

VOS **garanties** collectives

Niobec 
UNE COMPAGNIE DE MAGRIS RESOURCES

Syndiqués horaires

Contrat numéro 101557
À effet du 1^{er} janvier 2017

Contrat numéro 1PY80
L'assureur de la garantie Décès et mutilation
accidentels est *SSQ Société d'assurances inc.*

Table des matières

Conditions générales	1
Votre brochure	1
Conditions d'admission	1
Personne à charge.....	2
Adhésion	2
Prise d'effet de la couverture.....	3
Modification de la couverture	4
Tenue à jour de votre dossier	4
Accès à vos dossiers.....	4
Cessation de la couverture.....	5
Remplacement de la couverture	6
Demande de règlement.....	6
Actions en justice	6
Attestation d'invalidité.....	7
Coordination des prestations	7
Examen médical	8
Droit de recouvrement.....	8
Définitions.....	8
Frais médicaux (Complément d'assurance-maladie)	10
Assureur	10
Description générale de la garantie	10
Franchise	10
Médicaments sur ordonnance	10
Frais hospitaliers engagés dans votre province	14
Frais engagés hors de votre province	15
Services et articles médicaux.....	17
Services paramédicaux	19
Lentilles cornéennes, lunettes et correction de la vision par le laser	20
Cessation de la couverture.....	21
Prestations après la cessation de la couverture	21
Exclusions	21
Intégration du régime avec les programmes de l'État	22
Demande de règlement.....	23
Programme Voyage Assistance	24
Assureur	24

Frais dentaires	30
Assureur	30
Description générale de la garantie	30
Franchise	30
Prestation maximale par année de référence	30
Prestation viagère maximale.....	31
Détermination préalable des prestations.....	31
Soins dentaires de prévention.....	31
Soins dentaires de base.....	32
Soins dentaires majeurs.....	32
Soins orthodontiques	33
Cessation de la couverture.....	33
Prestations après la cessation de la couverture	33
Exclusions	34
Demande de règlement.....	35
Invalidité de courte durée (Indemnité hebdomadaire).....	36
Assureur	36
Description générale de la garantie	36
Début de l'indemnisation	36
Périodes successives d'invalidité	37
Prestations	37
Congé de maternité et congé parental.....	38
Programme de réadaptation.....	39
Réclamation à un tiers	39
Fin de l'indemnisation.....	40
Cessation de la couverture.....	40
Droits après la résiliation de la garantie	40
Exclusions	40
Demande de règlement.....	41
Invalidité de longue durée	42
Assureur	42
Description générale de la garantie	42
Début de l'indemnisation	43
Prestations	43
Congé de maternité et congé parental.....	45
Programme en cas d'invalidité partielle.....	45
Programme de réadaptation.....	46
Périodes successives d'invalidité au cours du délai de carence.....	47
Périodes successives d'invalidité après le début de l'indemnisation.....	47
Réclamation à un tiers	47

Vos responsabilités.....	47
Fin de l'indemnisation.....	48
Cessation de la couverture.....	48
Droits après la résiliation de la garantie	48
Exclusions	48
Demande de règlement.....	50
Assurance-vie.....	51
Assureur	51
Description générale de la garantie	51
Votre assurance-vie de base	51
Votre assurance-vie facultative	51
Assurance-vie de base des personnes à charge.....	52
Assurance-vie facultative du conjoint	52
Bénéficiaire	52
Suicide.....	53
Garantie en cas d'invalidité totale	53
Transformation de l'assurance-vie collective.....	54
Demande de règlement.....	54
Assurance en cas de décès ou mutilation accidentels DE BASE.....	55
L'assureur de la présente garantie est SSQ, Société d'assurance inc.	55

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.

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.

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 prend fin dès que vous avez accompli 480 heures de travail.

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

à un programme de réadaptation.

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

Personne à charge

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

Par *conjoint*, on entend votre conjoint en vertu d'un mariage ou de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou la personne de sexe opposé ou de même sexe qui est publiquement présentée comme étant votre conjoint depuis au moins 12 mois. Aucune période minimale de cohabitation n'est exigée si un enfant est né de votre union. À toute époque, le régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint.

Par *enfant*, on entend tout enfant du salarié ou de son conjoint (sauf un enfant pris en foyer nourricier), qui n'est pas lié à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi, et qui est âgé de moins de 21 ans.

L'enfant de moins de 26 ans qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et dont vous assurez entièrement le soutien sur le plan financier est également considéré comme un enfant.

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

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

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

Adhésion

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

régime.

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

Une attestation de bonne santé est exigée lorsque vous demandez la couverture facultative et toute augmentation de cette couverture, sauf pour un montant égal à 1 fois votre salaire de base annuel si la demande de couverture est présentée dans les 31 jours suivant l'admissibilité ou dans les 31 jours de l'ajout d'un conjoint. Si l'augmentation de couverture est suite à une augmentation de salaire de base, aucune attestation de bonne santé est exigée.

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 par les garanties Frais médicaux et Frais dentaires, 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.

Remplacement de la couverture

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

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

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

Demande de règlement

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

Délai de prescription en Ontario :

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

Délai de prescription dans les autres provinces :

Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été

intentée dans le délai fixé par la loi sur les assurances ou toute autre loi applicable dans votre province ou territoire.

Attestation d'invalidité

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

Coordination des prestations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

<i>Accident</i>	Blessure causée uniquement et directement par l'action violente, soudaine et imprévue d'une cause extérieure.
<i>Date du départ à la retraite</i>	Si vous êtes totalement invalide, la date de votre départ à la retraite correspond à votre 65 ^e anniversaire de naissance, à moins que vous n'ayez effectivement pris votre retraite avant cet anniversaire.
<i>Maladie</i>	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.
<i>Médecin</i>	Médecin ou chirurgien autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il donne des soins médicaux.
<i>Salaire de base</i>	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.
<i>Traitement approprié</i>	Traitement donné et prescrit par un médecin ou, lorsque la Sun Life l'estime nécessaire, par un médecin spécialiste. Il doit s'agir d'un traitement raisonnable et de pratique courante qui ne se limite pas à des examens ou à des tests, et la fréquence des soins doit correspondre à celle qu'exige normalement l'affection en cause.

Frais médicaux (Complément d'assurance-maladie)

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

- stérilets et diaphragmes.
- articles devenus nécessaires à la suite d'une colostomie.
- injections sclérosantes pour le traitement des varices.
- médicaments contre l'obésité. Une recommandation médicale doit être transmise par le médecin. La couverture ne peut prendre effet avant que la Sun Life n'accepte la recommandation.

La garantie couvre le coût des médicaments et articles ci-dessus, à raison de :

- 90% pour les stérilets, les diaphragmes, les vaccins, les médicaments génériques et les médicaments de marque originale qui n'ont aucun équivalent générique.
- 70% pour les autres médicaments de marque originale et tous les autres frais remboursables.

Les médicaments figurant sur la liste de la RAMQ qui ne sont pas couverts sous ce plan seront remboursés à 90%.

Le pourcentage de remboursement passe à 100% dès que la contribution maximale aux frais est atteinte. Toutefois, s'il existe un médicament équivalent moins cher que celui faisant l'objet de la demande de remboursement, le pourcentage de remboursement de 100% s'appliquera uniquement à la portion des frais correspondant au prix du médicament équivalent le moins cher, à moins que la Sun Life n'ait expressément approuvé le remboursement du médicament plus coûteux.

Nous limitons les prestations versées pour chaque achat d'articles ou de médicaments au coût de la quantité qu'il est raisonnable d'utiliser dans les 180 jours de l'achat.

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.
- protéines et suppléments alimentaires ou diététiques.
- stimulants de la pousse des cheveux.

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

Auxiliaires antitabagiques

Pour les salariés résidant au Québec, les auxiliaires antitabagiques sont couverts compte tenu des exigences du régime d'assurance-médicaments du Québec.

Services pharmaceutiques (rendus par les pharmaciens)

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

Médicament équivalent

Pour les salariés résidant au Québec, pour les médicaments figurant dans la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), s'il existe un médicament équivalent moins cher que le médicament prescrit, les frais venant en excédent du prix du médicament équivalent le moins coûteux peuvent ne pas être pris en compte dans le calcul du remboursement, à moins que la Sun Life n'ait expressément approuvé le remboursement du médicament plus coûteux. 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. Les frais venant en excédent du prix du médicament équivalent le moins coûteux ne sont pas pris en compte dans la contribution maximale aux frais, à moins que la Sun Life n'ait expressément approuvé le remboursement du médicament plus coûteux.

Régime d'assurance-médicaments du Québec

Toute condition du présent régime qui n'est pas conforme aux exigences du régime d'assurance-médicaments du Québec est automatiquement modifiée pour satisfaire à ces exigences.

Contribution maximale aux frais

Les frais de médicaments sur ordonnance qui ne sont pas remboursés par le présent régime en raison de l'application de la franchise ou du pourcentage de remboursement sont limités au cours de chaque année de référence à la contribution maximale annuelle établie par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Il y a une contribution maximale pour vous, et une autre pour votre conjoint. Les frais de médicaments engagés pour vos enfants sont compris dans la contribution maximale de celui des parents qui engage les frais les plus élevés au cours de l'année de référence.

Personnes de 65 ans ou plus

À moins d'avis contraire de votre part, dès que vous atteignez l'âge de 65 ans vous êtes automatiquement inscrit au régime public d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) en ce qui concerne la couverture de base des frais de médicaments. Étant donné qu'après avoir atteint l'âge de 65 ans, vous êtes toujours admissible à une garantie de remboursement de frais médicaux au titre de votre régime collectif, vous devez faire un choix quant à votre couverture de base puisqu'elle peut aussi bien être assurée par le régime public que par votre régime collectif.

Si vous optez pour la couverture de base du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, votre régime collectif constitue alors un complément de couverture par rapport à la couverture de base de la RAMQ. Cette couverture complémentaire ne remplace pas la couverture de base de la RAMQ, mais elle la complète en couvrant, par exemple, des médicaments non assurés par le régime public ou la partie des frais de médicaments non remboursée par le régime public. Dans ce cas, lorsque vous remplirez votre déclaration de revenus, prenez soin d'indiquer que vous êtes inscrit au régime public de la RAMQ pour la couverture de base. Vous devrez alors en payer la prime.

Par contre, si vous choisissez de maintenir la couverture de base au titre de votre régime collectif, vous devrez annuler votre inscription au régime public en communiquant avec la RAMQ par téléphone ou en vous présentant à l'un de ses bureaux pendant les heures d'ouverture. Mais au préalable, nous vous recommandons de communiquer avec le responsable de la gestion de vos avantages sociaux pour clarifier votre situation. Nous ne pouvons malheureusement pas modifier votre dossier sans la confirmation du responsable de la gestion de vos avantages sociaux.

Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments

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

Frais hospitaliers engagés dans votre province

Nous couvrons, dans une proportion de 90%, les frais qui ont été engagés pour des soins hospitaliers reçus dans la province de votre domicile.

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

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.

Hôpital de convalescence

Nous couvrons, dans une proportion de 90%, 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 correspond à la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre semi-particulière.

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.

Établissement de soins prolongés

Nous couvrons 100% des frais engagés pour une hospitalisation dans un établissement de soins prolongés, à condition que le régime provincial d'assurance-maladie verse une indemnité journalière pour l'hospitalisation.

La prestation maximale payable correspond à la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre semi-particulière, à concurrence de 180 jours par personne par année de référence.

On entend par *établissement de soins prolongés* un établissement autorisé à donner des soins aux personnes qui ont besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne, qui ne peuvent être soignées à domicile et qui nécessitent, sous la surveillance de médecins, des soins infirmiers spécialisés 24 heures sur 24. L'établissement qui est une maison de repos, une résidence pour personnes âgées, un hôpital pour malades chroniques, un sanatorium, un hôpital de convalescence ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie n'est pas considéré comme un établissement de soins prolongés.

Chirurgie esthétique

Nous couvrons 90% des frais engagés pour une chirurgie esthétique à la suite d'un accident survenu en cours de couverture. La prestation maximale payable est de 5 000 \$ par accident.

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.

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

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

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

Services reçus en cas d'urgence exclus de la couverture

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

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

pour laquelle vous avez déjà reçu des services en cas d'urgence, y compris toute complication découlant de cette maladie ou blessure, si vous aviez refusé ou négligé sans raison valable de recevoir les services médicaux recommandés.

- lorsque le voyage a été entrepris dans le but de recevoir des services médicaux pour le traitement d'une maladie ou blessure, services reliés à cette maladie ou blessure, y compris toute complication ou urgence découlant directement ou indirectement de cette maladie ou blessure.

Services reçus à la recommandation du médecin

Les *services reçus à la recommandation du médecin* doivent être donnés pour le traitement d'une maladie et prescrits par un médecin exerçant dans la province de votre domicile. Nous réglons 90% 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 et articles médicaux

Nous couvrons 90% 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.
- services d'un préposé aux services de soutien à la personne ou d'un fournisseur de services analogues, si le médecin atteste que, en raison d'une maladie, vous dépendez actuellement d'autres personnes pour vos

besoins et soins personnels, et continuerez probablement à en dépendre pendant une période prolongée indéterminée, et que vous avez besoin d'aide à temps plein. Le préposé ou le fournisseur de services doit être âgé d'au moins 18 ans et ne peut être un membre de la famille. La prestation maximale payable est de 60 \$ par jour, pour une période limitée à 60 jours par personne par année de référence.

- transport dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est nécessaire pour des raisons d'ordre médical.
- en cas d'urgence, transport aérien par service ambulancier autorisé, à destination de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est nécessaire pour des raisons d'ordre médical.
- les services diagnostiques suivants, reçus hors de l'hôpital, sauf si le régime provincial de la personne couverte interdit le remboursement de ces frais :
 - analyses de laboratoire.
 - échographies.
 - pré-natals.
 - IRM (imagerie par résonance magnétique), électrocardiogrammes et mammographies.
- 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.
- location ou, à notre demande, achat d'appareils nécessaires pour des raisons d'ordre médical qui répondent à vos besoins médicaux fondamentaux. S'il y a plus d'un appareil qui répond à vos besoins médicaux fondamentaux, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil le moins cher. Dans le cas des frais engagés pour un fauteuil roulant, la couverture est limitée à l'utilisation d'un fauteuil roulant non motorisé, sauf si l'état de santé de la personne justifie l'utilisation d'un fauteuil roulant motorisé.

- plâtres, attelles, bandages herniaires, orthèses et béquilles.
- membres artificiels.
- bas à varices, sous réserve d'un maximum de 4 paires par personne par année de référence.
- orthèses de pied faites sur mesure, sur l'ordonnance du médecin ou du podiatre.
- supports plantaires, sur l'ordonnance du médecin ou du podiatre.
- appareils de correction auditive sur l'ordonnance d'un oto-rhino-laryngologiste, à concurrence de 250 \$ par personne par période de 24 mois. 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.
- pompes à insuline.
- pour le salarié, rapport médical nécessaire au règlement d'une demande de prestation d'invalidité.

Nous couvrons 100% des frais pour les services d'ophtalmologistes ou d'optométristes autorisés, à concurrence d'un examen par personne par période de 24 mois.

Nous couvrons 50% des frais pour chaussures orthopédiques faites sur mesure et modifications apportées à des chaussures orthopédiques, sur l'ordonnance du médecin ou du podiatre.

Services paramédicaux

Nous couvrons 80% des frais, sous réserve d'un maximum global de 1 000 \$ par personne par année de référence pour l'ensemble des spécialistes paramédicaux ci-dessous :

- services de psychologues ou travailleurs sociaux autorisés.
- services de psychiatres autorisés.
- services de psychanalystes qui ont la qualité de membre actif d'une association provinciale reconnue par la Sun Life.

- services de massothérapeutes ou d'orthothérapeutes autorisés.
- services d'orthophonistes autorisés.
- services de physiothérapeutes ou de thérapeutes en réadaptation autorisés.
- services d'acupuncteurs autorisés.
- services d'audiologistes autorisés.
- services d'ergothérapeutes autorisés.
- services de naturopathes autorisés.
- services d'ostéopathes autorisés (cette catégorie de spécialistes paramédicaux comprend également les praticiens en ostéopathie). De plus, nous couvrons les examens radiologiques, à concurrence de 50 \$ par personne par année de référence.
- services de chiropraticiens autorisés. De plus, nous couvrons les examens radiologiques, à concurrence de 50 \$ par personne par année de référence.
- services de podiatres autorisés. De plus, nous couvrons les examens radiologiques, à concurrence de 50 \$ par personne par année de référence.

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 225 \$ par personne par période de 24 mois.

Nous couvrons également 100% du coût des lentilles cornéennes prescrites dans le cas d'altération de la cornée, lorsque les lunettes ne permettent pas de porter l'acuité visuelle du meilleur oeil à au moins 20/40. La prestation maximale pouvant être versée à chaque personne sa vie durant est 450 \$.

Aucune prestation n'est payable pour les lunettes de soleil, les lunettes grossissantes et les lunettes de protection.

Cessation de la couverture

La couverture prévue par la garantie Frais médicaux prend fin au départ à la retraite ou au 70^e anniversaire du salarié, si cet anniversaire est antérieur. Veuillez communiquer avec votre employeur pour des informations concernant votre couverture à la retraite.

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, humidificateurs et équipement nécessaire au traitement des dépressions hivernales).
- services ou articles qui ne sont pas habituellement fournis pour le

traitement d'une maladie, y compris les traitements expérimentaux.

- services ou articles qui ne sont pas approuvés par Santé Canada ou par un autre organisme de réglementation gouvernemental pour le grand public.
- services ou articles qui ne sont pas généralement reconnus par le corps médical canadien comme efficaces, appropriés et requis pour traiter une maladie d'après les normes médicales canadiennes.
- services ou articles qui ne sont pas des frais médicaux admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).
- services ou articles pour lesquels il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture.

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

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

Intégration du régime avec les programmes de l'État

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

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

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

Demande de règlement

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

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

- de 15 mois après la date à laquelle vous engagez les frais,
- ou de 90 jours après la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais médicaux, si cette période prend fin antérieurement.

Programme Voyage Assistance

Assureur

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

Description générale de la garantie

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

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

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

Cette garantie, appelée **Médi-Passeport**, complète la section de la garantie Frais médicaux relative aux services reçus en cas d'urgence.

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

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

Pour recevoir de l'aide

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

Vous avez accès 24 heures sur 24 à un centre de coordination disposant d'un

personnel complet. Les numéros de téléphone appropriés figurent sur votre carte d'assistance-voyage.

Allianz Global Assistance offre les services suivants :

**Assistance médicale
immédiate**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Nourriture et
logement**

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

Allianz Global Assistance prend les dispositions en vue de vous assurer la nourriture et le logement dans un établissement commercial si vous avez été

hospitalisé d'urgence pendant un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile et si, de l'avis d'Allianz Global Assistance, vous n'êtes pas encore en état de voyager après votre sortie de l'hôpital. La prestation maximale payable est de 150 \$ par jour, pour une période limitée à 5 jours.

Retour de personnes en difficulté

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

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

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

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

Visite d'un membre de la famille

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

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

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

Retour de la dépouille	Si vous décédez au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile, Allianz Global Assistance veille à obtenir les autorisations prescrites par l'État et à régler les frais nécessaires pour le transport de la dépouille dans un conteneur approprié jusqu'à la province de votre domicile. La prestation maximale payable est de 5 000 \$ par personne décédée.
Retour d'une voiture	Allianz Global Assistance prend des dispositions et, au besoin, verse une avance d'au plus 500 \$ pour le retour d'une voiture privée dans la province de votre domicile ou d'une voiture louée au centre de location approprié le plus proche si vous ne pouvez le faire vous-même en raison d'une urgence ou d'un décès.
Bagages ou documents perdus	Si vous avez perdu ou vous êtes fait voler vos bagages ou des documents de voyage au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile, Allianz Global Assistance vous apporte son aide en communiquant avec les autorités compétentes et en vous indiquant les mesures à prendre en vue de remplacer les articles perdus ou volés.
Coordination des prestations	<p>Vous n'avez pas à présenter en premier les demandes de règlement pour les honoraires des médecins et les frais hospitaliers à la régie de l'assurance-maladie de votre province. Vous serez remboursé plus rapidement en ne le faisant pas. La Sun Life et Allianz Global Assistance assurent la coordination des prestations avec la plupart des régies provinciales d'assurance-maladie et avec tous les assureurs, et vous envoient un chèque couvrant les frais remboursables. Allianz Global Assistance vous demandera de signer une formule l'autorisant à agir en votre nom.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Avances	<p>Aucune avance de moins de 200 \$ ne sera consentie. Les avances comprises entre 200 \$ et 10 000 \$ sont réglées en un seul versement.</p> <p>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.</p>

Sommes qui vous sont remboursées

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

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

Sommes que vous devez rembourser

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

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

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

Restrictions

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

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

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

**Responsabilité
de la Sun Life
ou d'Allianz Global
Assistance**

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

Frais dentaires

Assureur	<i>L'assureur de la présente garantie est la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.</i>
Description générale de la garantie	<p>Dans la présente section, le mot <i>vous</i> s'entend du salarié ou de toute personne à sa charge, couverts par la garantie Frais dentaires.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Lorsqu'un tarif n'est pas publié pour une année donnée, le terme <i>tarif</i> peut également s'entendre d'un tarif rajusté établi par la Sun Life.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>L'année de référence de la garantie s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre.</p>
Franchise	Aucune franchise ne s'applique à la présente garantie.
Prestation maximale par année de référence	Les prestations que nous versons pour les soins dentaires majeurs ne peuvent dépasser 1 000 \$ par personne pour chaque année de référence.

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

Prestation viagère maximale

La prestation maximale pouvant être versée à une personne sa vie durant pour des soins orthodontiques est de 1 000 \$.

Détermination préalable des prestations

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

Soins dentaires de prévention

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

Examens complets. Maximum viager : 2 examens.

Examens périodiques. Maximum : 2 examens par année de référence.

Examens d'urgence ou examens particuliers.

Radiographies

1 série complète de radiographies tous les 36 mois.

1 panographie par année de référence.

Séries de radiographies interproximales. Maximum : 2 séries par année de référence.

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

Autres soins

Consultations nécessaires entre deux dentistes.

Polissage (nettoyage des dents) et application topique de fluorure. Maximum : 2 nettoyages par année de référence.

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.
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%.
<i>Obturations</i>	Amalgame, résine composite, résine acrylique ou l'équivalent.
<i>Extractions</i>	Extraction de dents, à l'exception de l'extraction de dents incluses (<i>Soins dentaires de prévention</i>).
<i>Restaurations de base</i>	Restaurations préfabriquées en métal et réparation de restaurations préfabriquées en métal, sauf dans le cadre de la mise en place de couronnes définitives.
<i>Endodontie</i>	Traitement radiculaire et obturation des canaux, et traitements des maladies de la pulpe.
<i>Parodontie</i>	Traitement des maladies des gencives et des autres éléments de soutien, y compris le détartrage.
<i>Chirurgie buccale</i>	Traitement chirurgical et anesthésie à cette fin, sauf l'extraction de dents incluses (<i>Soins dentaires de prévention</i>).
<i>Réparation</i>	Réparation de ponts ou de prothèses amovibles.
<i>Rebasage ou regarnissage</i>	Rebasage ou regarnissage de prothèses amovibles partielles ou complètes.
<i>Modèles d'étude</i>	1 modèle d'étude tous les 12 mois.
Soins dentaires majeurs	La garantie couvre les soins dentaires majeurs ci-après.
	Ces frais sont remboursables dans une proportion de 80%.
<i>Restaurations majeures</i>	Incrustations en profondeur et de surface. Couronnes et réparation de couronnes, sauf les restaurations préfabriquées en métal (<i>Soins dentaires de base</i>).
<i>Services de prothèse</i>	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 19 ans sont couverts pour ces services après 12 mois consécutifs de couverture en vertu de la garantie.

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, correctrice 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 ou au 70^e anniversaire du salarié, si cet anniversaire est antérieur. Veuillez communiquer avec votre employeur pour des informations concernant votre couverture à la retraite.

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).
- frais relatifs aux implants, y compris les frais de chirurgie.
- 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.

Demande de règlement

- participation à la perpétration d'un acte criminel.

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 avant l'expiration d'une période :

- de 15 mois après la date à laquelle vous engagez les frais,
- ou de 90 jours après la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais dentaires, si cette période prend fin antérieurement.

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

Invalidité de courte durée (Indemnité hebdomadaire)

Assureur	<i>L'assureur de la présente garantie est la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.</i>
Description générale de la garantie	<p>La garantie Invalidité de courte durée prévoit le versement de prestations si vous êtes atteint d'invalidité totale. Vous avez droit à ces prestations si vous présentez à la Sun Life une attestation établissant à sa satisfaction :</p> <ul style="list-style-type: none">■ que vous avez été atteint d'invalidité totale en cours de couverture,■ et que vous suivez le traitement approprié pour cette invalidité depuis le début de l'invalidité. <p>Vous êtes considéré comme totalement invalide au titre de la garantie Invalidité de courte durée si vous êtes continuellement incapable en raison d'une maladie d'accomplir les tâches essentielles de votre profession habituelle.</p> <p>Le montant de vos prestations est déterminé d'après votre couverture à la date du début de votre invalidité totale. Les prestations sont versées à la fin de chaque semaine au cours de laquelle vous y avez droit.</p>
Début de l'indemnisation	<p>Si votre invalidité totale est attribuable à un accident et qu'elle commence dans les 30 jours de l'accident, vous avez droit à des prestations d'invalidité de courte durée à la date à laquelle vous êtes atteint d'invalidité totale ou le jour où vous consultez le médecin pour la première fois, si ce jour est postérieur.</p> <p>Si votre invalidité totale est attribuable à une maladie, vous avez droit à des prestations d'invalidité de courte durée à l'expiration d'une période ininterrompue de 3 jours d'invalidité totale ou le jour où vous consultez le médecin pour la première fois, si ce jour est postérieur.</p> <p>En cas d'hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, vous avez toujours droit aux prestations à compter du jour de votre admission à l'hôpital ou le jour de l'intervention chirurgicale.</p> <p>Dans le cas de semaines incomplètes d'invalidité totale, nous versons, pour chaque jour d'invalidité totale, une indemnité représentant le septième de la prestation hebdomadaire.</p>

Si votre invalidité totale commence au cours d'une période de mise à pied ou d'absence autorisée durant laquelle votre garantie est maintenue, vous avez droit aux prestations à compter du jour où vous êtes rappelé pour reprendre, ou deviez normalement reprendre, le travail à temps plein auprès de l'employeur. En cas de maladie, vous devez, à cette date, être totalement invalide de façon ininterrompue depuis au moins 7 jours. En cas d'accident, vous devez être totalement invalide à la date à laquelle vous êtes rappelé pour reprendre, ou deviez normalement reprendre, le travail à temps plein.

**Périodes
successives
d'invalidité**

Si, après avoir reçu des prestations d'invalidité de courte durée, vous êtes de nouveau atteint d'invalidité totale en raison des mêmes causes ou de causes connexes, nous considérons cette deuxième période d'invalidité comme le prolongement de la précédente s'il s'est écoulé moins de 2 semaines entre les périodes d'invalidité totale. Vous devez être couvert par la garantie au début de la deuxième période d'invalidité.

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

Prestations

Nous calculons les prestations d'invalidité de courte durée comme suit. Toute référence à des revenus faite dans la présente garantie se rapporte au montant brut, avant déductions.

Étape 1 : La prestation de départ est égale à 70% de votre salaire de base hebdomadaire, sous réserve d'une prestation maximale de 1 500 \$.

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

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

Le résultat obtenu à l'étape 2 est la prestation d'invalidité de courte durée que vous recevrez normalement. Toutefois, si la somme calculée à l'étape 2, augmentée des revenus ci-dessus, est supérieure à 85% du salaire de base que vous touchiez avant votre invalidité (diminué de l'impôt sur le revenu dans le cas où vos prestations ne sont pas imposables), vos prestations d'invalidité de courte durée sont réduites de l'excédent.

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

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

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

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

**Congé de maternité
et congé parental**

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

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

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

Des prestations d'invalidité de courte durée sont payables pendant la portion du congé attribuable à des raisons de santé que dans les cas où il est nécessaire de le faire pour satisfaire aux normes du travail, aux règles concernant les droits

de la personne et aux conditions de l'assurance-emploi. Le versement des prestations commence après une période ininterrompue d'invalidité de 3 jours ou le jour de votre admission à l'hôpital, si vous êtes hospitalisé antérieurement, pour autant que votre couverture ait été maintenue.

Toutefois, dans le cas où le régime de votre employeur constitue un régime de prestations supplémentaires de chômage (PSC) conforme à la réglementation de l'assurance-emploi en ce qui concerne la portion du congé de maternité ou du congé parental qui est attribuable à des raisons de santé, la Sun Life ne verse aucune prestation en vertu du régime pendant toute période où des prestations vous sont payables au titre du régime PSC de votre employeur.

Programme de réadaptation

Vous pouvez être tenu de participer à un programme de réadaptation approuvé par écrit par la Sun Life.

Ce programme peut prévoir la participation d'un de nos spécialistes de la réadaptation. Il peut consister en un travail à temps partiel, en l'exercice d'une autre profession ou en un cours de formation professionnelle destiné à faciliter votre retour au travail à temps plein.

La Sun Life n'est aucunement tenue d'approuver un programme de réadaptation ou la poursuite de votre participation au programme. Nous basons notre décision sur certains critères comme les considérations monétaires et notre opinion quant aux avantages de la réadaptation.

Pendant votre participation au programme de réadaptation, vous pouvez recevoir les prestations d'invalidité de courte durée, ainsi que des revenus provenant d'autres sources. Cependant, si votre revenu total, au cours d'une semaine donnée, est supérieur à 100% du salaire de base que vous touchiez au début de votre invalidité (diminué des impôts sur le revenu fédéral et provincial dans le cas où vos prestations ne sont pas imposables), la prestation d'invalidité de courte durée est réduite de l'excédent.

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

Réclamation à un tiers

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

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

Si vous touchez une indemnité, vous devez nous verser une somme égale à

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

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

Fin de l'indemnisation

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

- vous cessez d'être totalement invalide.
- la période maximale d'indemnisation de 17 semaines prend fin.
- vous prenez votre retraite avec pension.
- vous décédez.

Cessation de la couverture

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

Droits après la résiliation de la garantie

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

Exclusions

Aucune prestation n'est payable :

- pour toute période au cours de laquelle vous ne recevez pas le traitement approprié.
- pour toute période au cours de laquelle vous exercez une activité rétribuée ou lucrative, à moins que la Sun Life n'accepte de verser des prestations.
- pour toute période au cours de laquelle vous ne participez pas à un programme de réadaptation approuvé par la Sun Life, lorsque celle-ci l'exige.
- pour toute période d'absence autorisée, de grève ou de mise à pied, sous réserve des dispositions énoncées à la section *Congé de maternité et congé parental*. Toutefois, si vous êtes atteint d'invalidité totale avant qu'un avis de cessation d'emploi ne vous soit donné, le versement des

prestations se poursuit tant que votre invalidité subsiste, mais pas au-delà de la période maximale d'indemnisation.

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

L'invalidité attribuable à la consommation de drogues ou d'alcool n'est pas considérée comme une invalidité totale. Cependant, cette restriction ne s'applique pas pendant que vous participez à un programme de traitement approuvé par la Sun Life ou lorsque que vous souffrez d'une maladie organique qui provoquerait l'invalidité totale même si cette consommation cessait.

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

Aucune prestation n'est payable pour une invalidité totale attribuable à l'une des causes ci-dessous :

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- tentative de suicide ou blessure intentionnellement provoquée par vous, que vous soyez sain d'esprit ou non.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Demande de règlement

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

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

Nous étudions votre demande et nous vous envoyons, à vous ou à votre employeur, une lettre expliquant notre décision.

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

Invalidité de longue durée

Assureur

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

Description générale de la garantie

La garantie Invalidité de longue durée prévoit le versement de prestations si vous êtes atteint d'invalidité totale. Vous avez droit à ces prestations si vous présentez à la Sun Life une attestation établissant à sa satisfaction :

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

Vous êtes considéré comme totalement invalide au titre de la garantie Invalidité de longue durée :

- durant le délai de carence et les 24 mois subséquents (cette période est désignée sous le terme de **période relative à la profession habituelle**), si vous êtes continuellement incapable en raison d'une maladie d'accomplir les tâches essentielles de votre profession habituelle,
- et, par la suite, si vous êtes continuellement incapable en raison d'une maladie d'exercer quelque profession qui convienne à la formation ou à l'expérience que vous avez ou que vous pourriez acquérir.

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

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

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

Début de l'indemnisation

Le versement des prestations d'invalidité de longue durée commence après une période ininterrompue d'invalidité totale de 17 semaines ou le jour où vous cessez d'avoir droit à des prestations d'invalidité de courte durée, à des prestations pour perte de revenu, ou à toute forme de maintien du salaire, si ce jour est postérieur.

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

Si votre invalidité totale commence au cours d'une période de mise à pied ou d'absence autorisée durant laquelle votre couverture est maintenue, vous avez droit aux prestations à compter du jour où vous êtes rappelé pour reprendre, ou deviez normalement reprendre, le travail à temps plein auprès de l'employeur si, à cette date, vous êtes totalement invalide de façon ininterrompue depuis au moins 17 semaines.

Prestations

Nous calculons les prestations d'invalidité de longue durée comme suit. Toute référence à des revenus faite dans la présente garantie se rapporte au montant brut, avant déductions.

Étape 1 : La prestation de départ est égale à 70% de votre salaire de base mensuel, sous réserve d'une prestation maximale de 4 500 \$.

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

- prestations prévues pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure par tout régime parrainé par l'État, à l'exclusion des prestations du Régime de pensions du Canada (RPC) ou Régime de rentes du Québec et des prestations de personnes à charge et des prestations d'assurance-emploi, ainsi que des augmentations automatiques liées à l'indice du coût de la vie qui sont apportées aux prestations de tout régime parrainé par l'État pendant le service des prestations d'invalidité de longue durée.
- prestations prévues pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure par la loi sur les accidents du travail ou par une loi analogue, à l'exclusion des augmentations automatiques liées à l'indice du coût de la vie qui sont apportées à ces prestations pendant le service des prestations d'invalidité de longue durée.
- prestations prévues en cas d'invalidité ou de maladie par tout régime de retraite auquel cotise l'employeur.
- prestations prévues par le Régime québécois d'assurance parentale.

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

Si cette somme, augmentée des revenus ci-dessus ainsi que des autres revenus indiqués ci-après, est supérieure à 85% du salaire de base que vous touchiez avant votre invalidité, vos prestations d'invalidité de longue durée sont réduites de l'excédent. Si vos prestations ne sont pas imposables, elles sont réduites de façon que votre revenu total ne dépasse pas 80% du salaire de base que vous touchiez avant votre invalidité, déduction faite de l'impôt sur le revenu.

Autres revenus auxquels vous avez droit :

- prestations prévues pour une autre invalidité par la loi sur les accidents du travail ou par une loi analogue, à l'exclusion des augmentations automatiques liées à l'indice du coût de la vie qui sont apportées à ces prestations pendant le service des prestations d'invalidité de longue durée.
- prestations prévues par la loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels ou par une loi analogue, lorsque la loi le permet.
- prestations prévues par tout contrat collectif, y compris tout contrat qui vous couvre en qualité de membre d'une association.
- prestations d'invalidité prévues par tout régime d'assurance automobile, dans la mesure où cette déduction n'est pas interdite par la loi.
- prestations d'invalidité prévues par Régime de pensions du Canada (RPC) ou Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des augmentations automatiques liées à l'indice du coût de la vie qui sont apportées à ces prestations pendant le service des prestations d'invalidité de longue durée.

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

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

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

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

Congé de maternité et congé parental

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

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

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

Des prestations d'invalidité de longue durée sont payables pendant la portion du congé attribuable à des raisons de santé que dans les cas où il est nécessaire de le faire pour satisfaire aux normes du travail, aux règles concernant les droits de la personne et aux conditions de l'assurance-emploi. Le versement des prestations commence après une période ininterrompue d'invalidité de 17 semaines, pour autant que votre couverture ait été maintenue.

Toutefois, dans le cas où le régime de votre employeur constitue un régime de prestations supplémentaires de chômage (PSC) conforme à la réglementation de l'assurance-emploi en ce qui concerne la portion du congé de maternité ou du congé parental qui est attribuable à des raisons de santé, la Sun Life ne verse aucune prestation en vertu du régime pendant toute période où des prestations vous sont payables au titre du régime PSC de votre employeur.

Programme en cas d'invalidité partielle

En cas d'invalidité partielle, vous pouvez être tenu de participer à un programme approuvé par écrit par la Sun Life.

Une fois que vous avez droit à des prestations d'invalidité de longue durée, vous pouvez être appelé à prendre part à un programme consistant à reprendre l'exercice de votre profession habituelle selon un horaire de travail réduit.

Pendant votre participation au programme, vous pouvez toucher de votre employeur un salaire correspondant au nombre d'heures travaillées. Cependant,

vos prestations d'invalidité de longue durée sont réduites proportionnellement à la fraction de la semaine de travail normale que vous accomplissez alors auprès de votre employeur.

Pendant votre participation au programme prévu en cas d'invalidité partielle, si votre revenu provenant de toutes sources est supérieur à 100% du salaire de base, indexé sur l'inflation, que vous touchiez avant votre invalidité (diminué des impôts fédéral et provincial dans le cas où vos prestations ne sont pas imposables), les prestations d'invalidité de longue durée sont réduites de l'excédent.

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

Programme de réadaptation

Vous pouvez être tenu de participer à un programme de réadaptation approuvé par écrit par la Sun Life.

Ce programme peut prévoir la participation d'un de nos spécialistes de la réadaptation. Il peut consister en un travail à temps partiel, en l'exercice d'une autre profession ou en un cours de formation professionnelle destiné à faciliter votre retour au travail à temps plein.

La Sun Life n'est aucunement tenue d'approuver un programme de réadaptation ou la poursuite de votre participation au programme. Nous basons notre décision sur certains critères comme les considérations monétaires et notre opinion quant aux avantages de la réadaptation.

Pendant votre participation au programme de réadaptation, vous pouvez recevoir des prestations d'invalidité de longue durée, ainsi que des revenus provenant d'autres sources. Cependant, si votre revenu total, au cours d'un mois donné, est supérieur à 100% du salaire de base, indexé sur l'inflation, que vous touchiez avant votre invalidité (diminué des impôts sur le revenu fédéral et provincial dans le cas où vos prestations ne sont pas imposables), la prestation d'invalidité de longue durée est réduite de l'excédent.

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

**Périodes
successives
d'invalidité au cours
du délai de carence**

Au cours du délai de carence, les périodes successives d'invalidité totale attribuables aux mêmes causes ou à des causes connexes sont considérées comme une seule période d'invalidité et elles s'accumulent pour constituer le délai de carence, pour autant que la présente garantie soit en vigueur et qu'il ne s'écoule aucun intervalle de plus de 14 jours entre les périodes d'invalidité totale.

La différence entre le nombre normal d'heures de travail prévues à votre horaire et le nombre d'heures que vous avez effectivement travaillées, est prise en compte dans le délai de carence.

En cas de résiliation de la présente garantie, seule une période ininterrompue d'invalidité totale peut servir à constituer toute portion du délai de carence restant à courir.

**Périodes
successives
d'invalidité après
le début de
l'indemnisation**

Si, après avoir reçu des prestations d'invalidité de longue durée, vous êtes de nouveau atteint d'invalidité totale en raison des mêmes causes ou de causes connexes, nous considérons cette deuxième période d'invalidité comme le prolongement de la précédente s'il s'est écoulé moins de 6 mois entre les périodes d'invalidité totale. Vous devez être couvert par la garantie au début de la deuxième période d'invalidité.

Les prestations sont déterminées d'après la couverture qui s'appliquait au début de la première période d'invalidité totale.

**Réclamation à
un tiers**

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

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

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

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

Vos responsabilités

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

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

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

Fin de l'indemnisation

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

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

Cessation de la couverture

La couverture prévue par la garantie Invalidité de longue durée prend fin le jour où il reste à courir, avant votre 65^e anniversaire, une période égale au délai de carence de 17 semaines ou le jour de votre départ à la retraite, si votre départ a lieu antérieurement. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

Droits après la résiliation de la garantie

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

Exclusions

Aucune prestation n'est payable :

- pour toute période au cours de laquelle vous ne recevez pas le traitement

approprié.

- pour toute période au cours de laquelle vous exercez une activité rétribuée ou lucrative à moins que la Sun Life n'accepte de verser des prestations.
- pour toute période au cours de laquelle vous ne participez pas à un programme prévu en cas d'invalidité partielle ou à un programme de réadaptation, approuvé par la Sun Life, lorsque celle-ci l'exige.
- pour toute période d'absence autorisée, de grève ou de mise à pied, sous réserve des dispositions énoncées à la section *Congé de maternité et congé parental* ou à moins que la Sun Life n'accepte expressément de verser des prestations dans ces cas.
- pour toute période de plus de 4 mois au cours de laquelle vous vous trouvez hors du Canada pour quelque raison que ce soit, à moins que la Sun Life n'accepte d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.
- pour toute période au cours de laquelle vous purgez une peine de prison ou êtes incarcéré dans un établissement analogue.

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

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

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

L'invalidité attribuable à la consommation d'alcool ou de drogues n'est pas considérée comme une invalidité totale. Cependant, cette restriction ne

s'applique pas pendant que vous participez à un programme de traitement approuvé par la Sun Life ou lorsque que vous souffrez d'une maladie organique qui provoquerait l'invalidité totale même si cette consommation cessait.

Aucune prestation n'est payable pour une invalidité totale attribuable à l'une des causes ci-dessous :

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- tentative de suicide ou blessure intentionnellement provoquée par vous, que vous soyez sain d'esprit ou non.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Demande de règlement

Pour présenter une demande de règlement, veuillez remplir la déclaration d'invalidité totale, que vous pouvez vous procurer auprès de votre employeur.

La déclaration d'invalidité doit nous parvenir avant l'expiration d'une période :

- de 60 jours après le début de l'invalidité totale,
- ou de 30 jours après la résiliation de la garantie Invalidité de longue durée, si cette période prend fin antérieurement.

Le processus de demande consiste notamment à remplir les formulaires de demande de règlement en nous donnant le plus de renseignements possible sur l'invalidité. Vous, votre médecin traitant et votre employeur devez remplir ces formulaires.

Pour que vous puissiez recevoir des prestations, ces formulaires doivent nous parvenir dans les 90 jours qui suivent l'expiration du délai de carence.

Nous étudions votre demande et nous vous envoyons, à vous ou à votre employeur, une lettre expliquant notre décision.

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

Assurance-vie

Assureur	<i>L'assureur de la présente garantie est la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.</i>
Description générale de la garantie	L'assurance-vie prévoit le versement d'un capital à votre bénéficiaire si vous décédez en cours de couverture. L'assurance-vie 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	
<i>Capital</i>	Le capital de votre assurance-vie est égal à 2 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$. Le capital maximal est de 500 000 \$.
<i>Réduction</i>	Lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, votre assurance-vie est ramenée à 50% du capital alors en vigueur.
<i>Cessation de la couverture</i>	<p>Votre couverture prend fin à votre départ à la retraite ou à votre 70^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur. Veuillez communiquer avec votre employeur pour des informations concernant votre couverture à la retraite.</p> <p>La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i>.</p>
Votre assurance-vie facultative	
<i>Capital</i>	Vous pouvez opter pour un capital égal à un multiple de 10 000 \$. Le capital maximal est de 500 000 \$.
<i>Cessation de la couverture</i>	<p>Votre couverture prend fin à votre départ à la retraite ou à votre 65^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur.</p> <p>La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i>.</p>

**Assurance-vie de
base des personnes
à charge**

Capital Le capital de l'assurance-vie du conjoint est de 10 000 \$. Celui de l'assurance-vie des enfants est de 5 000 \$ par enfant de plus de 14 jours.

*Cessation de la
couverture* La couverture des personnes à charge prend fin à votre départ à la retraite ou à votre 70^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur.

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

**Assurance-vie
facultative du
conjoint**

Capital Vous pouvez opter pour une assurance-vie facultative du conjoint d'un capital égal à un multiple de 10 000 \$, à concurrence de 500 000 \$.

*Cessation de la
couverture* L'assurance-vie facultative du conjoint prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes : vous prenez votre retraite, vous atteignez l'âge de 65 ans ou votre conjoint atteint l'âge de 65 ans.

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

Bénéficiaire

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

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

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

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

Un bénéficiaire mineur ne peut recevoir personnellement un capital-décès au titre du régime tant qu'il n'a pas atteint l'âge de la majorité. Si vous résidez à

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

Suicide

Si vous ou votre conjoint êtes couvert par l'assurance-vie facultative, le décès par suicide, 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,
- ou pendant le délai de carence de la garantie Invalidité de longue durée, si vous avez droit à des prestations d'Invalidité de longue durée, si ce délai est plus court.

L'assurance-vie est maintenue sans qu'aucune prime ne soit exigible, à compter de la date du début de l'invalidité totale, jusqu'à la date de cessation de votre invalidité totale ou jusqu'à la date à laquelle vous omettez de présenter à la

Sun Life toute attestation d'invalidité totale exigée, si cette dernière date est antérieure.

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

En ce qui a trait à votre assurance-vie, vous êtes considéré comme totalement invalide si vous êtes empêché par la maladie d'exercer quelque profession qui convienne à votre formation ou à l'expérience que vous avez ou que vous pourriez acquérir. Cependant, si vous êtes considéré comme totalement invalide en vertu de la garantie Invalidité de longue durée, vous l'êtes également aux termes de l'assurance-vie.

Transformation de l'assurance-vie collective

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

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

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

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 en cas de décès ou mutilation accidentels DE BASE

**L'assureur de la présente garantie est
SSQ, Société d'assurance inc.**

ADMISSIBILITÉ

Tous les employés syndiqués horaires de Niobec.

La présente garantie prend fin dès que vous atteignez 70 ans ou lorsque vous prenez votre retraite, si elle précède votre 70^e anniversaire.

CAPITAL ASSURÉ

Votre montant de capital assuré correspond au montant que prévoit le régime de base actuel d'assurance-vie collective de votre employeur.

GARANTIE DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS

Le capital assuré de la garantie Décès et Mutilation Accidentels est indiqué à la section intitulée « Capital assuré ».

Si, en cours de couverture, vous subissez un accident qui conduit, directement et indépendamment de toute autre cause, à votre décès ou à l'une des pertes ci-dessous dans les 365 jours de l'accident, SSQ, Société d'assurance inc. verse, sous réserve des exclusions, le pourcentage ci-après du capital assuré.

Prestations en cas de perte accidentelle

Perte	Pourcentage du capital assuré %
La vie	100 %
La vue complète d'un œil	100 %
La parole	100 %
L'ouïe d'une oreille	50 %
Tous les orteils d'un pied.....	25 %

Perte ou perte de l'usage	Pourcentage du capital assuré %
---------------------------	---------------------------------

Un bras	100 %
Une jambe.....	100 %
Une main.....	100 %
Un pied.....	100 %
Le pouce et l'index ou au moins quatre doigts d'une main	33 1/3 %

Paralysie	Pourcentage du capital assuré %
Membres supérieurs et inférieurs (quadriplégie)	100 %
Membres inférieurs (paraplégie).....	100 %
Membres supérieur et inférieur d'un côté du corps (hémiplegie)	100 %

Par "perte de la vie", on entend le décès de l'assuré.

Par "perte", comme il est employé ci-dessus, on entend dans le cas d'une main ou d'un pied, le sectionnement total à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou; dans le cas d'un bras ou d'une jambe, le sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus; dans le cas d'un pouce, le sectionnement total d'une phalange; dans le cas d'un doigt, le sectionnement total de deux phalanges; dans le cas d'un orteil, le sectionnement total d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils; dans le cas d'un œil, la perte totale et irrémédiable de la vue.

Par "perte", comme il est employé ci-dessus, on entend dans le cas de la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles et, dans le cas de l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe.

Par "paralysie", on entend l'abolition d'origine neurologique de la motricité d'un ou de plusieurs muscles.

Par "quadriplégie", on entend la paralysie permanente des quatre membres.

Par "paraplégie", on entend la paralysie permanente des deux membres inférieurs.

Par "hémiplegie", on entend la paralysie permanente d'une moitié du corps.

Par "perte", comme il est employé ci-dessus, on entend dans le cas de l'usage, la perte totale et irrémédiable de l'usage. Elle doit cependant se poursuivre pendant douze (12) mois consécutifs, au terme desquels elle est déclarée permanente.

La prestation payable à l'égard de toutes les pertes subies par le même assuré à la suite d'un seul et même accident se limite au capital assuré.

Transport après décès*

Si vous décédez accidentellement à plus de 50 kilomètres de votre résidence et que des prestations sont payables aux termes du présent programme, une indemnité maximale de 15 000 \$ sera versée en compensation des frais raisonnables et nécessaires engagés pour le retour de la dépouille mortelle (y compris les frais de préparation du corps en vue du transport) jusqu'au premier endroit choisi (notamment une entreprise de pompes funèbres ou un lieu d'inhumation) à proximité de la résidence du défunt.

Prestations d'études

Si vous décédez accidentellement et que des prestations sont payables en vertu du présent programme, chacun de vos enfants à charge inscrit dans un établissement d'enseignement postsecondaire (*) ou qui le serait dans les 365 jours suivant la date de votre décès a droit au remboursement de ses frais d'études jusqu'à concurrence du moindre de 5 % du capital assuré ou 5 000 \$ par année.

Cette indemnité est payable annuellement (jusqu'à concurrence de 4 années consécutives), à condition que l'enfant fréquente à plein temps un établissement d'enseignement postsecondaire (*).

La pension ou tous autres frais de subsistance, déplacement ou habillement ne sont pas couverts.

Par «enfant à charge», on entend un enfant biologique, un enfant adopté, un enfant d'un autre lit ou tout enfant avec lequel l'assuré a un lien de filiation. Il doit avoir moins de vingt-six (26) ans, être célibataire et dépendre de l'assuré pour sa subsistance.

* Les établissements d'enseignement postsecondaire se limitent aux universités, aux collèges, aux cégeps et aux écoles de formation professionnelle et technique.

Frais de garde des enfants

Si vous décédez accidentellement et que des prestations sont payables en vertu du présent programme, la garantie couvre les frais de garde de chacun de vos enfants à charge inscrit à une garderie de jour dûment autorisée à la date de l'accident ou qui le serait dans les 365 jours suivant la date de votre décès, jusqu'au moindre de 5 % du capital assuré ou jusqu'à 5 000 \$ par enfant par année.

Cette indemnité est payable annuellement (jusqu'à concurrence de 4 années consécutives).

Si aucun de vos enfants âgé de moins de 13 ans ne satisfait aux exigences décrites ci-dessus, un montant de 2 500 \$ sera versé à votre bénéficiaire.

Par «enfant à charge», on entend un enfant biologique, un enfant adopté, un enfant d'un autre lit ou tout enfant avec lequel l'assuré a un lien de filiation. Il doit avoir moins de 13 ans et dépendre de l'assuré pour sa subsistance.

Par «garderie», on entend un établissement qui, tout en étant exploité conformément à la législation en vigueur sur les garderies, offre, sur une base régulière, des services de garde à un groupe d'enfants. Sont exclus de la présente définition tout hôpital, le domicile de l'enfant, les services de garde gratuits ou tout endroit où se trouve l'enfant pendant les heures normales de classe (jusqu'à la fin du secondaire).

La pension ou tous autres frais de subsistance, déplacement ou habillement ne sont pas couverts.

Réadaptation Professionnelle*

Si par suite d'une blessure donnant droit à des prestations prévues par la disposition «Prestations en cas de perte accidentelle», vous devez vous inscrire à un programme de réadaptation professionnelle afin d'obtenir une formation particulière pour exercer un emploi différent que vous n'auriez pas exercé n'eut été cette blessure, nous nous engageons à rembourser, les frais réels, raisonnables et nécessaires que vous devez supporter au cours des 3 années qui suivent l'accident. L'indemnité est limitée à 15 000 \$ par accident et elle ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, déplacement ou d'habillement.

Modification du lieu de travail*

Si, par suite d'une blessure donnant droit à des prestations, l'assuré, pour reprendre le travail à temps plein, doit voir son lieu de travail faire l'objet de modification et/ou être muni d'un équipement adapté, l'assureur s'engage à rembourser les frais normaux et nécessaires effectivement supportés par le contractant sous réserve de ce qui suit:

- Le contractant convient par écrit de répondre aux nouveaux besoins de l'assuré et de mettre ainsi à sa disposition l'équipement adapté et/ou de modifier le lieu de travail.
- Le contractant reconnaît par écrit que, par suite de l'accident, l'exercice des tâches essentielles de l'assuré est susceptible de se détériorer.
- L'acquisition de matériel adapté et/ou la modification du lieu de travail doivent recevoir l'approbation préalable de l'assureur.
- L'assureur a le droit d'examiner l'assuré et d'évaluer ainsi la pertinence des modifications proposées.

Les prestations sont remises au contractant dès le retour au travail à temps plein de l'assuré et dès que l'assureur reçoit par écrit l'attestation des frais engagés. S'il n'y a pas d'engagement de frais, aucun versement n'est effectué. La prise en charge des frais engagés par le contractant est sous réserve d'un maximum de 5 000 \$ par accident.

Formation professionnelle*

Si vous décédez accidentellement et que des prestations sont payables conformément aux conditions contractuelles, nous nous engageons à rembourser, les frais raisonnables et nécessaires suivants : les frais réels de participation à un programme officiel de formation professionnelle qui permet à votre conjoint, âgé de moins de 70 ans, au cours des 3 années qui suivent votre décès accidentel, d'acquérir les compétences, propres à l'exercice d'une profession qu'il ne serait pas apte à exercer en d'autres circonstances. L'indemnité est limitée à 15 000 \$. Elle ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, déplacement ou d'habillement. S'il remplit les conditions précisées ci-dessus, on présume que votre conjoint en est le bénéficiaire

Déplacement pour raisons familiales*

Si par suite d'une blessure couverte dans la section intitulée «Prestations en cas de perte accidentelle» vous êtes hospitalisé à 150 kilomètres ou plus de votre résidence et vous recevez les soins normaux et réguliers d'un médecin ou si par suite de toute autre blessure vous êtes hospitalisé à plus de 150 kilomètres de votre résidence et l'hospitalisation dure au moins 4 jours et commence au plus tard 24 heures après l'accident, l'Assureur s'engage à rembourser les frais réels et raisonnables suivants : les frais de logement des membres de votre famille immédiate et leur frais de déplacement aller et retour entre leur résidence et l'hôpital (selon le trajet le plus court), sous réserve d'un maximum de 5 000 \$. Les frais de déplacement dans un véhicule particulier sont couverts, sous réserve d'un maximum de 0,35 \$ du kilomètre.

Sont exclus les frais de repas et autres frais habituels de subsistance, d'habillement ou de déplacement à l'exception des frais stipulés ci-dessus.

Par "hôpital", on entend un établissement agréé, ouvert jour et nuit, qui traite les malades et les blessés; il y a en tout temps au moins un médecin de service et on y offre 24 heures sur 24 des soins infirmiers dispensés par du personnel infirmier autorisé. L'établissement dispose des installations nécessaires au diagnostic et à la chirurgie et est un hôpital de soins actifs, non principalement un centre médical, une maison de repos, un centre d'hébergement, un hôpital pour convalescents ou tout établissement de même nature. Aux fins de la présente définition, on y inclut un établissement réservé en tout ou en partie aux soins de réadaptation.

Par "recevoir les soins appropriés", on entend les observations et les soins nécessaires, selon les normes actuelles de la médecine, à la guérison de l'affection à l'origine du traitement ou de l'hospitalisation.

Par "médecin", on entend un docteur en médecine (M.D.) (sauf l'assuré ou un membre de sa famille immédiate), dûment autorisé à exercer la médecine par un des organismes suivants:

- 1) Un organisme agréé chargé de la délivrance des permis d'exercer dans la région d'administration des soins; le médecin en est membre en règle;
- 2) Un organisme gouvernemental ayant la compétence sur la réglementation de la délivrance des permis d'exercer dans la région d'administration des soins.

Par «logement», on entend un logement à proximité de l'hôpital où séjourne l'assuré.

Identification de la dépouille mortelle*

Si les forces de l'ordre exigent qu'un membre de la famille immédiate identifie la dépouille mortelle de l'assuré suite à un accident donnant droit à des prestations conformément aux conditions contractuelles, nous nous engageons à rembourser les frais raisonnables et nécessaires suivants effectivement supportés:

- 1) Les frais de logement et de repas engagés lors du trajet et du séjour dans la ville où se trouve la dépouille;
- 2) Les frais de déplacement aller et retour entre sa résidence et la ville où se trouve la dépouille, selon le trajet le plus court.

Il faut toutefois que la dépouille se trouve à au moins 150 km de la résidence du membre de la famille immédiate.

Les frais de déplacement dans un véhicule particulier sont limités à 0,35 \$ le kilomètre et l'indemnité globale est plafonnée à 10 000 \$. Elle ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, déplacement ou d'habillement.

Port de la ceinture de sécurité

Si un assuré se trouve à bord d'un véhicule comme conducteur ou passager et porte adéquatement une ceinture de sécurité au moment d'un accident et que tel accident entraîne une perte couverte par la présente garantie, le montant du capital assuré sera alors augmenté de 10 %, sous réserve toutefois d'un maximum de 25 000 \$.

Le conducteur du véhicule doit détenir un permis de conduire valide et ne doit pas être sous l'influence de l'alcool ni de drogues au moment de l'accident à moins que telles drogues n'aient été prescrites par un médecin.

Par «ceinture de sécurité», on entend toute ceinture constituant un dispositif d'attache, y compris un siège pour bébés utilisé correctement avec une ceinture, ainsi que tout dispositif d'attache qui fait partie d'une civière et dont on se sert pour le transport des malades et des blessés en ambulance

Par «être sous l'influence de l'alcool ou de stupéfiants», on entend le sens donné par les autorités de la région où se produit l'accident.

Par «véhicule automobile», on entend une voiture de tourisme, une familiale, une camionnette, un tout terrain, un camion, une ambulance ou tout genre de véhicule automobile utilisé par les corps de police municipaux, provinciaux ou fédéraux.

Aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule

Si, suite à la perte ou à la perte de l'usage des deux pieds ou des deux jambes, à la quadriplégie, la paraplégie ou l'hémiplégie - toutes ces pertes donnant droit à des prestations en vertu du présent programme -, vous avez besoin d'un fauteuil roulant pour vous déplacer, l'assureur s'engage à verser, au cours des 3 années qui suivent l'accident ayant causé la perte, les frais de travaux d'aménagement raisonnables et nécessaires réellement encourus, pourvu que les travaux en question soient destinés :

- a) à adapter la résidence principale au fauteuil roulant; et/ou
- b) à adapter un seul véhicule automobile, à vos besoins, sous réserve de l'approbation, si elle est exigée, du service de délivrance des licences.

Le remboursement maximal des frais encourus par l'assuré ou en son nom se limite à 15 000 \$ par accident; le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonnée avec toute autre indemnité de même nature versée ou à verser en vertu de tout autre régime d'assurance

Assurance aviation

L'assurance couvre vos voyages à titre de passager, non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef pour lequel on a émis un certificat de navigabilité valable (à l'exception de tout appareil que votre employeur possède, loue ou exploite), à condition que le pilote détienne un brevet en bonne et due forme. La couverture s'applique également lorsque l'assuré voyage à titre de passager dans un avion militaire et pendant l'embarquement ou la descente de tout aéronef ou le heurt par tout aéronef.

Exposition aux éléments et disparition

Si par suite d'un accident couvert en vertu de la police vous ne pouvez éviter d'être exposé aux éléments, toute perte résultant de cette exposition est couverte.

Si l'on ne retrouve pas votre corps dans l'année qui suit la date de la disparition, du naufrage ou de la destruction du véhicule à bord duquel vous vous trouviez au moment de l'accident, il est présumé que vous avez perdu la vie au cours de cet accident.

Montant global d'indemnisation

Le montant global d'indemnisation, prévue par la présente assurance, à la suite de toutes les pertes résultant d'un même accident est 25 000 000 \$. S'il ne suffit pas à couvrir le plein montant de l'indemnité auquel a droit chaque assuré, la somme alors payable est calculée conformément au rapport entre le montant global d'indemnisation et la somme payable sans ce montant.

La présente disposition ne joue qu'en vertu de la garantie suivante :

- Prestations en cas de perte accidentelle.

Désignation de bénéficiaire

Les prestations de décès sont payables au ou aux bénéficiaires désignés par écrit sur la proposition d'assurance vie collective du régime de base, conservée dans les archives du contractant ou de l'assureur, selon le cas; en l'absence de cette désignation, elles sont versées aux ayants droit de l'assuré.

Toutes les autres prestations, à l'exception de ce qui suit, sont remises à l'assuré :

Transport après décès

Prestations d'études

Frais de garde des enfants

Modification du lieu de travail

Indemnité de formation professionnelle

Déplacement pour raisons familiales

Identification de la dépouille mortelle

Exonération de primes

Si vous bénéficiez de l'exonération de primes en vertu de votre assurance collective en cas d'invalidité prolongée, votre prime sera également exonérée, en vertu de la présente police.

Toutes les conditions contractuelles, y compris celles prévoyant la réduction du montant d'assurance, s'appliquent lors de l'exonération de primes.

Nonobstant toute stipulation contraire de la police, les prestations payables en raison d'une perte subie lors de l'exonération de primes ne peuvent dépasser le montant payable au début de l'invalidité.

Maintien en vigueur de l'assurance lors d'une absence autorisée

Sous réserve du paiement de la prime, votre assurance est maintenue en vigueur pendant un maximum de 12 mois lors d'une absence autorisée, d'une mise à pied ou d'un congé de maternité. Dans le cas de l'invalidité, l'assurance prévue en vertu de ce régime prend fin dès que survient l'une des éventualités suivantes: votre 65e anniversaire, l'entrée en jeu d'une garantie d'exonération de primes ou votre retour au travail.

Toutes les conditions contractuelles, y compris celles prévoyant la réduction du montant d'assurance, s'appliquent lors de l'absence.

Nonobstant toute stipulation contraire de la police, les prestations payables en raison d'une perte subie lors du maintien en vigueur ne peuvent dépasser le montant payable au début de l'absence.

Quand votre assurance se termine-t-elle?

Votre assurance se termine dès que survient une des éventualités suivantes:

- 1) La résiliation de la police.
- 2) À la date d'échéance de la prime, si votre employeur omet de payer la prime requise, sauf en cas d'erreur commise par inadvertance.
- 3) À la date de votre soixante-dixième (70e) anniversaire.
- 4) À la date à laquelle vous cessez d'être effectivement au service de l'employeur, en raison d'un congé autorisé, d'une mise à pied, d'un congé de maternité, congé parental, d'une invalidité, d'une démission, d'un congédiement ou d'un départ à la retraite, sauf comme il est prévu en vertu d'une des dispositions suivantes:

Exonération de primes

Maintien en vigueur de l'assurance lors d'une absence autorisée

En cas de résiliation de votre assurance, vous pouvez, sous réserves des conditions contractuelles, faire une demande de règlement par suite d'un accident antérieur à la résiliation.

Exclusions

La présente police ne couvre aucune perte, mortelle ou non, causée principalement ou accessoirement par ce qui suit:

- 1) Le suicide ou les blessures volontaires.
- 2) La guerre, déclarée ou non se produisant au Canada et/ou aux États-unis d'Amérique ou dans l'un des pays situés dans les Zones A1, A2 ou A3 du Tableau des Zones de guerre fourni par SSQ, Société d'assurance inc. à l'employeur.
- 3) La participation à une émeute, une insurrection, un mouvement populaire ou des troubles.
- 4) Le service à plein temps, à temps partiel ou temporaire dans les forces armées d'un pays.
- 5) Tout voyage, à titre de passager ou autre, à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, sauf ce qui est prévu à la disposition «Assurance aviation».
- 6) Les soins médicaux ou les interventions chirurgicales, sauf s'ils sont consécutifs à un accident.

REMARQUE: Les garanties suivies d'un astérisque (*) ne donnent droit à des prestations qu'en vertu d'un seul contrat émis à votre employeur par **SSQ, Société d'assurance inc.**

Demande de Règlement

Dans le cas d'une réclamation, un avis écrit de l'accident doit être transmis à l'assureur dans les 30 jours de la date de l'accident et une preuve écrite de la perte doit être fournie à l'assureur dans les 90 jours de la date de la perte.

Le défaut de donner avis au cours de la période prévue n'invalide pas une demande d'indemnité, s'il est démontré qu'il n'a pas été raisonnablement possible de donner cet avis et que l'avis a été remis aussitôt que possible.

Dans tous les cas, l'avis doit être présenté dans l'année qui suit la date de l'accident

DÉFINITIONS

Dans la présente police, on entend par:

«Blessure» ou «Accident corporel». Les dommages corporels qui résultent d'un accident se produisant en cours d'assurance et qui atteignent l'assuré. Ils entraînent directement, c'est-à-dire indépendamment de toute autre cause, une perte couverte par la police, qui est en jeu jour et nuit, n'importe où dans le monde entier. Il est entendu que sont exclues toutes les maladies ou affections, sauf si elles sont la conséquence directe d'un accident.

«Accident». Toute atteinte corporelle non intentionnelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

«Maladie» ou «Affection». L'altération de l'état de santé, attribuée à des causes internes ou externes, se traduisant par des symptômes et des signes et se manifestant par une perturbation des fonctions ou par des lésions.

«Conjoint». La personne:

- a) à laquelle l'assuré est marié; ou
- b) avec laquelle l'assuré fait vie commune de façon permanente depuis au moins un (1) an avant la survenance du sinistre.

Une seule personne est admissible à titre de conjoint.

Si, tout en étant toujours marié, l'assuré fait vie commune avec une personne décrite précédemment en b), il peut choisir par écrit laquelle est assurée à titre de conjoint. La déclaration doit être remise au contractant avant la réalisation du risque assuré, sans quoi elle ne lie pas l'assureur. Si le contractant ne reçoit aucune déclaration, on présume que le conjoint est la personne à laquelle l'assuré est marié.

«Membre de la famille immédiate». Toute personne d'au moins 18 ans, qu'il s'agisse du fils, de la fille, du père, de la mère, du frère, de la sœur, du beau-fils, de la belle-fille, du beau-père, de la belle-mère, du beau-frère, de la belle-sœur - peu importe que le lien soit naturel ou résulte d'une adoption ou d'un remariage -, du conjoint, du petit-fils, de la petite-fille, du grand-père ou de la grand-mère de l'assuré.

Cette brochure résume en langage non technique les termes et conditions de votre programme d'assurance en cas d'accident et devrait être conservée pour référence. Tous les droits et obligations sont régis en accord avec la police numéro # 1PY80 et non pas avec cette brochure. Pour plus d'informations, veuillez communiquer avec le service des Ressources humaines de votre employeur.

Protection des renseignements personnels

À la Financière Sun Life, la protection des renseignements personnels vous concernant est une priorité. Nous conservons à nos bureaux un dossier confidentiel contenant des renseignements personnels sur vous ainsi que sur les contrats que vous avez auprès de notre organisation. Nous constituons ces dossiers dans le but de vous offrir des produits et des services de placement et d'assurance qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Seuls les employés, les représentants et les tiers fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion et du traitement du ou des contrats que vous avez auprès de notre organisation et des services s'y rapportant, nos réassureurs ainsi que toute autre personne que vous autorisez à le faire, peuvent avoir accès aux renseignements personnels vous concernant. Dans certains cas, ces personnes peuvent être établies dans des territoires hors du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers. Vous avez le droit de consulter les renseignements contenus dans votre dossier et, s'il y a lieu, de les faire corriger en nous le demandant par écrit.

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).

Pour en savoir davantage au sujet de nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web à l'adresse www.sunlife.ca. Pour obtenir de plus amples renseignements concernant nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels, par courriel (responsableprotectionvieprivee@sunlife.com) ou par la poste (Responsable de la protection des renseignements personnels, Financière Sun Life, 225, rue King Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3C5).

