait aux frais d'exécution d'ordonnance sont limités à 10 $ par ordonnance ou renouvellement d'ordonnance.

Limitation au prix du médicament équivalent

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

Programme d'autorisation préalable

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

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

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

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

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

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

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

Programme de médicaments de référence

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

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

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

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

Toute demande de règlement présentée sous ce régime dans les 120 jours précédant la date où la Sun Life applique le *médicament de*

référence au régime est considérée comme une demande de règlement précédente. Tout médicament différent du *médicament de référence* dans une *classe thérapeutique* donnée est considéré comme un médicament autre que le *médicament de référence*.

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

Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments

Nous remboursons certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé autorisés de la même façon que si les médicaments étaient prescrits par un médecin ou un dentiste si les lois provinciales en cause leur permettent de prescrire ces médicaments.

Frais hospitaliers engagés dans votre province

Nous couvrons, dans une proportion de 100%, les frais qui ont été engagés pour des soins hospitaliers reçus dans la province de votre domicile.

Nous couvrons les servicesreçus à l'hôpital à titre de malade externe, à l'exception de tout service expressément exclu au titre de la présente garantie, ainsi que la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre semi-particulière.

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

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

Pour les besoins du régime, on entend par *hôpital de convalescence* un établissement autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées qui sont en convalescence par suite d'une blessure ou d'une maladie, et qui doit assurer des soins infirmiers et

médicaux 24 heures sur 24. L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour vieillards ou malades chroniques, un sanatorium ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, n'est pas considéré comme un hôpital de convalescence.

Un *hôpital* est un établissement autorisé à donner des soins et des traitements aux blessés et aux malades, principalement durant la phase aiguë de la maladie. Il doit être doté d'installations servant au diagnostic et à la chirurgie majeure. L'établissement doit assurer des soins infirmiers 24 heures sur 24. L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour vieillards ou malades chroniques, un sanatorium, un hôpital de convalescence ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, de même que les lits réservés à ces fins dans un hôpital ne sont pas considérés comme un hôpital.

Frais engagés hors de votre province

Nous couvrons les services reçus en cas d'urgence hors de la province de votre domicile. Nous couvrons également les services reçus à la recommandation du médecin.

Dans le cas des services reçus en cas d'urgence et à la recommandation du médecin, nous couvrons ce qui suit :

- hospitalisation dans une chambre semi-particulière.
- autres services hospitaliers reçus hors du Canada seulement.
- soins reçus à l'hôpital à titre de malade externe.
- soins du médecin.

Les frais reliés à tous les autres services et articles admissibles au titre du présent régime sont également couverts lorsqu'ils sont engagés hors de la province de votre domicile, sous réserve du pourcentage de remboursement et de toutes les conditions applicables à ces frais.

Services reçus en cas d'urgence

Nous réglons 100% des frais qui sont engagés pour les services admissibles reçus en cas d'urgence.

Nous ne couvrons que les services reçus en cas d'urgence dans les 60 jours suivant votre départ de la province de votre domicile. Si vous êtes admis à l'hôpital au cours de cette période, les services que vous recevez à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à votre sortie de l'hôpital.

Le terme *services reçus en cas d'urgence* s'entend des services et des articles médicaux raisonnables, y compris les consultations, traitements, actes médicaux ou interventions chirurgicales, qui sont nécessaires en raison d'une urgence. Dans le cas des personnes souffrant d'une affection chronique, les services reçus en cas d'urgence ne comprennent pas les soins donnés dans le cadre d'un programme de traitement établi qui était déjà en place avant leur départ de la province de leur domicile.

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

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

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

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

Services reçus en cas d'urgence exclus de la couverture

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

- services médicaux qui ne sont pas requis immédiatement ou qui pourraient raisonnablement être reportés jusqu'à votre retour dans la province de votre domicile, à moins que votre état de santé soit tel que vous ne pouvez pas raisonnablement retourner dans cette province avant d'avoir reçu ces services.
- services reliés à une maladie ou blessure qui est à l'origine de l'urgence, après que l'urgence a pris fin.
- services continus, découlant directement ou indirectement de l'urgence ou d'une récurrence de l'urgence, reçus après la date à laquelle la Sun Life ou le fournisseur du PVA de la Sun Life a déterminé, en se basant sur les renseignements médicaux disponibles, que vous pouviez retourner dans la province de votre domicile, dans le cas où vous avez refusé de le faire.
- services qui sont nécessaires pour le traitement de la maladie ou blessure pour laquelle vous avez déjà reçu des services en cas d'urgence, y compris toute complication découlant de cette maladie ou blessure, si vous aviez refusé ou négligé sans raison valable de recevoir les services médicaux recommandés.
- lorsque le voyage a été entrepris dans le but de recevoir des services médicaux pour le traitement d'une maladie ou blessure, services reliés à cette maladie ou blessure, y compris toute complication ou urgence découlant directement ou indirectement de cette maladie ou blessure.

Services reçus à la recommandation du médecin

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

Les services donnés à la recommandation du médecin doivent être :

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

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

Services hors Canada reçus en cas d'urgence

Les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services reçus en cas d'urgence sont assujettis à une prestation viagère maximale de 1 000 000 $ par personne, ou à toute autre prestation viagère maximale applicable si le montant de cette dernière est inférieur.

Services et articles médicaux

Nous couvrons 80% des frais qui sont engagés pour les services médicaux ci-dessous prescrits par le médecin (les services d'optométristes autorisés, d'ophtalmologistes et de dentistes n'ont pas à être prescrits par le médecin).

- soins d'infirmières exerçant à titre privé, donnés hors de l'hôpital et médicalement nécessaires. Les services donnés doivent consister en soins infirmiers; ils ne doivent pas avoir pour objet la surveillance du malade. Par *infirmières exerçant à titre privé*, on entend des infirmières ou infirmiers et infirmières ou infirmiers auxiliaires, qui sont autorisés à exercer leur profession dans la province de votre domicile et qui ne résident pas normalement avec vous. Les services d'infirmières autorisées ne sont couverts que s'ils ne peuvent pas être donnés par des infirmières auxiliaires. La prestation maximale payable est de 25 000 $ par personne pour toute période de 3 années de référence consécutives.
- transport dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est médicalement nécessaire. Les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services reçus en cas d'urgence sont remboursés compte tenu des conditions indiquées plus haut pour les services reçus en cas d'urgence sous la rubrique *Frais engagés hors de votre province*.

- en cas d'urgence, transport aérien par service ambulancier autorisé, à destination de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est médicalement nécessaire. Les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services reçus en cas d'urgence sont remboursés compte tenu des conditions indiquées plus haut pour les services reçus en cas d'urgence sous la rubrique *Frais engagés hors de votre province*.

- les services diagnostiques suivants, reçus hors de l'hôpital, sauf si le régime provincial de la personne couverte interdit le remboursement de ces frais :

  - analyses de laboratoire.

  - échographies.

  - IRM (imagerie par résonance magnétique), tomodensitométries et autres services d'imagerie médicale, sous réserve d'un maximum global de 1 000 $ par personne par année de référence.

- traitement des dents naturelles endommagées dans un accident survenu en cours de couverture, y compris les frais d'attelles et d'arcs dentaires. Les soins doivent être donnés dans les 12 mois de l'accident. Les frais couverts sont limités aux honoraires prévus dans le tarif publié à l'intention des dentistes généralistes par l'association des chirurgiens-dentistes de la province du domicile du salarié. Le tarif utilisé est celui qui est en vigueur à la date du traitement.

- services d'ophtalmologistes ou d'optométristes autorisés, à concurrence de 50 $ par période de 24 mois.

- lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires à la suite d'une opération de la cataracte, sous réserve d'un maximum viager d'une lentille par oeil.

- perruques nécessaires à la suite d'une chimiothérapie ou de la perte de tous les cheveux attribuable à un problème de santé, à

concurrence de 300 $ par personne par année de référence. Les perruques ne nécessitent pas l'ordonnance du médecin.

- location ou, à notre demande, achat d'appareils médicalement nécessaires qui répondent à vos besoins médicaux fondamentaux. S'il y a plus d'un appareil qui répond à vos besoins médicaux fondamentaux, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil le moins cher. Dans le cas des fauteuils roulants, les frais remboursables sont limités au coût d'un fauteuil roulant non motorisé, sauf si l'état de santé de la personne justifie l'utilisation d'un fauteuil roulant motorisé.

- plâtres, attelles, bandages herniaires, orthèses et béquilles.

- prothèses mammaires nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale, à concurrence de 200 $ par personne par année de référence.

- soutiens-gorge post-opératoires nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale, sous réserve d'un maximum de 2 soutiens-gorge par personne par année de référence.

- membres ou yeux artificiels.

- couvre-moignons, sous réserve d'un maximum de 5 paires par personne par année de référence.

- bas à varices, y compris les bas à compression régressive, sous réserve d'un maximum de 2 paires par personne par année de référence.

- orthèses de pied faites sur mesure, sur l'ordonnance du médecin ou du podiatre, à concurrence de 350 $ par personne par année de référence.

- chaussures orthopédiques faites sur mesure et modifications apportées à des chaussures orthopédiques, sur l'ordonnance du médecin ou du podiatre, à concurrence de 500 $ par personne par année de référence.

- appareils de correction auditive sur l'ordonnance d'un oto-rhino-

laryngologiste, à concurrence de 500 $ par personne pour 5 années de référence consécutives. Les réparations sont comprises dans ce maximum.

- radiothérapie ou traitements de troubles de la coagulation du sang.
- administration d'oxygène, transfusions de plasma et transfusions sanguines.
- glucomètres sur l'ordonnance d'un diabétologue ou d'un interniste. La prestation maximale pouvant être versée à chaque personne sa vie durant est 700 $.
- systèmes de surveillance du glucose en continu (systèmes de SGC), y compris les récepteurs, les transmetteurs et les capteurs, pour les personnes qui ont reçu un diagnostic de diabète de type 1 ou de type 2 nécessitant la prise d'insuline, sous réserve d'un maximum global de 4 000 $ par personne par année de référence. Vous devez nous fournir une note du médecin confirmant le diagnostic et le besoin d'insuline.
- pompes à insuline.

Services paramédicaux

Nous couvrons 80% des frais, sous réserve d'un maximum global de 750 $ par personne par année de référence pour l'ensemble des spécialistes paramédicaux ci-dessous :

- services de massothérapeutes autorisés
- services d'orthophonistes autorisés.
- services de physiothérapeutes autorisés.
- services de naturopathes autorisés.
- services d'acupuncteurs autorisés.
- services d'audiologistes autorisés.
- services de diététistes autorisés.

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

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

Nous couvrons également 80% des frais, sous réserve d'un maximum global de 500 $ par personne par année de référence pour l'ensemble des spécialistes paramédicaux ci-dessous :

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

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

Nous couvrons le coût des lentilles cornéennes, des lunettes et de la correction de la vision par le laser. Les lentilles cornéennes et les lunettes doivent être obtenues d'un ophtalmologiste, ou d'un optométriste ou d'un opticien autorisés, sur l'ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste autorisé. L'intervention visant à corriger la vision par le laser doit être pratiquée par un ophtalmologiste.

Nous couvrons 80% de ces frais, à concurrence de 250 $ par personne par période de 24 mois.

Nous couvrons également 80% des frais qui sont engagés pour les services d'entraînement visuel fournis par un optométriste autorisé, à concurrence de 500 $ par personne sa vie durant.

Aucune prestation n'est payable pour les lunettes de soleil, les lunettes grossissantes et les lunettes de protection, sauf s'il s'agit de lunettes sur ordonnance nécessaires pour corriger la vision.

Cessation de la couverture

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

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

Prestations après la cessation de la couverture

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

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

Pour les besoins de la présente clause, le salarié est totalement invalide s'il est empêché par la maladie d'exercer quelque profession qui convienne à la formation ou à l'expérience qu'il a ou qu'il pourrait acquérir, et la personne à charge est totalement invalide si elle est empêchée par la maladie d'accomplir ses tâches habituelles.

En cas de résiliation de la garantie Frais médicaux, le traitement des dents naturelles endommagées dans un accident demeure couvert, pourvu que l'accident soit survenu en cours de couverture, et que les soins soient donnés dans les 6 mois de l'accident.

Exclusions

Aucune prestation n’est payable pour ce qui suit :

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

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

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

- participation à la perpétration d’un acte criminel.

Intégration du régime avec les programmes de l'État

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

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

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

Demande de règlement

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

Pour que des prestations puissent être versées, la demande de règlement doit nous parvenir dans les 90 jours qui suivent :

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

Programme Voyage Assistance

Gestionnaire du régime

Le gestionnaire de la présente garantie est la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Description générale de la garantie

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

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

Si une situation nécessitant des soins d'urgence se produit pendant un voyage effectué à l'extérieur de la province de votre domicile, le fournisseur du Programme Voyage Assistance (PVA) de la Sun Life peut vous aider.

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

Cette garantie, appelée **Médi-Passeport**, complète la section de la garantie Frais médicaux relative aux services reçus en cas d'urgence. Elle ne couvre que les services reçus en cas d'urgence dans les 60 jours de votre départ de la province de votre domicile. Si vous êtes admis à l'hôpital au cours de cette période, les services que vous recevez à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à votre sortie de l'hôpital.

La couverture prévue par Médi-Passeport est assujettie à tout maximum applicable aux services reçus en cas d'urgence de la garantie Frais médicaux. La clause portant sur les services reçus en cas d'urgence exclus de la couverture et toutes les autres conditions, exclusions et restrictions prévues par la garantie Frais médicaux s'appliquent également à la garantie Médi-Passeport.

Nous vous recommandons d'emporter avec vous votre carte

d’assistance-voyage lorsque vous voyagez. Elle contient les numéros de téléphone à composer et les renseignements nécessaires pour confirmer votre couverture et recevoir de l'aide.

Pour recevoir de l’aide

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

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

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

Assistance médicale immédiate

Le fournisseur du PVA de la Sun Life vous dirige vers un médecin, un pharmacien ou un centre de soins.

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

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

Le fournisseur du PVA de la Sun Life peut transmettre un message urgent à votre domicile, votre lieu de travail ou tout autre endroit approprié. L'organisme conserve dans ses bureaux pendant un maximum de 15 jours les messages à prendre.

Retour au domicile ou transport à un autre hôpital

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

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

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

Nourriture et logement

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

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

Retour de personnes en difficulté

Le fournisseur du PVA de la Sun Life prend des dispositions et, au besoin, verse une avance pour assurer :

- votre retour dans la province de votre domicile si vous ne pouvez plus utiliser un billet du fait que vous ou une personne à votre charge avez dû être hospitalisés ou transportés vers un centre de soins ou qu'une personne à votre charge ou sa dépouille a dû être ramenée dans la province de son domicile, en raison d'une

urgence.

- le retour d'un enfant âgé de moins de 16 ans ou souffrant d'un handicap mental ou physique et qui se retrouve seul alors qu'il voyageait avec vous, du fait que vous avez été hospitalisé à l'extérieur de la province de votre domicile en raison d'une urgence.

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

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

Visite d'un membre de la famille

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

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

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

Retour de la dépouille

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

Retour d'une voiture

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

Bagages ou documents perdus

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

Coordination des prestations

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

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

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

Avances

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

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

Sommes qui vous sont remboursées

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

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

Sommes que vous devez rembourser

Vous devez rembourser à la Sun Life les sommes suivantes que le fournisseur du PVA de la Sun Life vous a versées sous forme d'avances :

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

La Sun Life vous facture les sommes qui doivent lui être remboursées. Le paiement est exigible dès réception de la facture. Vous pouvez choisir d'effectuer le remboursement sur une période de 6 mois; des intérêts sont payables sur les sommes dues au taux déterminé par la Sun Life aux moments opportuns. Le taux d'intérêt peut être modifié au cours de la période de 6 mois.

Restrictions

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

Le fournisseur du PVA de la Sun Life se réserve le droit de suspendre ou de restreindre ses services sans préavis dans quelque région que ce

soit dans les cas suivants :

- rébellion, émeute, soulèvement militaire, guerre, conflit de travail, grève, accident nucléaire ou force majeure.
- refus des autorités du pays en cause d'autoriser le fournisseur du PVA de la Sun Life à fournir des services aussi complets que possible.

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

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

Frais dentaires

Gestionnaire du régime

Le gestionnaire de la présente garantie est la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Description générale de la garantie

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

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

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

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

Lorsqu'un tarif n'est pas publié pour une année donnée, le terme *tarif* peut également s'entendre d'un tarif rajusté établi par la Sun Life.

Pour déterminer la somme payable relativement aux frais engagés, nous vérifions d'abord si des méthodes de traitement différentes ou équivalentes auraient pu être utilisées. Ces méthodes doivent s'inscrire dans les soins dentaires reconnus qui sont de pratique courante et être aussi efficaces que celle qui a été appliquée par le dentiste. Notre remboursement est limité au montant des frais raisonnables qui correspondent à la méthode de traitement équivalente la moins coûteuse.

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

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

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

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

Franchise

Aucune franchise ne s'applique à la présente garantie.

Prestation maximale par année de référence

Les prestations que nous versons pour l'ensemble des soins dentaires ne peuvent dépasser la limite de 1 500 $ par personne pour chaque année de référence.

La prestation maximale prévue pour chaque année de référence ne s'applique pas aux frais engagés pour des soins orthodontiques. Ces frais sont assujettis à une prestation viagère maximale distincte.

Prestation viagère maximale

La prestation maximale pouvant être versée à une personne sa vie durant pour des soins orthodontiques est de 1 500 $.

Détermination préalable des prestations

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

Soins dentaires de prévention

Votre garantie Frais dentaires couvre les soins ci-après destinés à la prévention de problèmes dentaires, c'est-à-dire les soins que le dentiste donne régulièrement pour maintenir les dents en bonne santé.

Ces frais sont remboursables dans une proportion de 80%.

Examens buccaux

1 examen complet tous les 24 mois.

1 examen périodique tous les 6 mois.

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.

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

Autres soins

Consultations nécessaires entre deux dentistes.

Polissage (nettoyage des dents) et application topique de fluorure, à intervalles d’au moins 6 mois.

Traitements palliatifs et urgences.

Examens de diagnostic et de laboratoire.

Extraction de dents incluses et anesthésie à cette fin.

Mainteneurs d'espace pour dents primitives manquantes.

Scellement de puits et fissures.

Conseils d'hygiène bucco-dentaire, à intervalles d'au moins 6 mois.

La garantie couvre les séances de détartrage, sous réserve d'un maximum global de 8 unités de 15 minutes par année de référence.

Soins dentaires de base

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

Ces frais sont remboursables dans une proportion de 80%.

Obturations Amalgame, résine composite, résine acrylique 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.

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

Soins dentaires majeurs

La garantie couvre les soins dentaires majeurs ci-après.

Ces frais sont remboursables dans une proportion de 50%.

Restaurations majeures Incrustations en profondeur et de surface. Couronnes et réparation de couronnes, sauf les restaurations préfabriquées en métal (*Soins dentaires de base*).

Réparation Réparation de ponts ou de prothèses amovibles.

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. Les frais engagés pour des ponts ou prothèses amovibles

standard de remplacement moins de 5 ans après la confection ou la mise en place précédente sont remboursables aux conditions suivantes :

- dans le cas du remplacement d'un pont ou d'une prothèse amovible standard, la prothèse à remplacer nuit à l'articulation temporo-mandibulaire et ne peut être réparée à peu de frais.
- dans le cas du remplacement d'une prothèse de transition, celle-ci a été mise en place peu de temps après l'extraction des dents et ne peut être ajustée à peu de frais.

Soins orthodontiques

La garantie couvre les services ci-après donnés pour traiter les malpositions des dents.

Seuls les enfants de moins de 22 ans (de moins de 25 ans s'il s'agit d'étudiants à temps plein) sont couverts pour ces services.

Ces frais sont remboursables dans une proportion de 50%.

La garantie couvre les examens donnés par un orthodontiste, notamment les services de diagnostic et les appareils fixes ou amovibles comme les arcs dentaires.

Les soins orthodontiques comprennent ce qui suit :

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

Cessation de la couverture

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

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

Prestations après la cessation de la couverture

En cas de résiliation de la garantie Frais dentaires, le traitement des dents naturelles endommagées dans un accident demeure couvert pourvu que l'accident soit survenu en cours de couverture, et que les soins soient donnés dans les 6 mois de l'accident.

Exclusions

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

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

Nous ne couvrons pas ce qui suit :

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

- traitements expérimentaux.

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

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- malformations congénitales ou déformations acquises.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Demande de règlement

Pour présenter une demande de règlement, veuillez remplir le formulaire de demande de règlement que vous pouvez vous procurer auprès de votre employeur. Le dentiste devra remplir la section appropriée du formulaire.

Pour que des prestations puissent être versées, la demande de règlement doit nous parvenir dans les 90 jours qui suivent :

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

Nous pouvons exiger que vous nous présentiez la déclaration du dentiste en ce qui touche le traitement reçu, les radiographies prises avant le traitement et tout autre renseignement que nous estimons nécessaire.

Assurance-vie

Assureur

L'assureur de la présente garantie est 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. L'assurance-vie des personnes à charge prévoit le versement d'un capital en cas de décès de toute personne à votre charge en cours de couverture.

Votre assurance-vie de base

Capital

Le capital de votre assurance-vie est égal à 2 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 $. Le capital maximal est de 1,000 000 $.

Réduction

Lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, votre assurance-vie est ramenée à 50% du capital alors en vigueur.

Cessation de la couverture

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

Votre assurance-vie facultative

Capital

Vous pouvez opter pour un capital égal à un multiple de 10 000 $. Le capital maximal est de 500 000 $.

Attestation de bonne santé

Une attestation de bonne santé est exigée lorsque vous demandez la couverture facultative et toute augmentation de cette couverture, sauf pour la première tranche de 30 000 $ si la demande de couverture est présentée dans les 31 jours suivant l'admissibilité.

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

Assurance-vie facultative du conjoint

Capital Vous pouvez opter pour une assurance-vie facultative du conjoint d'un capital égal à un multiple de 10 000 $, à concurrence de 300 000 $.

Attestation de bonne santé Une attestation de bonne santé est exigée lorsque vous demandez la couverture facultative et toute augmentation de cette couverture, sauf pour la première tranche de 30 000 $ si la demande de couverture est présentée dans les 31 jours suivant l'admissibilité.

Cessation de la couverture L'assurance-vie facultative du conjoint prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes : vous prenez votre retraite, vous atteignez l'âge de 65 ans ou votre conjoint atteint l'âge de 65 ans. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

Assurance-vie facultative des enfants

Capital Vous pouvez opter pour une assurance-vie facultative des enfants d'un capital égal à un multiple de 5 000 $, à concurrence de 20 000 $ par enfant.

Attestation de bonne santé Une attestation de bonne santé pour vos enfants est exigée lorsque vous demandez la couverture facultative pour vos enfants et toute augmentation de cette couverture, sauf si la demande est faite dans les 31 jours suivant leur admissibilité. Si vous ne le faites pas au cours de ce délai, vous devrez présenter, à vos frais, une attestation de bonne santé.

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

Bénéficiaire

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

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

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

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

Un bénéficiaire mineur ne peut recevoir personnellement un capital-décès au titre du régime tant qu'il n'a pas atteint l'âge de la majorité. Si vous résidez à l'extérieur du Québec et que vous désirez désigner un mineur comme bénéficiaire, vous pourriez désigner une autre personne qui recevra le capital-décès en fidéicommis pour le compte du mineur. Si aucun fiduciaire n'est désigné, il peut être exigé, aux termes des lois pertinentes, que le capital-décès payable au mineur soit versé au tribunal, à un tuteur ou à un curateur public. Si vous résidez au Québec et que vous avez désigné un mineur comme bénéficiaire, le capital-décès sera versé au(x) parent(s) ou au tuteur légal du mineur, en son nom. Vous pourriez aussi (que vous résidiez au Québec ou non) désigner vos ayants droit (ou les ayants droit de votre conjoint dans le cas de l'assurance-vie facultative de votre conjoint) comme bénéficiaire et donner dans votre testament (ou dans celui de votre conjoint) des directives à l'exécuteur testamentaire ou aux exécuteurs testamentaires sur les droits du mineur. Vous devriez consulter un conseiller juridique.

Suicide

Si vous ou votre conjoint êtes couvert par l'assurance-vie facultative, le décès par suicide, conscient ou non, n'ouvre pas droit au règlement de toute tranche d'assurance-vie qui est en vigueur depuis moins de 2 ans. Toutefois, nous rembourserons le total des primes versées au titre de l'assurance en cause.

Garantie en cas d'invalidité totale

Si vous êtes atteint d'invalidité totale et que vous n'avez pas encore atteint l'âge de 65 ans ni pris votre retraite, vous demeurez couvert par l'assurance-vie, sans qu'aucune prime ne soit exigible, tant que votre invalidité totale subsiste. L'assurance ainsi maintenue est assujettie aux dispositions du contrat qui étaient en vigueur au début de votre invalidité totale, y compris celles qui portent sur la réduction et sur la cessation de l'assurance.

Une attestation de votre invalidité totale doit parvenir à la Sun Life dans les 12 mois suivant le début de votre invalidité. Par la suite, nous pouvons exiger, lorsque nous l'estimons nécessaire, une attestation établissant que cette invalidité subsiste.

Si l'attestation d'invalidité totale est acceptée après la prise d'effet d'un contrat d'assurance-vie individuelle établi par suite de la transformation de l'assurance-vie collective, le capital de l'assurance-vie collective est diminué du capital prévu par le contrat individuel, à moins que le contrat individuel ne soit cédé en contrepartie du remboursement des primes.

L'invalidité totale doit subsister pendant une période ininterrompue d'au moins 6 mois.

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

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

En ce qui a trait à votre assurance-vie, vous êtes considéré comme totalement invalide si vous êtes empêché par la maladie d'exercer quelque profession qui convienne à votre formation ou à l'expérience que vous avez ou que vous pourriez acquérir.

Transformation de l'assurance-vie collective

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

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

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

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

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

Demande de règlement

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

ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE

Assureur ***L'assureur de la présente garantie est Chubb du Canada Compagnie d'assurance.***

ÉTENDUE DE L'ASSURANCE

L'assurance décès ou mutilation accidentels de base de Chubb du Canada Compagnie d'assurance offre une assurance accident 24 heures sur 24, partout dans le monde.

ADMISSIBILITÉ

Tous les employés actifs du titulaire de la police.

INDEMNITÉS

Tous les employés admissibles sont couverts pour un capital assuré de deux (2) fois le salaire annuel arrondi au prochain 1 000 $; jusqu'à un maximum de 1 000 000 $.

Le capital assuré est réduit par 50% à l'âge de 65 ans.

Les indemnités suivantes sont prévues si dans l'année qui suit l'accident l'employé décède ou subit une des pertes suivantes :

Décès ou mutilation accidentels et paralysie

Pour perte accidentelle	**% du capital assuré**
de la vie	100%
des deux bras ou des deux jambes	200%*
de la parole et de l'ouïe	100%

des deux mains, des deux pieds ou de la vision des deux yeux, ou toute combinaison de deux des pertes suivantes : d'une main, d'un pied ou de la vision d'un œil	100%
d'un bras ou d'une jambe	80%
d'une main, d'un pied ou de la vision d'un œil	75%
de la parole ou de l'ouïe	75%
du pouce et de l'index de la même main	33%
de l'ouïe d'une oreille	25%
de tous les orteils du même pied	25%
Perte de l'usage accidentelle	
des deux bras ou des deux jambes ou d'une combinaison d'un bras et d'une jambe	200%*
des deux mains ou des deux pieds ou d'une combinaison d'une main et d'un pied	100%
d'un bras ou d'une jambe	80%
d'une main ou d'un pied	75%
du pouce et de l'index de la même main	33%
Paralysie	
quadriplégie	200%*
paraplégie	200%*
hémiplégie	200%*

*maximum de $1,000,000

- ## Coma

Cette d'indemnité paiera 1 % du capital assuré par mois si, une blessure corporelle accidentelle, entraîne la personne assurée à :

1. entrer dans un coma dans les trente (30) jours suivant l'accident;
2. demeurer dans le coma durant une période de trente (30) jours consécutifs; et
3. être confinée dans un hôpital ou un autre établissement de soins de santé afin de recevoir un traitement médicalement nécessaire associé à un coma, prescrit et supervisé par un médecin, dans les premiers trente (30) jours suivant l'accident.

Le montant d'indemnité pour coma est payable mensuellement jusqu'à 100% du capital assuré. Les brèves sorties du coma ne seront pas considérées comme une interruption de la période de trente (30) jours et n'entraîneront pas une suspension des versements, si les sorties et les récidives du coma sont attribuables au même accident.

Le versement mensuel de la prestation pour coma cesse à la première des éventualités suivantes :

1. la date du décès de la personne assurée;
2. la date où la personne assurée cesse d'être dans le coma; ou
3. le moment où le total des versements aura atteint 100% du capital assuré.

Advenant le décès de la personne assurée dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant l'accident, nous verserons alors un montant forfaitaire égal au capital assuré de la personne assurée, moins tout montant d'indemnité déjà versé pour coma.

- ## Lésion cérébrale

Cette indemnité paiera 100 % du capital assuré pour lésion cérébrale, si une blessure corporelle accidentelle entraîne une lésion cérébrale à une personne assurée. Le montant d'indemnité pour lésion cérébrale sera versé si :

1. la lésion cérébrale survient et est diagnostiquée par un médecin dans les trente (30) jours suivant l'accident;
2. la personne assurée est à l'hôpital ou dans un autre établissement de soins de santé afin de recevoir les traitements médicalement nécessaires associés à la lésion cérébrale, prescrits et supervisés par un médecin, dans les trente (30) jours suivant l'accident;
3. la lésion cérébrale persiste pendant douze (12) mois consécutifs; et
4. un médecin détermine que la lésion cérébrale est permanente, complète et irréversible à la fin des douze (12) mois consécutifs.

Si la personne assurée meurt dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant l'accident, nous verserons alors un montant forfaitaire égal au capital assuré, moins tout montant d'indemnité pour lésion cérébrale déjà versé.

Indemnisation Maximale en cas de Sinistres Multiples et d'Indemnités Multiples

Si la personne assurée est habilitée à recevoir de multiples montants d'indemnité en raison d'un même accident, le montant maximum que nous verserons alors pour toutes les indemnités n'excédera pas le capital assuré, sauf en cas de perte des deux bras ou des deux jambes, perte de l'usage des deux bras ou des deux jambes ou d'une combinaison d'un bras et d'une jambe, de quadriplégie, de paraplégie et d'hémiplégie. En aucun cas, le montant d'indemnité maximum payable n'excédera 200 % du capital assuré.

MODALITÉS ET CONDITIONS

Définitions

« Perte de la parole » s'entend de la perte totale, permanente et irréversible, de la capacité de parler sans le recours à une aide ou à des appareils mécaniques; « perte de l'ouïe » s'entend de la surdité totale, permanente et irréversible, avec un seuil d'audition de plus de 90 quatre-vingt-dix décibels pour chaque oreille, qui ne peut être corrigée au moyen de toute aide ou de tout appareil; « perte de la vue d'un œil » s'entend de la perte permanente de la vision, la vision restante ne doit pas être supérieure à 20/200 malgré le recours à une aide ou à un appareil correcteur.

« Perte d'une main » s'entend de l'amputation complète d'une main, d'au moins quatre (4) doigts de la même main à la première phalange ou plus haut ou d'au moins trois (3) doigts et du pouce de la même main; « perte d'un pied » s'entend de l'amputation complète d'un pied à la cheville ou plus haut; « perte d'un bras » s'entend de l'amputation complète d'un bras à partir ou au-dessus du coude; « perte d'une jambe » s'entend de l'amputation complète d'une jambe à partir ou au-dessus du genou; « perte du pouce et de l'index » s'entend de l'amputation complète, à la première phalange ou plus haut, du pouce et de l'index de la même main; « perte des orteils » s'entend de l'amputation complète de tous les orteils d'un même pied. Nous considérons qu'il y a une amputation même si la partie du corps spécifiée est regreffée par la suite. Si la greffe échoue et qu'une amputation devient nécessaire, nous ne verserons alors aucun montant d'indemnité additionnel pour cette amputation.

« Paralysie » s'entend de la perte totale et irréversible de toute fonction motrice et de tout usage pratique d'un bras ou d'une jambe, qui dure plus de trois cent soixante-cinq (365) jours.

« Perte de l'usage » s'entend de l'incapacité totale et permanente d'utiliser la partie du corps spécifiée qui dure plus de trois cent soixante-cinq (365) jours.

Exposition aux éléments et Disparition

Si la personne assurée est introuvable un (1) an après la disparition, l'échouement, le naufrage ou le déraillement de tout véhicule transporteur à bord duquel la personne assurée était couverte à titre d'occupant au moment de l'accident, il sera présumé, sous réserve de toutes les autres modalités et conditions de la police, que la personne assurée a subi une perte de la vie couverte aux termes de la police.
Un accident comprend l'exposition inévitable aux éléments.

Bénéficiaire

La personne assurée a le droit de désigner un bénéficiaire. Toutes les désignations de bénéficiaire doivent être :

1. effectuées par écrit;
2. consignées dans les dossiers de l'administrateur; et
3. transmises à la compagnie d'assurance au moment de la réclamation ou à tout autre moment où la compagnie d'assurance peut le demander.

Sauf tel qu'il est précisé ci-dessus, la personne assurée, et personne d'autre, à moins qu'il y ait cession irrévocable, avez le droit de changer de bénéficiaire. La personne assurée n'a pas à demander le consentement de qui que ce soit pour ce faire. Toutes les désignations et changements de bénéficiaire doivent être :

1. effectuées par écrit;
2. consignées dans les dossiers de l'administrateur; et
3. transmises à la compagnie d'assurance au moment de la réclamation ou à tout autre moment où la compagnie d'assurance peut le demander.

Le montant d'indemnité en cas de perte de la vie couverte sera versé au bénéficiaire désigné par la personne assurée.
Si la personne assurée n'a pas désigné de bénéficiaire ou s'il n'y a pas de bénéficiaire vivant au moment du décès de la personne assurée, la compagnie d'assurance paiera le montant d'indemnité pour perte de la vie à la (aux) première(s) partie survivante(s) dans l'ordre suivant :

1. au conjoint de la personne assurée;
2. en parts égales aux enfants survivants de la personne assurée;
3. en parts égales aux parents survivants de la personne assurée;
4. en parts égales aux frères et sœurs survivants de la personne assurée;
5. à la succession de la personne assurée.

GARANTIES ADDITIONNELLES

Ceinture de sécurité et dispositif de protection des occupants

Cette indemnité paiera 10 % du capital assuré si la personne assurée subit une blessure corporelle accidentelle qui entraîne une perte de la vie couverte, et que la personne assurée conduit une

voiture de tourisme ou prend place à bord d'une telle voiture, et qu'elle portait une ceinture de sécurité. La ceinture de sécurité doit avoir été bouclée convenablement et utilisée conformément aux recommandations de son fabricant.
Cette indemnité paiera aussi 10 % du capital assuré si la personne assurée subit une blessure corporelle accidentelle, telle que décrite ci-dessus, et que la personne assurée se trouve dans un siège protégé par un dispositif de protection des occupants convenablement utilisé. Dispositif de protection des occupants s'entend soit du coussin gonflable, qui se gonfle afin de protéger la tête et la région thoracique, soit de tout autre équipement de protection individuelle autre que la ceinture de sécurité. Le montant d'indemnité pour dispositif de protection des occupants ne sera versé que si le montant d'indemnité pour ceinture de sécurité est payé.
Le port effectif de la ceinture de sécurité au moment de l'accident et le bon fonctionnement du dispositif de protection des occupants doivent être attestés dans le rapport officiel dudit accident ou être certifié, par écrit, par le policier enquêteur.
En aucun cas, un montant d'indemnité pour ceinture de sécurité n'est versé si la personne assurée conduisait un véhicule engagé dans une course ou un concours de tout genre ou voyageait à bord d'un véhicule utilisé à une telle fin.

En aucun cas, le total des versements relatifs au montant d'indemnité pour ceinture de sécurité et au montant d'indemnité pour dispositif de protection des occupants n'excédera 20 % du capital assuré jusqu'à maximum de 50 000$.

Frais d'études

Cette indemnité remboursera les frais d'études jusqu'à 7 500 $ par année pour chaque enfant à charge admissible si une blessure corporelle accidentelle entraîne la perte de la vie couverte de la personne assurée. La présente garantie s'applique uniquement si la personne assurée à un ou des enfants à charge au moment de la perte de la vie couverte:

1. qui sont inscrits comme étudiants à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur à la date de votre perte de la vie couverte; ou
2. qui s'inscrivent ultérieurement comme étudiants à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur dans les deux (2) ans suivant la date de la perte de la vie couverte de la personne assurée; et
3. qui doivent engager des frais d'études.

Cette indemnité remboursera les frais de garde d'études à l'égard de chaque enfant à charge admissible pour les droits de scolarité et frais de pension facturés par l'établissement d'enseignement supérieur, ainsi que le coût des livres et fournitures scolaires requis. Cependant, le montant annuel total des paiements effectués pour chaque enfant à charge n'excédera pas 7 500

$. La durée du versement de l'indemnité pour les frais d'études se limite à quatre (4) années consécutives pour chaque enfant à charge. En aucun cas le versement total n'excédera 50 000 $.

Le montant d'indemnité pour frais d'études est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

Frais de formation professionnelle

Si la personne assurée subit un sinistre couvert en raison d'une blessure corporelle accidentelle, cette indemnité remboursera les dépenses réellement engagées relativement aux droits de scolarité, aux frais de pension, au coût des livres et fournitures scolaires requis facturés par un établissement d'enseignement supérieur pour la formation visant à préparer la personne assurée au travail dans toute profession rémunérée.
Le montant d'indemnité pour frais de formation professionnelle est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.
Nous verserons le montant d'indemnité pour frais de formation professionnelle jusqu'à la première des éventualités suivantes :

1. le moment où la totalité du 15 000 $ a été versé; ou
2. la fin d'une période de deux (2) ans après la date de la blessure corporelle accidentelle.

Frais de formation professionnelle du conjoint

Si la personne assurée subit une blessure corporelle accidentelle qui entraîne la perte de sa vie couverte, cette indemnité remboursera les dépenses réellement engagées par le conjoint de la personne assurée relativement aux droits de scolarité, aux frais de pension, au coût des livres et fournitures scolaires requis facturés par un établissement d'enseignement supérieur, dans le but d'obtenir des compétences nécessaires à l'exercice d'un emploi ou afin de se recycler à cette fin. La présente garantie s'applique uniquement si le conjoint de la personne assurée survivant engage des frais de formation professionnelle dans les trois (3) années suivant la date de la perte de la vie couverte de la personne assurée. En aucun cas le versement total n'excédera 15 000 $.

Le montant d'indemnité pour frais de formation professionnelle du conjoint est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

Frais de garde d'enfants

Cette indemnité remboursera les frais de garde d'enfants jusqu'à 5 000 $ par année pour chaque enfant à charge admissible si une blessure corporelle accidentelle entraîne une perte de la vie couverte de la personne assurée. La présente garantie s'applique uniquement si la personne

assurée à un ou des enfants à charge de moins de 13 ans à l'égard desquels des frais de garde d'enfants sont engagés dans les 365 jours suivant la perte de la vie couverte de la personne assurée.
Cette indemnité remboursera les frais de garde d'enfants à l'égard de chaque enfant à charge admissible. Cependant, le paiement total n'excédera pas 25 000 $ quel que soit le nombre d'enfants à charge pour lequel le versement est effectué.

Les frais de garde d'enfants sont payables à la personne physique qui a engagé de tels frais pour l'enfant à charge.

Frais d'identification

Cette indemnité remboursera jusqu'à 15 000 $ pour les frais raisonnables de transport et d'hébergement qui sont engagés par un membre de la famille immédiate si une blessure corporelle accidentelle entraîne la perte de la vie couverte de la personne assurée, en deçà d'une (1) année de la blessure corporelle accidentelle et :

1. que la présence d'un membre de la famille immédiate est requise par les autorités policières ou un pouvoir public analogue; et
2. que la perte de la vie est subie à plus de cent cinquante kilomètres (150 km) du lieu de résidence habituelle de la personne assurée.

Le montant d'indemnité pour frais d'identification est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

Frais de psychothérapie

Cette indemnité remboursera les frais raisonnables et courants jusqu'à 5 000 $ pour une consultation médicalement nécessaire donnée par un médecin pour un trouble mental ou un désordre nerveux, que ce soit un traitement ambulatoire ou non, dans un hôpital ou un autre établissement de santé autorisé à fournir un tel traitement si, à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, la personne assurée subit un sinistre couvert qui, de l'avis d'un médecin, rend nécessaire une psychothérapie pour :

1. la personne assurée ; ou
2. la personne à charge de la personne assurée.

Le montant d'indemnité pour frais de psychothérapie est payable sur une base excédentaire. La compagnie d'assurance déterminera le montant payable pour les frais de psychothérapie et réduira ce montant de tout autre montant déjà payé ou payable par tout autre régime. La compagnie

d'assurance paiera la somme restante à titre de montant d'indemnité, mais en aucun cas ne versera plus que 5 000 $.
Le montant d'indemnité pour frais de psychothérapie est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.
Les paiements du montant d'indemnité pour frais de psychothérapie cessent à la première des éventualités suivantes :

1. le moment où la totalité du 5 000 $ a été versée; ou
2. la fin d'une période de deux (2) ans après la date du sinistre couvert.

Frais de réadaptation

Si, à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, la personne assurée subit un sinistre couvert :

1. qui empêche la personne assurée de remplir toutes les fonctions de votre profession habituelle de la personne assurée; et
2. qui, de l'avis d'un médecin, rend nécessaire la participation de la personne assurée à un programme de réadaptation,

cette indemnité remboursera les frais raisonnables et courants jusqu'à 15 000 $ pour le traitement, autre qu'une psychothérapie, destiné à préparer la personne assurée à exercer toute profession rémunérée, y compris la profession habituelle de la personne assurée :

1. donné par un thérapeute diplômé, dûment inscrit ou habilité à cette fin; ou
2. donné dans un hôpital ou dans un autre établissement autorisé à cette fin.

La réadaptation doit se faire sous la direction d'un médecin.
Le montant d'indemnité pour frais de réadaptation est payable sur une base excédentaire. La compagnie d'assurance déterminera le montant payable pour les frais de réadaptation et réduira ce montant de tout autre montant déjà payé ou payable par tout autre régime. La compagnie d'assurance paiera la somme restante à titre de montant d'indemnité, mais en aucun cas ne versera plus 15 000 $.
Le montant d'indemnité pour frais de réadaptation est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.
Les paiements du montant d'indemnité pour frais de réadaptation cessent à la première des éventualités suivantes :

1. le moment où la totalité du 15 000 $ a été versé; ou
2. la fin d'une période de deux (2) ans après la date de la blessure corporelle accidentelle.

Frais de rapatriement

Cette indemnité remboursera les frais jusqu'à 15 000 $ pour les coûts réels de la préparation du défunt pour l'enterrement ou la crémation et l'envoi du corps à votre lieu de résidence habituelle si, en deçà d'une (1) année de la blessure corporelle accidentelle, vous subissez une perte de la vie couverte à plus de cinquante kilomètres (50 km) de votre lieu de résidence habituelle.

Frais de transport de membres de la famille

Cette indemnité remboursera les frais jusqu'à 15 000 $ pour les coûts réels engagés par un membre de la famille immédiate à des fins d'hébergement temporaire, de transport et de repas pour le trajet aller et retour lors des visites à la personne assurée si, en deçà d'une (1) année de la blessure corporelle accidentelle qui a entraîné le sinistre :

1. la personne assurée est confinée dans un hôpital situé à au moins cinquante kilomètres (50 km) de son lieu de résidence habituel; et
2. le médecin traitant recommande la présence d'un membre de la famille immédiate pour des soins personnels.

Le montant d'indemnité pour frais de voyage familiaux est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

Frais funéraires

Cette indemnité remboursera les frais funéraires jusqu'à 5 000 $ si une blessure corporelle accidentelle entraîne la perte de la vie couverte de la personne assurée.

Le montant d'indemnité pour frais funéraires est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

Frais d'hospitalisation

Cette d'indemnité paiera 75 $ par jour après un délai de carence de 3 jours pour chaque jour d'hospitalisation, si à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, la personne assurée subit un sinistre couvert qui entraîne son hospitalisation. Le montant d'indemnité pour hospitalisation sera versé jusqu'à concurrence de 30 jours.
Le versement du montant d'indemnité en cas d'hospitalisation cesse à la première des éventualités suivantes :

1. le décès de la personne assurée;
2. la fin de l'hospitalisation de la personne assurée; ou
3. l'expiration du 30 jours.

Si la personne assurée obtient son congé de l'hôpital et que, en raison du même accident, la personne assurée est de nouveau hospitalisée dans les trois (3) jours suivant votre congé, les exigences relatives au délai de carence sont réputées être satisfaites et les versements de l'indemnité en cas d'hospitalisation reprennent. Cependant, en aucun cas, le total de nos versements pour l'hospitalisation n'excédera 30 jours.

Modification du domicile et du véhicule

Cette indemnité remboursera les frais jusqu'à 15 000 $ pour maison adaptée et jusqu'à 15 000 $ pour véhicule adapté si une blessure corporelle accidentelle entraîne un sinistre couvert nécessitant que vous engagiez des frais pour une maison adaptée ou un véhicule adapté. Les dépenses relatives à une maison adaptée ou un véhicule adapté doivent être engagées dans les vingt-quatre (24) mois suivant la blessure corporelle accidentelle. Le montant d'indemnité pour maison adaptée ou véhicule adapté est payable si :

1. un médecin atteste que la maison adaptée ou le véhicule adapté est nécessaire afin d'accueillir votre incapacité physique;
2. les travaux relatifs à la maison adaptée ou au véhicule adapté sont effectués par des personnes compétentes dans la réalisation de tels travaux;
3. la maison adaptée ou le véhicule adapté est conforme à toute loi ou exigence visant l'approbation par l'autorité gouvernementale compétente à l'endroit où les services sont rendus; et
4. les coûts relatifs à la maison adaptée ou au véhicule adapté n'excèdent pas le niveau habituel de frais engagés pour des modifications ou aménagements semblables à l'endroit où les frais sont engagés.

Le montant d'indemnité pour maison adaptée et pour véhicule adapté est payable à la personne physique qui a engagé de telles dépenses.

En aucun cas, le total des versements pour maison adaptée et pour véhicule adapté n'excédera 15 000 $.

Soins d'un parent

Cette indemnité paiera jusqu'à 5 000 $ en part égale à chacun des parents à charge de la personne assurée qui reçoit un soutien financier et des soins de la personne assurée (comme en témoignent les déclarations d'impôt canadien sur le revenu déclarant qu'un tel parent est un parent à charge) jusqu'à concurrence de 20 000 $ si la personne assurée subit une blessure corporelle accidentelle qui entraîne une perte de la vie couverte.

CESSATION DE L'ASSURANCE

L'assurance de la personne assurée expire automatiquement à la première des dates suivantes :

1. la date d'expiration de la police;
2. l'expiration de la période pour laquelle la prime requise a été payée pour la personne assurée;
3. la date à laquelle la personne assurée ne satisfait plus les critères d'admissibilité. Pour les personnes à charge, ils ne satisfont plus aux critères d'admissibilité quand ils ne se trouvent plus dans les définitions ci-dessous:

À la date d'expiration, l'assurance pour une personne assurée peut être prolongée, selon la politique d'emploi de l'employeur, de la manière suivante :

1. si la personne assurée est temporairement licenciée, alors l'assurance pourrait se prolonger durant toute la période de mise à pied temporaire, jusqu'à un maximum de 365 jours suivant la date à laquelle commence le licenciement;
2. si la personne assurée est en congé autorisé, alors l'assurance pourrait se prolonger durant toute la période du congé autorisé, jusqu'à un maximum de 365 jours suivant la date à laquelle commence le congé;
3. si la personne assurée est absente de son travail en raison d'une absence autorisée pour raison familiale ou médicale, alors l'assurance pourrait se prolonger pendant toute la période de l'absence, jusqu'à un maximum de 365 jours après la date à laquelle une telle absence débute, à moins qu'une période plus longue ne soit convenue.

La prolongation de l'assurance est sous réserve du paiement de la prime.

Droit de transformation

Dans le cas où l'assurance de l'employé sur la police cesse pour une raison autre que la résiliation de la police, l'employé est admissible à acheter une police d'assurance accident individuelle. Afin de transformer cette assurance en une police d'assurance accident individuelle, l'employé doit soumettre à nous, ou à notre représentant autorisé :

1. une proposition écrite complète ; et
2. la prime requis

pour la police d'assurance accident individuelle dans les trente et un (31) jours après la cessation de l'assurance.
La police d'assurance accident individuelle :

1. sera émise sans avoir à fournir une preuve d'assurabilité;

2. fournira l'assurance uniquement pour la perte de la vie et de mutilation comparable, mais non supérieur à l'assurance résilié;
3. ne paiera pas pour la même perte pour laquelle des indemnités ont déjà été versées en vertu de la police;
4. sera soumis aux modalités et conditions de la police individuelle.

Renonciation à la prime

Si l'employé subit une blessure corporelle accidentelle ou une maladie qui entraîne une invalidité qui continue pour une période de 60 jours ou le délai de carence pour l'assurance invalidité de longue durée si l'employé a droit à des prestations d'invalidité de longue durée, nous renoncerons la prime exigible à la fin de la période applicable.

Cette renonciation à la prime prend fin à la première des éventualités suivantes:

1. la date à laquelle la personne assurée principale cessera de souffrir d'une invalidité;
2. la date à laquelle la personne assurée principale omettra de présenter la preuve requise de l'invalidité;
3. la date à laquelle la personne assurée principale omettra de subir un examen physique;
4. la date à laquelle la personne assurée principale atteindra l'âge de 65 ans;
5. la date à laquelle la police prendra fin; ou
6. la date du décès de la personne assurée principale.

EXCLUSIONS

Il existe certaines situations que nous ne couvrons pas dans notre police, notamment les suivantes :

Aéronef propre, aéronef affrété ou aéronef mis en service

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, au fait que la personne assurée se trouve à bord, monte à bord ou descend d'un aéronef propre, loué ou mis en service par le titulaire de la police ou au nom du titulaire de la police; ou mis en service par un employé du titulaire de la police ou au nom du titulaire de la police.

Pilote ou membre de l'équipage d'un aéronef

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, au fait que l'employé voyage à titre de passager à bord d'un aéronef, qu'il y monte ou en descend, alors qu'il exerce des fonctions de pilote ou de membre de l'équipage, ou qu'il reçoit une formation dans ce

sens, sauf alors qu'il exerce des fonctions de pilote ou de membre de l'équipage d'un aéronef propre ou d'un aéronef affrété de l'employeur ou alors qu'il exerce des fonctions de pilote ou de membre de l'équipage, ou qu'il reçoit une formation dans ce sens à la direction de l'employeur. La présente exclusion ne s'applique pas aux passagers qui exercent temporairement des fonctions de pilote ou de membre de l'équipage dans une situation d'urgence constituant un danger de mort.

Maladie

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, à un choc émotionnel, un trouble mental ou physique, une maladie, une grossesse, un accouchement ou une fausse couche, une infection virale ou bactérienne, ou une déficience corporelle attribuable à la défaillance cardiaque ou circulatoire de l'employé, ou des traitements médicaux ou chirurgicaux qui en suivent. La présente exclusion ne s'applique pas à l'infection bactérienne causée par un accident ou par la consommation accidentelle d'une substance contaminée par une bactérie.

Incarcération

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, à toute circonstance alors que l'employé est incarcéré suite à sa condamnation.

Service dans les forces armées

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, au fait que l'employé participe à une action militaire alors qu'il est en service militaire actif dans les forces armées de tout pays ou de toute autorité internationale établie. Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas aux premiers soixante (60) jours consécutifs d'un service militaire actif dans les forces armées de tout pays ou de toute autorité internationale établie.

Suicide ou blessure volontaire

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, au suicide ou à la tentative de suicide de l'employé ou à une blessure volontaire qu'elle s'inflige intentionnellement.

Sanctions commerciales

- Un sinistre lorsque le gouvernement du Canada impose toute sanction commerciale ou économique interdisant l'assurance pour tout accident, blessure corporelle accidentelle ou sinistre; ou alors que d'autres lois existent interdisant de procurer une assurance pour tout accident, blessure corporelle accidentelle ou sinistre.

Guerre

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, à une guerre déclarée ou non. La guerre, qu'elle soit déclarée ou non, n'inclut pas les actes de terrorisme.

Les renseignements contenus dans le présent document constituent un résumé des principales caractéristiques du régime, lequel est soumis aux dispositions du contrat d'assurance établi par Chubb du Canada Compagnie d'assurance en vertu de la police 9906-7281.

Protection des renseignements personnels

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

À votre choix

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