

vos garanties collectives

Contrat numéro : 103297 et 151397

À effet du : 8 mai 2022

Établi le : 2 mai 2022



Bimbo Canada
Usine Dandurand - Associés syndiqués



Table des matières

Pour communiquer avec la Financière Sun Life	3
Sommaire des garanties	5
Demandes de règlement	9
Conditions générales	12
Frais médicaux	18
Programme Voyage Assistance	28
Frais dentaires	32
Invalidité de longue durée Pour Catégories 4Z1 et 4Z2	36
Assurance-vie	40

Pour communiquer avec la Financière Sun Life



Des questions?

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

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

Services aux participants

Téléchargez l'application ma Sun Life Mobile!

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

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

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

Accès au site Web masunlife

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

Votre carte-médicaments

Obtenez-la par l'entremise de votre employeur ou en ligne à l'adresse www.masunlife.ca.

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

Votre carte d'assistance-voyage

Obtenez-la par l'entremise de votre employeur ou en ligne à l'adresse www.masunlife.ca.

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

Pour communiquer avec Allianz Global Assistance

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

Pour toute autre demande

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

Sommaire des garanties



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

Conditions générales

Nous, nos et notre	Dans la présente brochure, les termes « <i>nous</i> », « <i>nos</i> » et « <i>notre</i> » se rapportent à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Période probatoire	<p>La période probatoire est de :</p> <ul style="list-style-type: none">• Associés à temps plein: 3 mois de service continu• Associés à temps partiel: 1 300 heures de service continu dans l'année civile précédente <p>Toute période durant laquelle vous ne remplissez pas les conditions d'admission ne peut être prise en compte dans la période probatoire</p>
Cessation	Les conditions de cessation de la couverture peuvent varier d'une garantie à l'autre comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué dans la section <i>Conditions générales</i> de la présente brochure.

Frais médicaux - Contrat Numéro 151397

Année de référence	Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre
Franchise	Aucune
Niveau de remboursement	
<i>Régime avec carte-médicaments</i>	Inclus
<i>Médicaments sur ordonnance</i>	90 % des frais
	<p>Lorsque le montant des frais qui ne sont pas remboursés par le présent régime en raison de l'application du pourcentage de remboursement atteint 750 \$ pour une famille au cours d'une année de référence, les frais admissibles engagés par cette famille sont remboursés à 100 % pour le restant de l'année de référence</p> <p>Les médicaments couverts au titre de la présente garantie doivent avoir un numéro d'identification du médicament (numéro DIN) et être approuvés conformément à la rubrique <i>Évaluation des médicaments</i></p>

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

- médicaments nécessitant une ordonnance aux termes de la loi
- mélanges pour biberon, avec une intolérance confirmée au lait
- 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, autres que les dispositifs de transfusion sanguine (couverts par les *Services et articles médicaux*)
- stérilets et diaphragmes
- articles devenus nécessaires à la suite d'une colostomie
- injections sclérosantes pour le traitement des varices

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

Médicament équivalent

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

Régime d'assurance médicaments du Québec

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

Paiement différé

Les paiements sont effectués automatiquement chaque mois ou dès que le montant des frais à payer atteint 50 \$

Hospitalisation dans la province du domicile

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

Hôpital de convalescence

100 % de la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre semi-particulière, à concurrence de 20 \$ par jour, pour une période limitée à 180 jours pour toutes les périodes de traitement d'une maladie attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes

Centre de réadaptation pour toxicomanes et alcooliques

100 % des frais, à concurrence d'un maximum de 75 \$ par jour et d'un maximum de 31 jours par vie durant

Services hors province reçus en cas d'urgence

100 % des frais
Programme Voyage Assistance inclus
Limite de temps – 180 jours suivant le départ de la province du domicile de la personne

Services et articles médicaux

60 % - des frais pour les chaussures orthopédiques
90 % - pour tous les autres frais

<i>Services paramédicaux</i>	<p>90 % des frais pour les spécialistes paramédicaux autorisés ci-dessous, à concurrence de 15 \$ par visite et de 25 visites par année de référence pour chaque spécialité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • psychologues • orthophonistes • physiothérapeutes • naturopathes • acupuncteurs • audiologistes • ergothérapeutes • ostéopathes ou praticiens en ostéopathie • chiropraticiens, un maximum distinct de 25 \$ par personne par année de référence s'applique au examen radiologique, limité à 4 examens par année de référence • podiatres
<i>Frais d'optique</i>	<p>Lentilles cornéennes ou lunettes – 90 % des frais, à concurrence de 75 \$ par personne par période de 24 mois</p> <p>Lentilles cornéennes pour le traitement d'une affection particulière – 90 % des frais, à concurrence de 200 \$ par personne par période de 24 mois</p>
Cessation	À votre départ à la retraite

Frais dentaires - Contrat Numéro 151397

Année de référence	Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre
Tarif	Tarif des dentistes généralistes de la province où les soins sont reçus
Niveau de remboursement	
<i>Soins de prévention</i>	80 % des frais
<i>Soins de base</i>	80 % des frais
<i>Soins majeurs</i>	50 % des frais
Prestation maximale	
<i>Prestation maximale par année de référence</i>	1 000 \$ par personne
<i>Prestation maximale en cas d'adhésion tardive</i>	100 \$ par personne durant les 12 premiers mois pour tous les frais réunis
Cessation	À votre départ à la retraite

Invalidité de longue durée - Contrat Numéro 103297 – Pour Catégories 4Z1 et 4Z2

Prestation maximale	66.67 % de votre salaire de base mensuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 \$. Maximum – 1 300 \$ La prestation maximale peut être réduite des prestations et des paiements provenant d'autres sources comme il est indiqué dans la section <i>Invalidité de longue durée</i> de la présente brochure
Délai de carence	30 semaines
Période maximale d'indemnisation	Période se terminant à la fin du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans Les prestations peuvent également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué dans la section <i>Invalidité de longue durée</i> de la présente brochure
Cessation	Le jour où il reste à courir, avant votre 65 ^e anniversaire, une période égale au délai de carence ou le jour de votre départ à la retraite, si votre départ a lieu antérieurement
Situation fiscale	Votre employeur a indiqué que ce régime invalidité est un régime entièrement à la charge des salariés, ce qui signifie que toutes les primes exigibles sont payées par les salariés qui sont couverts par le régime. Par conséquent, les prestations d'invalidité ne sont pas imposables.

Vie - Contrat Numéro 103297

Assurance-vie du personnel

Capital	10 000 \$
Réduction	Lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, l'assurance est ramenée à 50 % du capital en vigueur Si vous continuez ou commencez à travailler après avoir atteint l'âge de 65 ans, nous calculons le capital auquel vous auriez eu droit si vous n'aviez pas déjà atteint l'âge de 65 ans; nous appliquons ensuite la clause de réduction ci-dessus pour calculer le capital auquel vous avez droit.
Cessation	À votre départ à la retraite

Assurance-vie des personnes à charge

Capital	Conjoint – 2 000 \$ Enfant – 1 000 \$
Cessation	À votre départ à la retraite

Demandes de règlement



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

Pour traiter une demande de règlement, nous pouvons vous demander de nous fournir les documents suivants :

- dossiers ou rapports médicaux
- preuve de paiement
- factures détaillées
- ordonnances
- tout autre renseignement dont nous avons besoin.

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

Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement

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

Type de demande de règlement	Pour présenter une demande	Délais prescrits et instructions
Frais médicaux	<p>Demandez le formulaire à votre employeur ou obtenez-le sur notre site Web.</p> <p>Vous pouvez également présenter des demandes de règlement par voie électronique pour certains frais. Veuillez vous adresser à votre employeur pour plus de précisions.</p>	<p>Jusqu'à la moins tardive des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• 450 jours après la date à laquelle les frais sont engagés, ou• 90 jours après la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais médicaux.
Programme Voyage Assistance	<p>Communiquez avec Allianz Global Assistance pour signaler une urgence médicale.</p>	<p>Demander le remboursement de vos frais : Afin de vous faire rembourser des frais que vous ou une autre personne couverte avez engagés pour des services ou des articles, vous devez nous faire parvenir une attestation des frais engagés dans les 30 jours suivant le retour de la personne dans la province de son domicile.</p> <p>Pour plus de précisions, voir le paragraphe <i>Sommes qui vous sont remboursées</i> de la section <i>Programme Voyage Assistance</i>.</p>

Type de demande de règlement	Pour présenter une demande	Délais prescrits et instructions
Frais dentaires	<p>Demandez le formulaire à votre employeur ou obtenez-le sur notre site Web.</p> <p>Le dentiste devra remplir la section appropriée du formulaire.</p> <p>Vous pouvez également présenter des demandes de règlement par voie électronique pour certains frais. Veuillez vous adresser à votre employeur pour plus de précisions.</p>	<p>Jusqu'à la moins tardive des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 450 jours après la date à laquelle les frais sont engagés, ou • 90 jours après la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais dentaires. <p>Nous pouvons exiger que vous nous présentiez la déclaration du dentiste en ce qui touche le traitement reçu, les radiographies prises avant le traitement et tout autre renseignement se rapportant au traitement.</p>
Invalidité de longue durée	<p>Demandez les formulaires de demande de règlement à votre employeur et veillez à ce que chacune des personnes suivantes les remplissent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vous, • votre médecin traitant, et • votre employeur. <p>La présentation de ces formulaires constitue votre attestation.</p>	<p>Vous devriez nous faire parvenir votre attestation d'invalidité totale au moins 8 semaines avant l'expiration de votre délai de carence. Cependant, l'attestation ne doit, en aucun cas, être présentée plus de 6 mois après l'expiration du délai de carence.</p> <p>Si votre couverture au titre de la garantie Invalidité de longue durée prend fin, vous devez nous aviser de votre invalidité dans les 30 jours suivant la date de cessation de la couverture.</p> <p>Nous étudions votre demande et nous vous envoyons, à vous ou à votre employeur, une lettre expliquant notre décision.</p> <p>Nous pouvons exiger à l'occasion que vous nous présentiez une attestation de votre invalidité totale et continue. Vous devez fournir cette attestation dans les 90 jours de notre demande.</p>

Type de demande de règlement	Pour présenter une demande	Délais prescrits et instructions
Assurance-vie	Demandez les formulaires de demande de règlement à votre employeur.	<p>En cas de décès : La demande doit être présentée aussitôt que possible après le décès.</p> <p>Pour la garantie en cas d'invalidité totale (exonération des primes): L'attestation d'invalidité totale doit nous parvenir dans les 12 mois suivant le début de l'invalidité. Par la suite, nous pouvons exiger, lorsque nous l'estimons nécessaire, que vous nous fassiez parvenir une attestation établissant que cette invalidité subsiste.</p>

Conditions générales



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

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

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

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

Vos garanties collectives	<p>Les garanties suivantes sont autoassurées par le titulaire du contrat, Canada Bread Company, Limited:</p> <ul style="list-style-type: none">• Frais médicaux• Programme Voyage Assistance• Frais dentaires <p>Cela signifie que Canada Bread Company, Limited a l'entière responsabilité des garanties ci-dessus sur les plans légal et financier, et doit fournir les fonds nécessaires au versement des règlements. À l'exception des médicaments faisant partie du Programme d'autorisation préalable de médicaments, la Sun Life procure des services administratifs seulement (SAS), comme l'étude et le traitement des demandes de règlement. Dans le cas des médicaments faisant partie du Programme d'autorisation préalable de médicaments, Cubic Health agit comme le gestionnaire du programme et demande à la Sun Life de traiter les demandes de règlement lorsque les frais des médicaments sont remboursables. Toutes les autres garanties sont assurées par la Sun Life.</p>
Catégories	<p>La présente brochure décrit la couverture des catégories de associés suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Catégorie 4Z1 – Usine Dandurand - Associés syndiqués à temps plein• Catégorie 4Z2 – Usine Dandurand - Associés syndiqués à temps partiel• Catégorie 4Z3 – Dandurand – Associés syndiqués à temps partiel san Invalidité
Qui est admissible aux garanties?	<p>Pour être admissible aux garanties collectives, vous devez résider au Canada et remplir toutes les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• être membre du personnel permanent de l'employeur et travailler au Canada.• travailler effectivement pour le compte de l'employeur au moins 20 heures par semaine.• avoir accompli la période probatoire indiquée dans le Sommaire des garanties. <p>Les personnes à votre charge sont admissibles au régime à la plus tardive des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle vous êtes admissible au régime, ou• la date à laquelle elles répondent à la définition de personne à charge. <p>Les personnes à votre charge ne sont admissibles au régime que si vous demandez à y adhérer vous-même.</p>

<p>Personne à charge</p>	<p>Par personne à charge, on entend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • votre conjoint ou votre enfant, • qui réside au Canada ou aux États-Unis. <p>Par conjoint, on entend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • votre conjoint en vertu d'un mariage, ou • votre conjoint en vertu de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou • la personne du sexe opposé ou du même sexe qui habite avec vous et qui vit une relation conjugale avec vous depuis au moins 12 mois. Pour les associés résidant au Québec, aucune période minimale de cohabitation n'est exigée si un enfant est né de votre union. <p>À toute époque, le régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint.</p> <p>Par enfant, on entend tout enfant du associé ou de son conjoint (sauf un enfant pris en foyer nourricier), qui est âgé de moins de 21 ans et qui n'a pas de conjoint.</p> <p>L'enfant de moins de 26 ans qui étudie à temps plein, qui n'a pas de conjoint et dont vous assurez le soutien sur le plan financier est également considéré comme un enfant.</p> <p>L'enfant qui souffre d'une invalidité avant l'âge limite et dont l'invalidité se poursuit demeure couvert s'il est incapable de subvenir à ses besoins sur le plan financier en raison de son invalidité, s'il dépend de vous financièrement et s'il n'a pas de conjoint.</p> <p>Dans ce cas, vous devez informer la Sun Life dans les 6 mois suivant le jour où l'enfant atteint l'âge limite dans le cadre de ce régime. Veillez vous adresser à votre employeur pour plus de renseignements à ce sujet.</p>
<p>Comment adhérer au régime</p>	<p><i>Couverture pour vous-même</i> : Vous devez fournir les renseignements nécessaires à la Sun Life par l'entremise de votre employeur.</p> <p><i>Couverture pour une personne à charge</i> : Vous devez demander la couverture des personnes à charge.</p> <p>Vous pouvez refuser la garantie Frais médicaux ou Frais dentaires du présent régime, si vous ou les personnes à votre charge bénéficiez d'une couverture comparable aux termes du présent régime ou d'un autre régime. Si, par la suite, l'autre couverture prend fin, vous pourrez alors opter pour la couverture prévue par le présent régime.</p> <p>Pour la garantie Frais dentaires: Vous devez demander votre admission à la couverture dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle vous y êtes admissible. Si vous ne le faites pas au cours de ce délai, vous devrez présenter, à vos frais, une attestation de bonne santé.</p>
<p>Prise d'effet de la couverture</p>	<p>Pour la garantie Frais dentaires: Votre couverture prend effet dès que toutes les conditions suivantes sont remplies :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vous êtes admissible à la couverture. • vous avez demandé votre adhésion à la couverture. • la Sun Life a accepté l'attestation de bonne santé qui a pu être exigée. <p>Pout toute autres garanties: Votre couverture prend effet dès que toutes les conditions suivantes sont remplies :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vous êtes admissible à la couverture. • la Sun Life a accepté l'attestation de bonne santé qui a pu être exigée.

	<p>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.</p> <p>Pour la garantie Frais dentaires: La couverture de la personne à charge prend effet dès que toutes les conditions suivantes sont remplies :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vous bénéficiez de la couverture prévue pour vous-même. • vous avez une personne à votre charge. • la Sun Life a accepté l'attestation de bonne santé de la personne à charge qui a pu être exigée. <p>Pout toute autres garanties: La couverture de la personne à charge prend effet dès que toutes les conditions suivantes sont remplies :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vous bénéficiez de la couverture prévue pour vous-même. • vous avez une personne à votre charge.
<p>Modification de la couverture</p>	<p>Lorsqu'une attestation de bonne santé est exigée, la modification ne peut prendre effet avant que la Sun Life n'accepte l'attestation.</p> <p>Si vous n'êtes pas effectivement au travail le jour où une augmentation de la couverture devrait normalement prendre effet ou le jour où la Sun Life accepte l'attestation de bonne santé, la modification ne prend effet qu'à compter du jour où vous remplissez cette condition.</p>
<p>Tenue à jour de votre dossier</p>	<p>Pour toujours bénéficier de la protection appropriée, il est important que vous informiez votre employeur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de tout changement de situation quant aux personnes à charge. • de tout changement de nom. • de tout changement de bénéficiaire.
<p>Accès à vos dossiers</p>	<p>Vous pouvez demander une copie des renseignements figurant à votre dossier, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tout document ou renseignement écrit se rapportant à votre santé que vous avez fourni à la Sun Life au moment de votre adhésion à la couverture. • une copie du contrat assuré. <p>La première copie est fournie sans frais, mais des frais peuvent être demandés pour des copies supplémentaires.</p> <p>Pour obtenir une copie d'un document, utilisez l'une des deux méthodes ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • allez sur notre site Web, à l'adresse www.masunlife.ca. • téléphonez à notre Centre de service à la clientèle, sans frais au 1-800-361-6212. <p>Pour obtenir une copie de votre formulaire d'adhésion ou demande d'assurance, veuillez communiquer avec votre employeur.</p>
<p>Cessation de la couverture</p>	<p>La couverture dont vous bénéficiez à titre de associé prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • la garantie ou le contrat collectif est résilié.

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

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

Les conditions relatives à la cessation de la couverture peuvent varier d'une garantie à l'autre. Pour plus de précisions sur la cessation de la couverture d'une garantie en particulier, veuillez vous reporter au Sommaire des garanties qui se trouve au début de la présente brochure.

Si vous décédez en cours de couverture

Pour les garanties Frais médicaux et Frais dentaires: Les personnes à votre charge demeurent couvertes, **jusqu'à ce que se réalise l'une des situations suivantes :**

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

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

Actions en justice pour les garanties assurées

Délai de prescription en Ontario :

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

Délai de prescription dans les autres provinces :

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

Actions en justice pour les garanties autoassurées

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

Attestation d'invalidité

La Sun Life peut exiger, à l'occasion, une attestation de votre invalidité totale et continue. Si vous ne lui présentez pas cette attestation dans les 90 jours suivant la demande, vous pourriez ne pas avoir droit à une partie ou à la totalité des prestations.

Coordination de vos prestations avec un autre régime

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

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

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

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

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

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

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

Examen médical

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

Droit de recouvrement

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

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

Cession

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

Définitions

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

Accident

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

Date du départ à la retraite	Si vous êtes totalement invalide, la date de votre départ à la retraite correspond à votre 65 ^e anniversaire de naissance, à moins que vous n'ayez effectivement pris votre retraite avant cet anniversaire.
Maladie	Par maladie, on entend également une blessure, une affection ou une infirmité mentale. Toute intervention chirurgicale subie pour faire don d'un organe à une autre personne et qui entraîne une invalidité totale, est considérée comme une maladie.
Médecin	Médecin ou chirurgien autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il donne des soins médicaux.
Salaire de base	Rémunération que l'employeur verse au associé, y compris les gratifications et les heures supplémentaires versées régulièrement, mais à l'exclusion des primes de rendement.
Traitement approprié	Traitement donné et prescrit par un médecin ou, lorsque la Sun Life l'estime nécessaire, par un médecin spécialiste. Il doit s'agir d'un traitement raisonnable et de pratique courante qui ne se limite pas à des examens ou à des tests, et la fréquence des soins doit correspondre à celle qu'exige normalement l'affection en cause.



Description générale de la garantie

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

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

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

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

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

Par *frais raisonnables habituellement exigés*, on entend :

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

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

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

Présentation d'une demande de règlement lorsque les frais sont engagés

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

L'année de référence figure dans le Sommaire des garanties.

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

Niveau de remboursement

Les frais engagés sont remboursés en fonction du niveau de remboursement prévu par le présent régime.

Pour chaque type de service mentionné ci-dessous, le niveau de remboursement figure dans le Sommaire des garanties.

Médicaments sur ordonnance

Médicaments sur ordonnance	Nous couvrons le coût des médicaments et articles qui figurent dans le Sommaire des garanties.
Limite d'approvisionnement	<p>Dans le cas des médicaments et des articles obtenus au moyen de la carte-médicaments à paiement différé, vous n'avez pas à nous présenter de demande de règlement. Les paiements sont effectués automatiquement de la manière indiquée dans le Sommaire des garanties.</p> <p>Les prestations versées pour chaque achat sont limitées au coût de la quantité qu'il est raisonnable d'utiliser pendant une période de 100 jours.</p>
Exclusions	<p>Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit, même s'il s'agit de soins, de médicaments et d'articles prescrits :</p> <ul style="list-style-type: none">• minéraux, protéines, vitamines et traitements au collagène.• frais d'administration de sérums, de vaccins et d'injections.• traitements de l'obésité, y compris les médicaments, les protéines et les suppléments alimentaires ou diététiques.• stimulants de la pousse des cheveux.• auxiliaires antitabagiques.• médicaments pour le traitement de la stérilité.• médicaments pour le traitement d'une dysfonction sexuelle.• vaccins.• médicaments utilisés à des fins esthétiques.• produits de santé naturels, qu'ils aient ou non un numéro de produit naturel (NPN).• médicaments et traitements administrés dans un hôpital à une personne à titre de malade interne ou de malade externe, ou dans une clinique ou un centre de soins financés au moyen de fonds publics, y compris tout service ou article ayant trait à l'administration du médicament et du traitement.
Évaluation des médicaments	<p>Les médicaments suivants feront l'objet d'une évaluation et devront être approuvés par nous en vue d'être admissibles à un remboursement :</p> <ul style="list-style-type: none">• médicaments ayant reçu un avis de conformité de Santé Canada, le 1^{er} novembre 2017 ou après cette date, pour un usage initial ou un nouvel usage.• médicaments couverts par ce régime et dont le coût a connu une hausse importante. <p>Les frais de médicaments sont admissibles à un remboursement seulement s'ils ont été engagés à compter de la date à laquelle nous les avons approuvés.</p> <p>Nous évaluerons l'admissibilité du médicament en fonction de facteurs comme :</p> <ul style="list-style-type: none">• l'analyse comparative du coût du médicament et de son efficacité clinique.• les recommandations faites par les organismes d'évaluation des technologies de la santé et les provinces.• l'accès à d'autres médicaments qui traitent les mêmes affections ou des affections similaires.• la durabilité du régime.
Auxiliaires antitabagiques	Les auxiliaires antitabagiques sont couverts compte tenu des exigences du régime d'assurance médicaments du Québec.

Services pharmaceutiques (rendus par les pharmaciens)

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

Programme d'autorisation préalable de médicaments

Le programme d'autorisation préalable (AP) de médicaments exige que vous répondiez à un ensemble défini de critères cliniques liés à une condition médicale donnée, avant que la couverture d'un médicament d'AP spécifique soit approuvée.

Un médicament d'AP est défini comme un produit pharmaceutique dont le coût annuel est de 5 000 \$ ou plus pour une période de traitement d'un (1) an ou moins et qui est généralement prescrit par un spécialiste approprié dans un domaine thérapeutique donné. Un médicament d'AP pourrait également inclure des produits spécifiques dont le coût annuel est inférieur à 5 000 \$ et pour lesquels il existe des problèmes d'innocuité potentiels qui peuvent être limités par un processus d'AP.

Un médicament d'AP exige que vous donniez votre consentement écrit à un évaluateur de cas clinique indépendant, soit Cubic Health, afin qu'il puisse obtenir toute information médicale personnelle pertinente de la part de votre équipe de professionnels de la santé (c.-à-d. médecin(s), pharmacien(s), infirmière(s) praticienne(s), gestionnaire(s) de cas, etc.), tel que nécessaire pour prendre une décision de couverture.

Un médicament d'AP aura une période d'approbation initiale maximale d'un (1) an. S'il y a lieu, cela sera communiqué au moment de toute approbation. Un formulaire de renouvellement devra être rempli avant la fin de la période de couverture afin de pouvoir être considéré pour une extension de l'approbation. L'approbation initiale d'un médicament d'AP pour un produit donné ne garantit pas la prolongation de l'approbation au moment du renouvellement. Les renouvellements sont basés sur la démonstration de l'innocuité et de l'efficacité clinique du produit dans votre cas, et sur votre adhérence appropriée au traitement.

Un médicament d'autorisation préalable spécifique risque de ne pas être couvert pour vous si :

- il a été déterminé que vous n'avez pas tenté un essai adéquat de thérapies alternatives cliniquement appropriées pour la même condition.
- la posologie demandée est cliniquement inappropriée.
- le médicament est utilisé pour une affection sous-jacente qui n'est pas approuvée par Santé Canada.
- le médicament d'autorisation préalable en question, ou une alternative cliniquement appropriée, est couvert par un programme public.
- il a été déterminé que vous n'avez pas essayé un autre médicament pour la même condition, dont l'efficacité et la sécurité sont comparables, mais qui est plus rentable.
- l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (l'ACMTS) n'a pas formulé de recommandation inconditionnelle quant à l'inscription du médicament sur la liste des médicaments couverts, en raison de problèmes d'innocuité, d'efficacité clinique ou de rentabilité.

Cubic se réserve le droit d'exiger un essai adéquat de thérapies alternatives cliniquement appropriées avant qu'un médicament d'autorisation préalable demandé soit approuvé et remboursé par le régime.

Une fois qu'une décision a été rendue dans le cadre du programme d'autorisation préalable de médicaments, elle ne peut pas faire l'objet d'un appel, à moins qu'il n'y ait eu un changement important dans votre état de santé sous-jacent qui justifie une réévaluation, un changement dans les données probantes primaires et/ou une justification clinique valide expliquant pourquoi les options alternatives proposées ne sont pas appropriées dans votre cas en particulier. Un appel ne garantit pas automatiquement une approbation.

Si un médicament d'AP est approuvé, il sera assujéti au niveau de remboursement des médicaments de prescription et à toutes les autres conditions applicables aux médicaments de prescription.

Droits acquis pour les médicaments remboursés avant le 1^{er} mars 2022 - si un médicament d'AP a été remboursé dans le cadre d'un régime d'assurance-maladie complémentaire de Canada Bread Company, Limited au cours de la période de 180 précédant la date d'entrée en vigueur de ce programme, vous bénéficierez automatiquement de droits acquis et ne serez pas tenu de demander une autorisation préalable. Toutefois, s'il est nécessaire de modifier un médicament d'AP déjà existant ou d'ajouter un autre médicament d'AP à votre régime de médicaments, vous devrez demander une autorisation préalable pour ce nouveau médicament.

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 puisque vous pouvez aussi bien être couvert par le régime public que par votre régime collectif.

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

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

Frais d'hospitalisation engagés dans votre province

Hôpital

Nous couvrons les frais engagés pour une hospitalisation dans un hôpital dans votre province de résidence, comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties.

Un *hôpital* est un établissement autorisé à donner des soins et des traitements aux blessés et aux malades, principalement durant la phase aiguë de la maladie. Il doit être doté d'installations servant au diagnostic et à la chirurgie majeure. L'établissement doit assurer des soins infirmiers 24 heures sur 24.

	<p>L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour personnes âgées ou malades chroniques, un sanatorium, un hôpital de convalescence ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, de même que les lits réservés à ces fins dans un hôpital ne sont pas considérés comme un hôpital.</p>
Hôpital de convalescence	<p>Nous couvrons les frais engagés pour une hospitalisation dans un hôpital de convalescence, prescrite par le médecin, à condition qu'elle ait principalement pour objet la réadaptation du malade et non la surveillance du malade, comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties.</p> <p>Un <i>hôpital de convalescence</i> est un établissement autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées qui sont en convalescence par suite d'une blessure ou d'une maladie, et qui doit assurer des soins infirmiers et médicaux 24 heures sur 24.</p> <p>L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour personnes âgées ou malades chroniques, un sanatorium ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, n'est pas considéré comme un hôpital de convalescence.</p>
Centre de réadaptation pour toxicomanes et alcooliques	<p>Nous couvrons les frais engagés pour le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie dans un centre autorisé de réadaptation pour toxicomanes et alcooliques, comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties.</p>

Frais engagés hors de votre province

Frais engagés hors de votre province	<p>Nous couvrons les services reçus en cas d'urgence hors de la province de votre domicile. Dans le cas des services reçus en cas d'urgence, le niveau de remboursement figure dans le Sommaire des garanties.</p> <p>Dans le cas des services reçus en cas d'urgence, nous couvrons ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • hospitalisation dans une chambre semi-particulière • autres services hospitaliers reçus hors du Canada seulement • soins reçus à l'hôpital à titre de malade externe • soins du médecin
Services reçus en cas d'urgence	<p>Nous couvrons les frais engagés pour des services reçus en cas d'urgence uniquement durant la limite de temps indiquée dans le Sommaire des garanties. Si vous êtes admis à l'hôpital au cours de cette période, les services que vous recevez à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à votre sortie de l'hôpital.</p> <p>Le terme <i>services reçus en cas d'urgence</i> 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.</p> <p>Le terme <i>urgence</i> 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.</p>

En cas d'urgence, communiquez immédiatement avec nous!

Vous ou une personne qui vous accompagne devez communiquer immédiatement avec AZGA Service Canada Inc. (*Allianz Global Assistance*), qui est le fournisseur du Programme Voyage Assistance de la Sun Life. Allianz Global Assistance doit approuver au préalable tous les procédés invasifs et les procédés d'investigation (y compris toute intervention chirurgicale, angiographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographie par émission de positons (TEP), tomодensitométrie) que vous recevez.

Si vous recevez des soins d'urgence avant qu'Allianz Global Assistance n'en soit informé et que nous déterminons que quelqu'un aurait pu raisonnablement communiquer avec Allianz Global Assistance à votre place, la Sun Life a le droit de refuser ou de limiter le paiement des frais engagés relativement à cette urgence.

Lorsque des circonstances exceptionnelles vous empêchent de communiquer avec Allianz Global Assistance avant de recevoir des services, vous devez le faire le plus tôt possible par la suite.

L'urgence prend fin lorsqu'Allianz Global Assistance considère, en se basant sur les renseignements médicaux disponibles, que votre état est suffisamment stable du point de vue médical pour que vous puissiez retourner dans la province de votre domicile.

Services reçus en cas d'urgence exclus de la couverture

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

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

Votre couverture des frais médicaux en un coup d'œil

Frais couverts	Précisions	Prestations maximales
Services et articles médicaux		
Soins d'infirmières ou d'infirmiers exerçant à titre privé donnés hors de l'hôpital	<p>Doivent être médicalement nécessaires</p> <p>Les services doivent consister en soins infirmiers; ils ne doivent pas avoir pour objet la surveillance du malade et ils doivent être prescrits par le médecin</p> <p>Par infirmières ou infirmiers exerçant à titre privé, on entend des infirmières ou infirmiers et infirmières ou infirmiers auxiliaires, qui sont autorisés à exercer leur profession dans la province de votre domicile et qui ne résident pas normalement avec vous</p> <p>Les services d'infirmières ou d'infirmiers autorisés ne sont couverts que s'ils ne peuvent pas être donnés par des infirmières ou infirmiers auxiliaires</p>	15 000 \$ par personne par année de référence
Ambulance	<p>Transport dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche</p> <p>Les services doivent être médicalement nécessaires</p>	
Transport aérien par service ambulancier	<p>Transport aérien par service ambulancier autorisé, à destination de l'hôpital approprié le plus proche</p> <p>Les services doivent être médicalement nécessaires</p>	
Services diagnostiques	<p>Services diagnostiques suivants reçus hors de l'hôpital, sauf si votre régime provincial considère ces frais comme un service assuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> • analyses de laboratoire prescrites par le médecin • échographies • IRM (imagerie par résonance magnétique), tomodesistométries et autres services d'imagerie médicale 	Pour tous les services d'imagerie médicale réunis, 1 000 \$ par personne par année de référence

Frais couverts	Précisions	Prestations maximales
Soins dentaires après un accident	Traitement des dents naturelles endommagées dans un accident survenu en cours de couverture, y compris les frais d'attelles et d'arcs dentaires Vous devez recevoir les soins dans les 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 associé
Lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires	Nécessaires à la suite d'une opération de la cataracte	Une lentille par œil par personne sa vie durant
Appareils	Appareils médicalement nécessaires répondant à vos besoins médicaux fondamentaux que vous avez loués (ou achetés à notre demande) Le remboursement de ces frais peut être assujéti à la présentation d'une ordonnance du médecin S'il y a plus d'un appareil qui répond à vos besoins médicaux fondamentaux, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil le moins cher	Dans le cas des fauteuils roulants, nous ne couvrons que le coût d'un fauteuil roulant non motorisé, sauf si votre état de santé justifie l'utilisation d'un fauteuil roulant motorisé
Plâtres, bandages herniaires ou béquilles		
Attelles ou orthèses	Sur l'ordonnance du médecin	
Yeux artificiels		
Couvre-moignons		
Bas à varices, y compris les bas à compression régressive	Sur l'ordonnance du médecin	4 paires par personne, à concurrence de 500 \$ par année de référence
Orthèses plantaires faites sur mesure	Sur l'ordonnance du médecin, du podiatre ou du chiropriste	2 paires par personne par année de référence
Support plantaires	Sur l'ordonnance du médecin, du podiatre ou du chiropriste	
Chaussures orthopédiques faites sur mesure et modifications apportées à des chaussures orthopédiques, et modifications apportées à des chaussures orthopédiques préfabriquées	Sur l'ordonnance du médecin, du podiatre ou du chiropriste	2 paires par personne, à concurrence de 100 \$ par année de référence
Administration d'oxygène		
Pompes à insuline	Sur l'ordonnance du médecin	
Dispositifs de transfusion sanguine		
Rampe pour fauteuil roulant	Sur l'ordonnance du médecin	2 000 \$ par personne sa vie durant

Frais couverts	Précisions	Prestations maximales
Services paramédicaux		
Spécialistes paramédicaux figurant dans le Sommaire des garanties	Les spécialistes paramédicaux doivent être autorisés	Jusqu'à concurrence du niveau de remboursement indiqué dans le Sommaire des garanties
<p>Le terme <i>autorisé</i> se rapporte à toute personne qui est membre de l'organisme approprié régissant l'exercice de sa profession établi par les autorités gouvernementales provinciales. En l'absence d'un tel organisme, la personne doit être un membre actif d'une association approuvée par nous.</p> <p>Les spécialistes paramédicaux <i>autorisés</i> doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire partie d'un organisme de réglementation ou, en l'absence d'un tel organisme, être membre d'une association approuvée par nous; • détenir un permis ou être autorisés à pratiquer leur profession, de la manière prescrite par l'organisme de réglementation provincial pertinent; • avoir suivi une formation adéquate et obtenu les titres requis pour être en mesure de fournir les services ou les articles offerts; • conserver des dossiers cliniques conformes aux pratiques et aux normes raisonnables qui sont en usage dans leur domaine ou aux exigences de l'organisme ou de l'association; • nous fournir les dossiers cliniques lorsque nous en faisons la demande et répondre favorablement à nos demandes de renseignements; • ne pas avoir recours à des pratiques administratives qui sont inacceptables pour nous. <p>Cette liste de critères n'est pas exhaustive. Nous avons le droit de déterminer à notre entière discrétion qu'un spécialiste paramédical est autorisé à offrir un service ou un article. Dans la mesure où les critères énoncés ci-dessus s'appliquent aux cliniques, nous avons le droit de déterminer à notre entière discrétion qu'une clinique est autorisée de sorte que les demandes de règlement pour des services ou des articles reçus à cette clinique donnent droit à un remboursement au titre du présent régime.</p>		

Frais d'optique		
Lentilles cornéennes et lunettes	<p>Les lentilles cornéennes et les lunettes doivent avoir été prescrites par un ophtalmologiste ou par un optométriste autorisé</p> <p>Elles doivent aussi avoir été obtenues d'un ophtalmologiste, ou d'un optométriste ou d'un opticien autorisé</p>	<p>Jusqu'à concurrence du niveau de remboursement indiqué dans le Sommaire des garanties</p> <p>Un niveau de remboursement distinct s'applique aux lentilles cornéennes prescrites pour le traitement des cas graves d'astigmatisme cornéen ou de cicatrice de la cornée, des cas de kératocône ou d'aphakie, lorsque les lunettes ne permettent pas de porter l'acuité visuelle du meilleur œil à au moins 20/40</p> <p>Aucune prestation n'est payable pour les lunettes de soleil, les lunettes grossissantes et les lunettes de protection, sauf s'il s'agit de lunettes sur ordonnance nécessaires pour corriger la vision</p>

Cessation de la couverture

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

Prestations après la cessation de la couverture

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

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

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

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

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit :

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

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

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

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

Programme Voyage Assistance



Description générale de la garantie

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

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

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

Cette garantie, appelée **Médi-Passeport**, complète la section de la garantie Frais médicaux relative aux services reçus en cas d'urgence. Nous couvrons les services reçus en cas d'urgence uniquement durant la limite de temps indiquée dans le Sommaire des garanties. Si vous êtes admis à l'hôpital au cours de cette période, les services que vous recevez à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à votre sortie de l'hôpital.

La clause portant sur les services reçus en cas d'urgence qui sont exclus de la couverture et toutes les autres conditions, notamment les maximums, les exclusions et les restrictions prévus par la garantie Frais médicaux s'appliquent également à la garantie Médi-Passeport.

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

Pour recevoir de l'aide

En cas d'urgence, communiquez immédiatement avec nous!

Vous ou une personne qui vous accompagne devez communiquer immédiatement avec AZGA Service Canada Inc. (*Allianz Global Assistance*).

Si vous recevez des soins d'urgence avant qu'Allianz Global Assistance n'en soit informé et que nous déterminons que quelqu'un aurait pu raisonnablement communiquer avec Allianz Global Assistance à votre place, la Sun Life a le droit de refuser ou de limiter le paiement des frais engagés relativement à cette urgence.

Lorsque des circonstances exceptionnelles vous empêchent de communiquer avec Allianz Global Assistance avant de recevoir des services, vous devez le faire le plus tôt possible par la suite.

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

Allianz Global Assistance offre les services suivants :

Assistance médicale immédiate

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

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

	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Retour au domicile ou transport à un autre établissement médical</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Nourriture et logement</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Retour de personnes en difficulté</p>	<p>Allianz Global Assistance prend des dispositions et, au besoin, verse une avance pour assurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • votre retour dans la province de votre domicile si vous ne pouvez plus utiliser un billet du fait que vous ou une personne à votre charge avez dû être hospitalisés ou transportés vers un centre de soins ou qu'une personne à votre charge ou sa dépouille a dû être ramenée dans la province de son domicile, en raison d'une urgence (retour au domicile). • le retour d'un enfant si, en raison d'une urgence, vous devez être hospitalisé et que l'enfant se retrouve seul alors qu'il voyageait avec vous à l'extérieur de la province de votre domicile. Ce service est offert aux enfants âgés de moins de 16 ans ou souffrant d'un handicap mental ou physique. <p>S'il y a lieu, Allianz Global Assistance prend des dispositions et verse une avance dans ce cas pour qu'un préposé compétent accompagne l'enfant jusqu'au domicile.</p> <p>La prestation maximale payable est égale au coût du transport, diminué de toute fraction remboursable du prix original du billet.</p>

Visite d'un membre de la famille	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • si vous êtes hospitalisé pendant plus de 7 jours consécutifs, et • si vous voyagez seul ou si vous êtes accompagné seulement d'un enfant de moins de 16 ans ou souffrant d'un handicap mental ou physique. <p>Nous payons jusqu'à 150 \$ par jour pour couvrir les frais de nourriture et de logement du membre de la famille dans un établissement commercial, pour une période limitée à 7 jours.</p>
Retour au domicile (transport de la dépouille)	<p>Si vous décédez au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile, Allianz Global Assistance paie jusqu'à 5 000 \$ pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • obtenir les autorisations prescrites par l'État. • régler les frais nécessaires pour le transport de votre dépouille dans un conteneur approprié.
Retour de votre voiture	<p>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.</p>
Bagages ou documents perdus	<p>Si vous perdez ou vous faites voler vos bagages ou des documents de voyage au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile, Allianz Global Assistance vous indiquera les mesures à prendre pour remplacer les documents perdus ou volés et qui contacter en cas de perte ou de vol de bagages. Il s'agit uniquement d'un service. Aucune prestation n'est payable pour la perte ou le vol de documents et de bagages.</p>
Avance	<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>
Sommes qui vous sont remboursées	<p>La Sun Life vous rembourse les frais d'articles et de services médicaux couverts par le présent régime que vous avez payés en cas d'urgence médicale, si votre couverture et l'état d'urgence médicale ont été préalablement confirmés par Allianz Global Assistance. En pareil cas, vous devez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • conserver vos reçus; • vous procurer dans tous les cas une note détaillée des frais engagés, le cas échéant, pour tous les soins reçus à l'hôpital; • remplir, dans les 30 jours de votre retour à la maison, un formulaire de demande de règlement de frais médicaux et l'envoyer directement à Allianz Global Assistance accompagné des reçus originaux et de toutes les notes détaillées relatives aux frais engagés. Vous pouvez vous procurer l'adresse d'Allianz Global Assistance en visitant le site Web des Services aux participants de la Financière Sun Life à l'adresse www.masunlife.ca ou en appelant son Centre de service à la clientèle, au numéro sans frais 1-800-361-6212. <p>Allianz Global Assistance vous demandera de signer un formulaire l'autorisant à agir en votre nom concernant le régime d'assurance-maladie de votre province. Vous devez signer et retourner ce formulaire à Allianz Global Assistance pour que votre demande de règlement soit traitée.</p>
Coordination des prestations	<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</p>

	<p>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>
<p>Sommes que vous devez rembourser</p>	<p>Vous devez rembourser à la Sun Life les sommes suivantes qu'Allianz Global Assistance vous a versées sous forme d'avances :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>La Sun Life vous facture les sommes qui doivent lui être remboursées. Le paiement est exigible dès réception de la facture.</p>
<p>Restrictions</p>	<p>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.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rébellion, émeute, soulèvement militaire, guerre, conflit de travail, grève, accident nucléaire, terrorisme ou force majeure. • refus des autorités du pays en cause d'autoriser Allianz Global Assistance à fournir des services aussi complets que possible.
<p>Responsabilité de la Sun Life ou d'Allianz Global Assistance</p>	<p>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.</p>



Description générale de la garantie

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

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

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

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

Par frais raisonnables habituellement exigés, on entend :

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

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

Pour déterminer la partie des frais engagés que nous rembourserons :

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

Nous remboursons uniquement les frais raisonnables qui correspondent à la méthode de traitement équivalente la moins coûteuse.

Dans le cas d'une couronne ou prothèse sur implant

Les prestations que nous versons correspondent à celles que nous aurions versées au titre du présent régime pour une couronne sur dent ou une prothèse non reliée à un implant, respectivement. Nous tenons compte de toutes les restrictions qui auraient été appliquées s'il n'y avait pas eu d'implant.

Tous les autres frais liés à des implants, y compris les frais de chirurgie, ne sont pas couverts.

Si vous recevez des soins dentaires temporaires

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

Présentation d'une demande de règlement lorsque les frais sont engagés

Les frais sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés.

L'année de référence figure dans le Sommaire des garanties.

Les frais sont réputés engagés le jour où les soins sont donnés, dans le cas d'un traitement nécessitant un seul rendez-vous.

Pour tous les traitements nécessitant plusieurs rendez-vous, les frais sont réputés engagés le jour où le traitement est terminé.

	Voir le tableau Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement au début de la présente brochure pour savoir quand et comment présenter une demande de règlement.
Franchise et niveau de remboursement	<p>La franchise correspond à la part des frais engagés que vous devez payer. Une fois la franchise payée, les frais engagés sont remboursés en fonction du niveau de remboursement prévu par le présent régime.</p> <p>Pour chaque type de service mentionné ci-dessous, la franchise et le niveau de remboursement figurent dans le Sommaire des garanties.</p> <p>Les frais remboursables engagés dans les 3 derniers mois de l'année de référence et servant à couvrir la franchise sont déduits de votre franchise de l'année de référence suivante.</p>
Prestation maximale	Les prestations maximales figurent dans le Sommaire des garanties.
Limitation de garantie	Si vous adhérez à la garantie prévue pour les collaborateurs ou les personnes à charge plus de 31 jours après la date à laquelle vous ou la personne à votre charge y êtes admissible, la prestation maximale que nous versons est <i>la prestation maximale en cas d'adhésion tardive</i> qui figure dans le Sommaire des garanties.
Obtention d'une estimation avant de recevoir certains soins	<p>Avant de recevoir des soins dentaires importants ou des soins entraînant des frais de plus de 500 \$, nous vous recommandons de nous envoyer une estimation. Voici comment cela fonctionne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vous nous enverrez un formulaire de demande de règlement de frais dentaires dûment rempli indiquant le traitement prévu et son coût. • le formulaire doit être rempli par vous-même et par votre dentiste. • nous vous informerons alors des frais que nous rembourserons. Vous connaîtrez ainsi, avant le traitement, la part des frais que vous devrez assumer.

Votre couverture des frais dentaires en un coup d'œil

Frais couverts	Précisions / Prestations maximales
Soins dentaire de prévention	– La garantie Frais dentaires couvre les soins ci-après destinés à la prévention de problèmes dentaires, c'est-à-dire les soins que le dentiste donne régulièrement pour maintenir les dents en bonne santé.
Examens buccaux	<ul style="list-style-type: none"> • 1 examen complet tous les 24 mois. • 1 examen périodique tous les 5 mois. • examens d'urgence ou examens particuliers.
Radiographies	<ul style="list-style-type: none"> • 1 panoramique ou série complète de radiographies tous les 24 mois. • 1 série de radiographies interproximales tous les 5 mois. • radiographies nécessaires au diagnostic ou à la surveillance de l'évolution d'un traitement.
Autres soins	<ul style="list-style-type: none"> • consultations nécessaires entre deux dentistes. • polissage (nettoyage des dents) et application topique de fluorure, à intervalles d'au moins 5 mois.

Frais couverts	Précisions / Prestations maximales
	<ul style="list-style-type: none"> traitements palliatifs et urgences.
	<ul style="list-style-type: none"> examens de diagnostic et de laboratoire.
	<ul style="list-style-type: none"> extraction de dents incluses et anesthésie à cette fin.
	<ul style="list-style-type: none"> mainteneurs d'espace pour dents primitives manquantes.
	<ul style="list-style-type: none"> scellement de puits et fissures.
	<ul style="list-style-type: none"> conseils d'hygiène bucco-dentaire, à intervalles d'au moins 5 mois, sous réserve d'un maximum de 2 séances par année de référence.
Soins dentaires de base – La garantie Frais dentaires couvre les soins dentaires de base ci-après.	
Obturations	<ul style="list-style-type: none"> amalgame (argent) et résine composite ou résine acrylique (substance blanche), ou l'équivalent.
Extractions	<ul style="list-style-type: none"> extraction de dents, sauf l'extraction de dents incluses (<i>Soins dentaires de prévention</i>).
Restaurations de base	<ul style="list-style-type: none"> restaurations préfabriquées en métal et réparation de restaurations préfabriquées en métal, sauf dans le cadre de la mise en place de couronnes définitives.
Endodontie	<ul style="list-style-type: none"> traitement radiculaire et obturation des canaux, et traitements des maladies de la pulpe.
Parodontie	<ul style="list-style-type: none"> traitement des maladies des gencives et des autres éléments de soutien.
	<ul style="list-style-type: none"> détartrage et aplanissement des racines, sous réserve d'un maximum de global de 6 unités de 15 minutes par année de référence.
	<ul style="list-style-type: none"> séances d'équilibration occlusale, sous réserve d'un maximum de 4 unités de 15 minutes par année de référence.
Chirurgie buccale	<ul style="list-style-type: none"> traitement chirurgical et anesthésie à cette fin, sauf l'extraction de dents incluses (<i>Soins dentaires de prévention</i>).
Réparation de prothèses amovibles	<ul style="list-style-type: none"> réparation de prothèses amovibles.
Rebasage ou regarnissage	<ul style="list-style-type: none"> rebasage ou regarnissage de prothèses amovibles partielles ou complètes.
Soins dentaires majeurs – La garantie Frais dentaires couvre les soins dentaires majeurs ci-après.	
Restaurations majeures	<ul style="list-style-type: none"> incrustations en profondeur et de surface. Couronnes et réparation de couronnes, sauf les restaurations préfabriquées en métal (<i>Soins dentaires de base</i>).
Réparations de ponts	<ul style="list-style-type: none"> réparations de ponts.

Frais couverts	Précisions / Prestations maximales
Services de prothèse	<p>Confection et mise en place de ponts ou de prothèses amovibles standard.</p> <p>Nous ne considérons pas que les frais engagés pour des ponts ou prothèses amovibles standard de remplacement moins de 5 ans après la confection ou la mise en place précédente sont remboursables, sauf si la condition énoncée au point 1 ou au point 2 ci-dessous s'applique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dans le cas du remplacement d'un pont ou d'une prothèse amovible standard, la prothèse à remplacer nuit à l'articulation temporo-mandibulaire et ne peut être réparée à peu de frais. 2. dans le cas du remplacement d'une prothèse de transition qui a été mise en place peu de temps après l'extraction des dents, le dentiste ne peut pas l'ajuster à peu de frais.

Cessation de la couverture

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

Prestations après la cessation de la couverture

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

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

Exclusions

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

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

Nous ne couvrons pas ce qui suit :

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

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

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

Invalidité de longue durée Pour Catégories 4Z1 et 4Z2



Description générale de la garantie

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

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

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

- durant le délai de carence et les 24 mois subséquents (cette période est désignée sous le terme de **période relative à votre propre emploi**), si vous êtes continuellement incapable en raison d'une maladie d'accomplir les tâches essentielles de votre propre emploi, dans n'importe quel lieu de travail, y compris dans un autre service ou emplacement auprès de votre employeur ou auprès d'un autre employeur,
- et, par la suite, si vous êtes continuellement incapable, en raison d'une maladie, de toucher 60% du salaire de base que vous receviez avant votre invalidité.

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

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

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

Début de l'indemnisation	<p>Le versement des prestations d'invalidité de longue durée commence dès que toutes les conditions suivantes sont remplies :</p> <ul style="list-style-type: none">• vous avez été totalement invalide de façon ininterrompue durant toute la période indiquée dans le Sommaire des garanties.• vous cessez d'avoir droit à des prestations d'invalidité de courte durée, à des prestations pour perte de revenu, ou à toute forme de maintien du salaire. <p>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.</p>
Prestations	<p>Nous calculons les prestations d'invalidité de longue durée comme suit. Toute référence à des prestations et à des revenus faite dans la présente garantie se rapporte au montant brut, avant déductions.</p> <p>Étape 1 : Nous prenons le montant maximum indiqué dans le Sommaire des garanties.</p> <p>Étape 2 : Nous déduisons de ce montant les prestations ou les paiements prévus :</p> <ul style="list-style-type: none">• par tout régime parrainé par l'État, comme le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations ou des paiements prévus pour les personnes à charge, pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure.• par la loi sur les accidents du travail ou par toute loi analogue, pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure.• par tout régime d'assurance automobile.• par tout contrat collectif, y compris tout contrat qui vous couvre en votre qualité de membre d'une association, mais à l'exclusion des prestations ou des paiements prévus par un régime d'assurance contre les maladies graves.• en raison de votre invalidité ou d'une autre maladie, par tout régime de retraite auquel cotise votre employeur.

- par le Régime québécois d'assurance parentale.

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

Prenez le résultat que vous obtenez à l'étape 2, ajoutez les prestations et les paiements ci-dessus, ainsi que les autres prestations et paiements indiqués ci-dessous et vérifiez la somme obtenue. Si cette somme 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 les prestations ne sont pas imposables, nous utilisons votre revenu après déduction de l'impôt sur le revenu.

Autres prestations et paiements prévus :

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

Important :

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

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

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

Nous déterminons ces prestations d'après la couverture qui s'appliquait au début de la première période d'invalidité totale.

Programme Réadaptation

La Sun Life peut exiger que vous participiez à un programme de réadaptation qu'elle a approuvé par écrit.

Il peut s'agir :

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

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

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

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

Réclamation à un tiers

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

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

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

Vos responsabilités

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

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

Fin de l'indemnisation

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

- cessation de votre invalidité totale.
- la période maximale d'indemnisation indiquée dans le Sommaire des garanties prend fin.
- fin du mois au cours duquel vous prenez votre retraite avec pleine pension.
- fin du mois au cours duquel vous décédez.

Cessation de la couverture

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

Exclusions

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

- 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 à l'avance 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,
- pour toute période de plus de 6 mois au cours de laquelle vous vous trouvez hors du Canada pour quelque raison que ce soit.

- pour toute période au cours de laquelle vous purgez une peine de prison ou êtes incarcéré dans un établissement analogue.

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

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- blessure intentionnellement provoquée par vous.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Exonération des primes

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



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.

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

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

Bénéficiaire	<p>Si vous décédez en cours de couverture, nous réglons en totalité le capital de votre assurance au dernier bénéficiaire désigné qui est inscrit dans nos dossiers.</p> <p>Si aucun bénéficiaire n'a été désigné, nous versons le capital à vos ayants droit. Vous pouvez désigner comme bénéficiaire la personne de votre choix. Vous pouvez changer le bénéficiaire à tout moment, à moins que la loi ne l'interdise ou que vous n'indiquiez dans la désignation que le bénéficiaire ne peut être changé.</p> <p>Si l'une des personnes à votre charge décède, nous vous réglons le capital de l'assurance couvrant cette personne.</p> <p>Remarque Si vous avez fait une désignation de bénéficiaire au titre d'un régime antérieur de l'employeur, nous l'appliquerons et la reporterons à votre couverture au titre du présent régime jusqu'à ce que vous la changiez.</p> <p>Des règles s'appliquent à la désignation d'un bénéficiaire mineur; veuillez vous reporter à votre contrat pour avoir des précisions à ce sujet.</p>
Garantie en cas d'invalidité totale	<p>Si vous êtes atteint d'invalidité totale et que vous n'avez pas encore atteint l'âge de 65 ans ni pris votre retraite, vous demeurez couvert par l'assurance-vie, sans qu'aucune prime ne soit exigible, tant que votre invalidité totale subsiste. L'assurance ainsi maintenue est soumise aux dispositions du contrat qui étaient en vigueur au début de votre invalidité totale, y compris celles qui portent sur la réduction et sur la cessation de l'assurance.</p> <p>En vertu du contrat collectif, le maintien de la garantie en cas d'invalidité totale est assujéti à certaines conditions. Pour plus d'information à ce sujet, veuillez vous adresser à votre employeur.</p>

Transformation de l'assurance-vie collective

En cas de cessation ou de réduction de la couverture prévue par votre assurance-vie ou celle de votre conjoint pour toute autre raison qu'à votre demande expresse, vous ou votre conjoint 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.

Dans le cas où il est nécessaire de le faire pour respecter les lois pertinentes : Si la couverture d'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 pour votre enfant en assurance-vie individuelle auprès de la Sun Life, sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé.

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

Important

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

Protection des renseignements personnels

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

À votre choix

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



À propos de la Financière Sun Life

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

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

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

La vie est plus radieuse sous le soleil

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

GB10171-F

