

VOS **garanties** collectives

CAE

**CAE – St-Laurent
Employés syndiqués**

**Contrat numéro 56289, 25289 et 1S225
À effet du 1^{er} janvier 2026 (version 2)**

L'assureur de la garantie Assurance facultative en cas de décès et
mutilation accidentels est SSQ, Société d'Assurance inc.

Table des matières

Conditions générales	1
Votre brochure	1
Conditions d'admission.....	1
Effectivement au travail	2
Personne à charge.....	2
Adhésion	3
Prise d'effet de la couverture	3
Modification de la couverture	4
Tenue à jour de votre dossier	5
Accès à vos dossiers.....	5
Cessation de la couverture.....	6
Maintien de la couverture.....	6
Remplacement de la couverture	7
Demande de règlement.....	7
Actions en justice pour les garanties assurées	8
Actions en justice pour les garanties autoassurées	8
Attestation d'invalidité	8
Coordination des prestations	9
Examen médical	10
Droit de recouvrement.....	11
Définitions.....	11
Frais médicaux (Complément d'assurance-maladie).....	12
Assureur	12
Description générale de la garantie	12
Franchise	12
Prestation viagère maximale	13
Médicaments sur ordonnance.....	14
Frais hospitaliers engagés dans votre province	19
Frais engagés hors de votre province	20
Services et articles médicaux	23
Services paramédicaux.....	27
Lentilles cornéennes, lunettes et correction de la vision par le laser.....	27
Cessation de la couverture.....	28
Prestations après la cessation de la couverture.....	28
Exclusions	29
Intégration du régime avec les programmes de l'État.....	30
Demande de règlement.....	30

Programme d'Assistance Voyage.....	32
Frais dentaires	39
Assureur	39
Description générale de la garantie	39
Franchise	40
Prestation maximale par année de référence	40
Prestation viagère maximale	41
Détermination préalable des prestations.....	41
Soins dentaires de prévention.....	41
Soins dentaires de base.....	42
Soins dentaires majeurs.....	43
Soins orthodontiques.....	43
Cessation de la couverture.....	44
Prestations après la cessation de la couverture.....	44
Exclusions	44
Demande de règlement.....	46
Invalidité de longue durée	47
Assureur	47
Description générale de la garantie	47
Début de l'indemnisation.....	48
Prestations	48
Congé de maternité et congé parental	51
Programme de réadaptation.....	52
Périodes successives d'invalidité au cours du délai de carence	53
Périodes successives d'invalidité après le début de l'indemnisation	53
Réclamation à un tiers.....	54
Vos responsabilités.....	54
Fin de l'indemnisation.....	55
Cessation de la couverture.....	55
Droits après la résiliation de la garantie	55
Exclusions	55
Demande de règlement.....	56
Assurance-vie.....	58
Assureur	58
Description générale de la garantie	58
Votre assurance-vie de base	58
Votre assurance-vie facultative	59
Assurance-vie facultative de votre conjoint	59
Assurance-vie facultative de votre enfant	60
Bénéficiaire.....	60

Suicide.....	61
Garantie en cas d'invalidité totale	61
Transformation de l'assurance-vie collective	62
Demande de règlement.....	63
Assurance facultative en cas de décès et mutilation accidentels.....	64

Conditions générales

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

Votre brochure

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

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

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

Conditions d'admission

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

- être membre du personnel permanent, non saisonnier de l'employeur.
- travailler effectivement pour le compte de l'employeur au moins 20 heures par semaine.

vous êtes membre de l'unité de négociation accréditée par le ministère du Travail du Québec et dont le seul agent négociateur reconnu actuellement est Unifor, section locale 522

- avoir accompli la période probatoire.

La période probatoire prévue par le régime pour :

- les lentilles cornéennes, lunettes, lunettes de soleil, la correction de la vision par le laser et les soins orthodontiques est de 12 mois de service continu.
- les autres garanties, 6 mois de service continu.

Effectivement au travail

Nous vous considérons comme étant effectivement au travail les jours où vous accomplissez toutes les fonctions habituelles de votre emploi pour le compte de l'employeur, pendant le nombre d'heures fixé pour la journée en cause, y compris les jours de congé conventionnels et toute période de vacances payées de plus de 3 mois consécutifs si vous avez travaillé jusqu'à la fin de la dernière journée de travail prévue à votre horaire. Nous ne vous considérons pas comme étant effectivement au travail si vous touchez des prestations d'invalidité ou participez à un programme prévu en cas d'invalidité partielle ou à un programme de réadaptation. Cependant, votre couverture peut être maintenue en vigueur conformément à la clause sur le *maintien de la couverture* qui figure ci-après dans la présente section de la brochure explicative.

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

Personne à charge

Par *personne à charge*, on entend votre conjoint ou votre enfant, qui est couvert par un régime provincial d'assurance-maladie canadien.

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

Par *enfant*, on entend tout enfant du salarié ou de son conjoint (sauf un enfant pris en foyer nourricier), qui n'est pas lié à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi, et qui est âgé de moins de 18 ans.

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

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

- s'il ne peut subvenir à ses besoins financiers en raison d'une incapacité physique ou mentale,
- et si vous assurez son soutien sur le plan financier et s'il n'est pas marié.

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

Adhésion

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

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

En ce qui a trait à votre assurance-vie facultative et à l'assurance-vie facultative du conjoint, une attestation de bonne santé est toujours exigée lorsque vous demandez l'assurance-vie facultative et toute augmentation de cette assurance. La couverture ne peut prendre effet avant que la Sun Life n'accepte l'attestation.

Prise d'effet de la couverture

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

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

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

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

Dès que vous bénéficiez de la couverture des personnes à charge, toute nouvelle personne à votre charge est couverte automatiquement. Vous devez aviser par écrit votre employeur de tout changement quant aux personnes à charge.

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

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

Modification de la couverture

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

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

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

- lorsqu'une attestation de bonne santé est exigée, la modification ne peut prendre effet avant que la Sun Life n'accepte l'attestation.

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

Tenue à jour de votre dossier

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

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

Accès à vos dossiers

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

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

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

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

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

- le site Web au www.masunlife.ca;
- le Centre de service à la clientèle au numéro sans frais 1-800-361-6212.

Cessation de la couverture

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

- pour l'assurance-vie de base, vous quittez le service de l'employeur pour toute autre raison que votre départ à la retraite après votre 65^e anniversaire.
- pour tout autres garanties, vous quittez le service de l'employeur.
- vous cessez d'être effectivement au travail.
- la période couverte par la dernière prime payée à la Sun Life en votre nom prend fin.
- le contrat collectif est résilié.

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

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

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

Maintien de la couverture

Lorsque la couverture doit prendre fin du fait que vous quittez le service de l'employeur ou vous n'êtes plus effectivement au travail, l'employeur a le droit de maintenir la couverture en vigueur conformément aux dispositions ci-après :

- pendant un congé légal, selon toute loi pertinente sur les normes du travail, qui s'inscrit dans la période prescrite à cet égard par cette loi.

- pendant le délai de préavis de cessation des services prescrit par les lois pertinentes.
- pendant une période déterminée d'avance, d'absence autorisée, sous réserve d'un maximum de 30 jours.

En outre, lorsque la couverture doit prendre fin du fait que vous n'êtes plus effectivement au travail pour cause de maladie, votre employeur a le droit de maintenir la couverture en vertu du présent contrat pendant la période au cours de laquelle vous êtes absent du travail, pour autant que votre emploi soit maintenu.

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

Remplacement de la couverture

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

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

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

Demande de règlement

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

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

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

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

Actions en justice pour les garanties assurées

Délai de prescription en Ontario :

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

Délai de prescription dans les autres provinces :

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

Actions en justice pour les garanties autoassurées

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

Attestation d'invalidité

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

Coordination des prestations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Examen médical

Nous pouvons exiger que vous subissiez un examen médical lorsque vous présentez une demande de règlement. Si vous ne vous conformez

pas à cette exigence, nous ne verserons pas de prestations. Les frais de ces examens sont à notre charge.

Droit de recouvrement

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

Définitions

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

Accident

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

Date du départ à la retraite

Si vous êtes totalement invalide, la date de votre départ à la retraite correspond à votre 65^e anniversaire de naissance, à moins que vous n'ayez effectivement pris votre retraite avant cet anniversaire.

Maladie

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

Médecin

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

Salaire de base

Pour les employés travaillant sur un horaire de 36 heures par semaine: Rémunération qui équivaut au salaire que vous auriez reçu de l'employeur si vous aviez travaillé 40 heures par semaine, à l'exclusion des gratifications, des heures supplémentaires et des primes de rendement.

Pour tous les autres employés:

Rémunération que l'employeur verse à l'employé, à l'exclusion des gratifications, des heures supplémentaires et des primes de rendement.

Traitement approprié

Traitement donné et prescrit par un médecin ou, lorsque la Sun Life l'estime nécessaire, par un médecin spécialiste. Il doit s'agir d'un traitement raisonnable et de pratique courante qui ne se limite pas à des examens ou à des tests, et la fréquence des soins doit correspondre à celle qu'exige normalement l'affection en cause.

Frais médicaux (Complément d'assurance-maladie)

Assureur	<i>L'assureur de la présente garantie est la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.</i>
Description générale de la garantie	<p>Dans la présente section, le mot <i>vous</i> s'entend de l'employé ou de toute personne à sa charge, couverts par la garantie Frais médicaux.</p> <p>La garantie Frais médicaux prévoit le remboursement de certains frais engagés pour des services et articles nécessaires au traitement d'une maladie. Toutefois, des conditions d'admissibilité supplémentaires s'appliquent dans le cas des médicaments (voir la section <i>Programme d'autorisation préalable</i> pour en savoir plus).</p> <p>Pour bénéficier de cette garantie, vous devez être couvert par un régime provincial d'assurance-maladie ou par un régime fédéral comportant des garanties analogues.</p> <p><i>Le terme médecin peut également s'entendre d'une infirmière praticienne</i> – 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 <i>Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments</i>.</p> <p>Les frais sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés. Les frais sont réputés engagés à la date à laquelle les soins sont donnés ou les articles sont loués ou achetés.</p> <p>L'année de référence de la garantie s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre.</p>
Franchise	La franchise correspond à la part des frais engagés que vous devez payer.

Pour les médicaments sur ordonnance, la franchise est fixée à 25 \$ par personne par année de référence, à concurrence du montant suivant :

- Si vous avez la couverture individuelle – 25 \$.
- Si vous avez la couverture monoparentale – 25 \$ (salarié et personnes à charge combinés).
- Si vous avez la couverture familiale – 50 \$ par famille.

Une fois la franchise payée, les frais engagés sont remboursés dans la proportion prévue par le régime.

La franchise pour médicaments sur ordonnance cesse de s'appliquer dans le cas des médicaments figurant dans la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) dès que la contribution maximale aux frais est atteinte.

Aucune franchise ne s'applique aux autres frais.

Lorsque 2 membres ou plus de votre famille subissent des blessures dans le même accident, une seule franchise individuelle est déduite, au cours de chaque année de référence, de l'ensemble des frais remboursables occasionnés par ces blessures.

Prestation viagère maximale

Aux termes de la garantie Frais médicaux, la prestation maximale pouvant être versée à chaque personne sa vie durant est de 500 000 \$.

La prestation viagère maximale ne s'applique pas aux frais hospitaliers engagés au Canada, lentilles cornéennes et lunettes et dans le cas des médicaments figurant dans la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ).

Le premier jour de chaque année de référence, la personne couverte est automatiquement créditée des prestations payées qui n'ont pas déjà fait l'objet d'un crédit, jusqu'à concurrence de 1 000 \$.

Médicaments sur ordonnance

Après déduction de la franchise, la garantie couvre 90% du coût des médicaments et des articles ci-dessous qui sont délivrés par un pharmacien sur l'ordonnance du médecin ou du dentiste. La franchise ne s'applique pas aux articles devenus nécessaires à la suite d'une colostomie, au matériel de prélèvement sanguin (autolet/monolet) et aux injecteurs d'insuline.

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

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

- médicaments et contraceptifs oraux nécessitant une ordonnance aux termes de la loi.
- médicaments essentiels à la survie qui pourraient ne pas nécessiter une ordonnance aux termes de la loi.
- médicaments et vitamines injectables.
- préparations composées, pour autant que le principal ingrédient actif soit admissible et qu'il possède un numéro DIN.
- articles pour diabétiques.
- auxiliaires antitabagiques nécessitant une ordonnance aux termes de la loi, à concurrence de 500 \$ par personne sa vie durant.
- stérilets, diaphragmes, timbres contraceptives et dispositifs contraceptifs.

- médicaments pour le traitement de la stérilité, à concurrence de 5 000 \$ par personne sa vie durant.
- traitements de l'obésité, à concurrence de 500 \$ par personne par année de référence.
- vaccins nécessitant une ordonnance aux termes de la loi.
- stérilets et diaphragmes.
- articles devenus nécessaires à la suite d'une colostomie.
- injections sclérosantes pour le traitement des varices.

Les prestations versées pour chaque achat d'articles ou de médicaments se limitent au coût de ceux qu'il est raisonnable d'utiliser pendant une période de 34 jours ou, dans le cas de certains médicaments d'entretien, pendant une période de 100 jours, selon l'ordonnance du médecin. Toutefois, des limites supplémentaires s'appliquent aux opioïdes (voir la section *Programme de gestion des opioïdes – limites d'approvisionnement et de posologie* pour en savoir plus).

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

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

- médicaments et traitements administrés dans un hôpital à une personne à titre de malade interne ou de malade externe, ou dans une clinique ou un centre de soins financés au moyen de fonds publics, y compris tout service ou article ayant trait à l'administration du médicament et du traitement.

Évaluation des médicaments

Les médicaments suivants feront l'objet d'une évaluation et devront être approuvés par nous en vue d'être admissibles à un remboursement :

- médicaments ayant reçu un avis de conformité de Santé Canada, le 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.

Les frais de médicaments sont admissibles à un remboursement seulement s'ils ont été engagés à compter de la date à laquelle nous les avons approuvés.

Nous évaluerons l'admissibilité du médicament en fonction de facteurs comme :

- l'analyse comparative du coût du médicament et de son efficacité clinique.
- les recommandations faites par les organismes d'évaluation des technologies de la santé et les provinces.
- l'accès à d'autres médicaments qui traitent les mêmes affections ou des affections similaires.
- la durabilité du régime.

Services pharmaceutiques (rendus par les pharmaciens)

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

Limitation au prix du médicament équivalent

Les frais venant en excédent du prix du médicament équivalent le moins coûteux ne sont pas couverts, à moins que le médecin ne précise par écrit qu'aucun autre produit ne peut être substitué au médicament prescrit.

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

Programme d'autorisation préalable

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

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

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

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

- votre réponse au traitement médicamenteux privilégié.

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

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

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

***Programme de gestion
des opioïdes – limites
d'approvisionnement
et de posologie***

Pour les personnes qui résident hors du Québec, le programme de gestion des opioïdes favorise une utilisation plus sécuritaire des narcotiques prescrits par l'application des limites suivantes :

- si nous avons remboursé des frais engagés pour des opioïdes à une personne couverte dans les 180 jours précédant une demande de règlement pour opioïdes, ***la couverture est limitée à une dose cumulée correspondant à un équivalent en milligramme de morphine (EMM) de moins de 200 mg par jour.***
- si nous n'avons pas remboursé des frais engagés pour des opioïdes à une personne couverte dans les 180 jours précédant une demande de règlement pour opioïdes, la couverture est limitée :
 - aux opioïdes à action brève,
 - à une provision de 7 jours,
 - à une dose cumulée correspondant à un EMM ***de moins*** de 90 mg par jour.

Nous ne couvrons pas les frais qui dépassent les limites indiquées ci-dessus, sauf en cas de nécessité médicale. Afin de déterminer si l'utilisation d'opioïdes 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.

Régime d'assurance-médicaments du Québec

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

Contribution maximale aux frais

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

Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments

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

Frais hospitaliers engagés dans votre province

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

Nous couvrons 100% du coût des soins reçus à l'hôpital à titre de malade externe, à l'exception de tout service expressément exclu au titre de la présente garantie, ainsi que la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre semi-particulière et 90% du tarif d'une chambre semi-particulière et celui d'une chambre particulière.

Nous couvrons 100% des frais d'hospitalisation engagés à la recommandation du médecin pour recevoir des soins destinés aux malades chroniques dans un hôpital ou un établissement de soins prolongés, à concurrence de 25 \$ par jour.

En outre, nous couvrons 100% du coût des frais engagés pour une hospitalisation dans un hôpital de convalescence, prescrite par le médecin, à condition :

- que l'entrée à l'hôpital de convalescence soit précédée d'une hospitalisation d'au moins 3 jours consécutifs dans un hôpital,

- qu'elle ait lieu dans les 14 jours de la sortie de l'hôpital,
- et qu'elle ait principalement pour objet la réadaptation du malade.

Pour les besoins du régime :

- on entend par *hôpital de convalescence* un établissement autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées qui sont en convalescence par suite d'une blessure ou d'une maladie, et qui doit assurer des soins infirmiers et médicaux 24 heures sur 24. L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour vieillards ou malades chroniques, un sanatorium ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, n'est pas considéré comme un hôpital de convalescence.
- un *hôpital* est un établissement autorisé à donner des soins et des traitements aux blessés et aux malades, principalement durant la phase aiguë de la maladie. Il doit être doté d'installations servant au diagnostic et à la chirurgie majeure. L'établissement doit assurer des soins infirmiers 24 heures sur 24. L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour vieillards, 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.
- *soins destinés aux malades chroniques* s'entend des soins reçus dans un hôpital ou un établissement de soins prolongés relativement à une maladie chronique par une personne dont l'état ne devrait vraisemblablement pas s'améliorer ou se détériorer sensiblement au cours des 12 prochains mois.

**Frais engagés hors
de votre province**

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

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

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

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

Services reçus en cas d'urgence

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

Nous ne couvrons que les services reçus en cas d'urgence dans les 6 mois suivant votre départ de la province de votre domicile. Si vous êtes admis à l'hôpital au cours de cette période, les services que vous recevez à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à votre sortie de l'hôpital.

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

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

Lorsque survient une urgence, vous ou une autre personne devez communiquer avec le fournisseur du Programme Voyage Assistance (PVA) de la Sun Life. Tous les procédés invasifs et les procédés

d'investigation (y compris toute intervention chirurgicale, angiographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographie par émission de positons (TEP), tomodensitométrie) doivent être autorisés au préalable par le fournisseur du PVA de la Sun Life, sauf dans des circonstances extrêmes où une intervention chirurgicale doit être effectuée d'urgence immédiatement après l'admission à l'hôpital.

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

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

Services reçus en cas d'urgence exclus de la couverture

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

- les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services reçus en cas d'urgence lors d'un voyage d'affaires ne sont pas couverts par cette couverture de Sun Life. *(Veuillez vous référer à la couverture distincte offerte par votre employeur.)*
- services médicaux qui ne sont pas requis immédiatement ou qui pourraient raisonnablement être reportés jusqu'à votre retour dans la province de votre domicile, à moins que votre état de santé soit tel que vous ne pouvez pas raisonnablement retourner dans cette province avant d'avoir reçu ces services.
- services reliés à une maladie ou blessure qui est à l'origine de l'urgence, après que l'urgence a pris fin.
- services continus, découlant directement ou indirectement de l'urgence ou d'une récurrence de l'urgence, reçus après la date à laquelle la Sun Life ou le fournisseur du PVA de la Sun Life a déterminé, en se basant sur les renseignements médicaux

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

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

Services reçus à la recommandation du médecin

Les *services reçus à la recommandation du médecin* doivent être donnés pour le traitement d'une maladie et prescrits par un médecin exerçant dans la province de votre domicile. Nous réglons 90% des frais qui sont engagés pour ces services. La régie de l'assurance-maladie de votre province doit avoir accepté par écrit de verser des prestations relativement à ces services.

Les services donnés à la recommandation du médecin doivent être :

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

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

Services et articles médicaux

Nous couvrons 90% (100% pour les services d'optométristes autorisés ou d'ophtalmologistes et les analyses de laboratoire) des frais qui sont engagés pour les services médicaux ci-dessous prescrits par le médecin (les services d'optométristes autorisés, d'ophtalmologistes et de dentistes n'ont pas à être prescrits par le médecin).

- soins d'infirmières exerçant à titre privé, donnés hors de l'hôpital et nécessaires pour des raisons d'ordre médical. Les services donnés doivent consister en soins infirmiers; ils ne doivent pas avoir pour objet la surveillance du malade. Par *infirmières exerçant à titre privé*, on entend des infirmières ou infirmiers et infirmières ou infirmiers auxiliaires, qui sont autorisés à exercer leur profession dans la province de votre domicile et qui ne résident pas normalement avec vous. Les services d'infirmières autorisées ne sont couverts que s'ils ne peuvent pas être donnés par des infirmières auxiliaires.
- transport dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est nécessaire pour des raisons d'ordre médical.
- en cas d'urgence, transport aérien par service ambulancier autorisé, à destination de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est nécessaire pour des raisons d'ordre médical.
- les services diagnostiques suivants, reçus hors de l'hôpital, sauf si le régime provincial de la personne couverte interdit le remboursement de ces frais :
 - analyses de laboratoire.
 - IRM (imagerie par résonance magnétique), radiographies, tomographies, thermographies et échographies (frais administratifs sont inclus).
 - tests d'apnée du sommeil.
- traitement des dents naturelles endommagées dans un accident survenu en cours de couverture, y compris les frais d'attelles et d'arcs dentaires. Les soins doivent commencer dans les 60 jours de l'accident et doivent être exécutés à l'intérieur de 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 de l'employé. Le tarif utilisé est celui qui est en vigueur à la date du traitement.

- services d'ophtalmologistes ou d'optométristes autorisés, à concurrence d'un examen par personne par période de 12 mois.
- implantation d'un cristallin.
- 1 paire de lunettes ou lentilles cornéennes nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale.
- perruques nécessaires à la suite d'une chimiothérapie. La prestation maximale pouvant être versée à chaque personne sa vie durant est de 200 \$. Les perruques ne nécessitent pas l'ordonnance du médecin.
- neurostimulateurs transcutanés. La prestation viagère maximale est de 700 \$ par personne.
- location ou, à notre demande, achat d'appareils pour usage thérapeutique temporaire. Dans le cas des frais engagés pour un fauteuil roulant, la couverture est limitée à l'utilisation d'un fauteuil roulant non motorisé, sauf si l'état de santé de la personne justifie l'utilisation d'un fauteuil roulant motorisé. Sont incluses les piles rechargeables pour les fauteuils roulant.
- soulève-malade à commande hydraulique ou mécanique ; maximum de un soulève-malade à concurrence de 2 000 \$ par personne par période de 5 années de référence consécutives.
- rampes d'accès extérieures pour fauteuil roulant. La prestation viagère maximale est de 2 000 \$ par personne.
- surélévateur de toilettes, siège de douche, barre d'appui pour baignoire et chaise percée standard.
- cadre pour décubitus ventral.
- plâtres, attelles, bandages herniaires, orthèses et béquilles.
- prothèses mammaires nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale, à concurrence de 1 par sein par personne par année de référence.

- membres ou yeux artificiels, y compris les prothèses myoélectriques du membre supérieur. Est exclu tout autre type d'appareil myoélectrique. La prestation maximale pour l'ensemble de ces frais est de 10 000 \$ par personne par année de référence.
- couvre-moignons, sous réserve d'un maximum de 5 paires par personne par année de référence.
- bas à varices, y compris les bas à compression régressive, sous réserve d'un maximum de 2 paires par personne par année de référence.
- orthèses de pied et chaussures orthopédiques et modifications apportées à des chaussures orthopédiques, sur l'ordonnance du médecin, du podiatre ou du chiropraticien à concurrence d'un maximum combiné de 300 \$ par personne par année de référence.
- appareils de compression pneumatique des membres pour les personnes atteintes de lymphœdème ou de maladie post-phlébitique grave. La prestation maximale pouvant être versée à chaque personne sa vie durant est de 1 500 \$.
- appareils de correction auditive sur l'ordonnance d'un oto-rhino-laryngologiste.
- radiothérapie ou traitements de troubles de la coagulation du sang.
- administration d'oxygène, transfusions de plasma et transfusions sanguines.
- sur l'ordonnance d'un médecin, 1 glucomètre par personne par période de 4 ans.
- systèmes de surveillance du glucose en continu (systèmes de SGC), y compris les récepteurs, les transmetteurs et les capteurs, pour les personnes qui ont reçu un diagnostic de diabète de type 1 ou de type 2 nécessitant la prise d'insuline, sous réserve d'un maximum global de 4 000 \$ par personne par année de référence.

Vous devez nous fournir une note du médecin confirmant le diagnostic et le besoin d'insuline.

- appareil coaguchek, y compris son remplacement, prescrit par un hématalogue ou un chirurgien cardiaque quand un médicament anti-coagulant est prescrit, limité à 1 000 \$ par personne par période de 5 ans. Les fournitures nécessaires avec cet appareil sont couverts sans maximum.

Services paramédicaux

Nous couvrons 90% des frais engagés pour les services ci-dessous :

- services d'orthophonistes, de thérapeutes du sport, de physiothérapeutes ou d'ergothérapeutes.
- services d'ostéopathes (cette catégorie de spécialistes paramédicaux comprend également les praticiens en ostéopathie), de chiropraticiens, de podiatres ou de naturopathes autorisés, avec examen radiologique.

Nous couvrons 90% des frais engagés pour les services de psychologues ou travailleurs sociaux autorisés ou psychothérapeutes autorisés, ou de psychothérapeutes qui ont la qualité de membre actif d'une association provinciale reconnue par la Sun Life, à concurrence de 1 000 \$ par personne par année de référence.

Nous couvrons 90% des frais engagés pour les services d'acupuncteurs autorisés, à concurrence de 500 \$ par personne par année de référence.

Nous couvrons 90% des frais engagés pour les services de massothérapeutes autorisés à concurrence de 45 \$ par visite et 350 \$ par personne par année de référence.

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

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

Nous couvrons 100 % des frais à concurrence de 325 \$ (*) par période de 24 mois.

- (*) De plus, une prestation viagère maximale de 360 \$ est disponible pour les lentilles cornéennes si ces lentilles sont obtenues sur ordonnance suite à un problème d'astigmatisme cornéen sévère, à une cicatrice importante de la cornée, à un kératocône de la cornée ou à une aphakie et si les lentilles cornéennes peuvent porter le degré de vision à 20/40 et que ce degré ne peut être atteint avec des lunettes obtenues sur ordonnance.

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

Cessation de la couverture

La couverture prévue par la garantie Frais médicaux prend fin au départ à la retraite de l'employé ou à la date à laquelle l'employé n'est plus à l'emploi du titulaire.

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

Prestations après la cessation de la couverture

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

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

Pour les besoins de la présente clause, la personne à charge est considérée comme totalement invalide si elle est empêchée par la maladie d'accomplir ses tâches habituelles.

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

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit :

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

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

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.

- exercice d'une activité rémunérée pour le compte d'une autre personne que l'employeur qui offre le présent régime.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

En outre, nous ne versons pas de prestations pour les causes ouvrant droit à des indemnités aux termes de la loi sur les accidents du travail, de la loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels ou d'une loi analogue.

Intégration du régime avec les programmes de l'État

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

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

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

Demande de règlement

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

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

- 15 mois qui suivent la fin de l'année de référence au cours de laquelle vous engagez les frais,
- 15 mois qui suivent la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais médicaux

- ou 90 jours qui suivent la date à laquelle le contrat collectif est résilié.

Programme d'Assistance Voyage

Assureur	<i>L'assureur de la présente garantie est la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.</i>
Description générale de la garantie	<p>Dans la présente section, le mot <i>vous</i> s'entend du salarié ou de toute personne à sa charge, couverts par le Programme Voyage Assistance.</p> <p>Si une situation nécessitant des soins d'urgence se produit pendant un voyage effectué à l'extérieur de la province de votre domicile, le fournisseur du Programme Voyage Assistance (PVA) de la Sun Life peut vous aider.</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, nécessaire pour des raisons d'ordre médical, prescrit par le médecin.</p> <p>Cette garantie, appelée Médi-Passeport, complète la section de la garantie Frais médicaux relative aux services reçus en cas d'urgence. Elle ne couvre que les services reçus en cas d'urgence dans les 6 mois de votre départ de la province de votre domicile. Si vous êtes admis à l'hôpital au cours de cette période, les services que vous recevez à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à votre sortie de l'hôpital.</p> <p>La couverture prévue par Médi-Passeport est assujettie à tout maximum applicable aux services reçus en cas d'urgence de la garantie Frais médicaux. La clause portant sur les services reçus en cas d'urgence exclus de la couverture et toutes les autres conditions, exclusions et restrictions prévues par la garantie Frais médicaux s'appliquent également à la garantie Médi-Passeport.</p> <p>Nous vous recommandons d'emporter avec vous votre carte d'assistance-voyage lorsque vous voyagez. Elle contient les numéros de téléphone à composer et les renseignements nécessaires pour confirmer votre couverture et recevoir de l'aide.</p>

Pour recevoir de l'aide

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

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

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

Assistance médicale immédiate

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

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

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

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

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

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

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

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

**Nourriture et
logement**

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

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

**Retour de personnes
en difficulté**

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

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

ramenée dans la province de son domicile, en raison d'une urgence.

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

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

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

Visite d'un membre de la famille

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

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

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

Retour de la dépouille

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

Retour d'une voiture	<p>Le fournisseur du PVA de la Sun Life prend des dispositions et, au besoin, verse une avance d'au plus 500 \$ pour le retour d'une voiture privée dans la province de votre domicile ou d'une voiture louée au centre de location approprié le plus proche si vous ne pouvez le faire vous-même en raison d'une urgence ou d'un décès.</p>
Bagages ou documents perdus	<p>Si vous avez perdu ou vous êtes fait voler vos bagages ou des documents de voyage au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile, le fournisseur du PVA de la Sun Life vous apporte son aide en communiquant avec les autorités compétentes et en vous indiquant les mesures à prendre en vue de remplacer les articles perdus ou volés.</p>
Coordination des prestations	<p>Vous n'avez pas à présenter en premier les demandes de règlement pour les honoraires des médecins et les frais hospitaliers à la régie de l'assurance-maladie de votre province. Vous serez remboursé plus rapidement en ne le faisant pas. La Sun Life et le fournisseur du PVA de la Sun Life assurent la coordination des prestations avec la plupart des régies provinciales d'assurance-maladie et avec tous les assureurs, et vous envoient un paiement couvrant les frais remboursables. Le fournisseur du PVA de la Sun Life vous demandera de signer une formule l'autorisant à agir en votre nom.</p> <p>Nous appliquons le principe de la coordination des prestations conformément aux directives adoptées par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, lorsque vous êtes couvert par le présent régime et par d'autres régimes.</p> <p>La société émettrice du régime au titre duquel vous présentez une demande de règlement en premier est responsable de la gestion et de l'évaluation de la demande. Elle a le droit d'exiger de toute société émettrice d'un autre régime le remboursement des frais venant en excédent de la part qui lui incombe.</p>
Avances	<p>Aucune avance de moins de 200 \$ ne sera consentie. Les avances comprises entre 200 \$ et 10 000 \$ sont réglées en un seul versement.</p> <p>Le montant maximal des avances est de 10 000 \$ par personne et par voyage, à moins qu'une telle restriction ne vienne compromettre les soins médicaux que vous devez recevoir.</p>

Sommes qui vous sont remboursées

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

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

Sommes que vous devez rembourser

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

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

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

Restrictions

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

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

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

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

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

Frais dentaires

Assureur	<i>L'assureur de la présente garantie est la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.</i>
Description générale de la garantie	<p>Dans la présente section, le mot <i>vous</i> s'entend de l'employé ou de toute personne à sa charge, couverts par la garantie Frais dentaires.</p> <p>La garantie Frais dentaires prévoit le paiement des frais remboursables que vous engagez en cours de couverture pour les soins donnés par un dentiste, un denturologiste, un hygiéniste dentaire ou un anesthésiste autorisés.</p> <p>Nous couvrons uniquement les frais raisonnables habituellement exigés pour les soins reçus, à concurrence du montant indiqué en regard de ces soins dans le tarif des dentistes généralistes de l'association des chirurgiens-dentistes de la province du domicile de l'employé, quel que soit l'endroit où les soins sont reçus. Le remboursement est basé sur le tarif qui était en vigueur un an avant la date d'engagement des frais remboursables.</p> <p>Lorsqu'un tarif n'est pas publié pour une année donnée, le terme <i>tarif</i> peut également s'entendre d'un tarif rajusté établi par la Sun Life.</p> <p><i>Par frais raisonnables habituellement exigés</i>, on entend :</p> <ul style="list-style-type: none">■ 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. <p>Pour déterminer la somme payable relativement aux frais engagés, nous vérifions d'abord si des méthodes de traitement différentes ou équivalentes auraient pu être utilisées. Ces méthodes doivent s'inscrire</p>

dans les soins dentaires reconnus qui sont de pratique courante et être aussi efficaces que celle qui a été appliquée par le dentiste. Notre remboursement est limité au montant des frais raisonnables qui correspondent à la méthode de traitement équivalente la moins coûteuse.

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

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

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

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

Franchise

Aucune franchise ne s'applique à la présente garantie.

Prestation maximale par année de référence

Les prestations que nous versons ne peuvent dépasser 2 500 \$ par personne par année de référence.

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

Prestation viagère maximale	La prestation maximale pouvant être versée à une personne sa vie durant pour des soins orthodontiques est de 2 500 \$.
Détermination préalable des prestations	Avant de recevoir des soins dentaires importants ou des soins entraînant des frais de plus de 300 \$, nous vous recommandons de nous envoyer une formule de demande de règlement de frais dentaires indiquant le traitement prévu et son coût approximatif. La formule doit être remplie par vous-même et par votre dentiste. Nous vous informerons alors des frais que nous rembourserons. Vous connaîtrez ainsi, avant le traitement, la part des frais que vous devrez assumer.
Soins dentaires de prévention	<p>Votre garantie Frais dentaires couvre les soins destinés à la prévention de problèmes dentaires, c'est-à-dire les soins que le dentiste donne régulièrement pour maintenir les dents en bonne santé.</p> <p>Ces frais sont remboursables dans une proportion de 90%.</p>
<i>Examens buccaux</i>	<p>1 examen complet tous les 24 mois.</p> <p>1 examen périodique. Maximum : 2 examens par année de référence.</p> <p>Examens d'urgence ou examens particuliers.</p>
<i>Radiographies</i>	<p>1 panoramique ou série complète de radiographies tous les 24 mois.</p> <p>1 série de radiographies interproximales. Maximum : 2 séries par année de référence.</p> <p>Radiographies nécessaires au diagnostic ou à la surveillance de l'évolution d'un traitement.</p>
<i>Autres soins</i>	<p>Consultations nécessaires d'un autre dentiste.</p> <p>Consultations d'un dentiste relativement à l'apnée du sommeil.</p> <p>Polissage (nettoyage des dents) et application topique de fluorure. Maximum : 2 par année de référence.</p> <p>Traitements palliatifs et urgences.</p> <p>Examens de diagnostic et de laboratoire.</p>

	Extraction de dents incluses et anesthésie à cette fin.
	Mainteneurs d'espace pour dents primitives manquantes.
	Scellement de puits et fissures.
	Conseils d'hygiène bucco-dentaire. Maximum : 2 séances par année de référence, à intervalles d'au moins 5 mois.
Soins dentaires de base	La garantie Frais dentaires couvre les soins dentaires de base comme les obturations et les extractions de dents.
	Ces frais sont remboursables dans une proportion de 90%.
<i>Obturations</i>	Amalgame, résine composite, résine acrylique ou l'équivalent.
<i>Extractions</i>	Extraction de dents, à l'exception de l'extraction de dents incluses (<i>Soins dentaires de prévention</i>).
<i>Restaurations de base</i>	Restaurations préfabriquées en métal et réparation de restaurations préfabriquées en métal, sauf dans le cadre de la mise en place de couronnes définitives.
<i>Endodontie</i>	Traitement radiculaire et obturation des canaux, et traitements des maladies de la pulpe.
<i>Parodontie</i>	Traitement des maladies des gencives et des autres éléments de soutien.
	La garantie couvre les séances de détartrage et d'aplanissement des racines, sous réserve d'un maximum global de 2 unités de 15 minutes par année de référence dans le cas d'un enfant de moins de 13 ans ou 10 unités de 15 minutes par année de référence dans le cas de toute autre personne.
	Équilibrage occlusale et rectification de l'occlusion. Maximum de 4 unités de 15 minutes par année de référence.
<i>Chirurgie buccale</i>	Traitement chirurgical et anesthésie à cette fin, sauf l'extraction de dents incluses (<i>Soins dentaires de prévention</i>).
<i>Autres soins</i>	Appareils visant la suppression des mauvaises habitudes.

<i>Réparation</i>	Réparation de ponts ou de prothèses amovibles.
<i>Rebasage ou regarnissage</i>	Rebasage ou regarnissage de prothèses amovibles partielles ou complètes. 1 fois tous les 3 ans.
<i>Services de prothèse</i>	<p>Confection et mise en place de prothèses amovibles standard, limitée aux dents extraites en cours de couverture.</p> <p>Les frais engagés pour le remplacement de ponts ou de prothèses amovibles dentaires standard représentent des frais inadmissibles pour une période de 5 ans suivant la confection d'une prothèse ou d'un pont antérieurs, sauf si :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ cela est nécessaire au remplacement d'un pont ou d'une prothèse dentaire standard qui nuit à l'articulation temporo-mandibulaire et qui ne peut être réparé à peu de frais. ■ cela est nécessaire au remplacement d'une prothèse dentaire de transition qui a été mise en place peu de temps après l'extraction des dents et qui ne peut être ajustée à peu de frais.
Soins dentaires majeurs	<p>La garantie couvre les soins dentaires majeurs comme, par exemple, les couronnes et les ponts.</p> <p>Ces frais sont remboursables dans une proportion de 80%.</p>
<i>Prothèses amovibles</i>	Réfection de prothèses amovibles partielles ou complètes, doivent être effectués à intervalles d'au moins 3 ans.
<i>Implants</i>	Les prestations payables se limitent aux prestations prévues relativement aux ponts.
<i>Restaurations majeures</i>	Incrustations en profondeur et de surface. Couronnes et réparation de couronnes, sauf les restaurations préfabriquées en métal (<i>Soins dentaires de base</i>).
Soins orthodontiques	<p>La garantie couvre les services donnés pour traiter les malpositions des dents.</p> <p>Seuls les enfants de moins de 19 ans sont couverts pour ces services.</p>

Ces frais sont remboursables dans une proportion de 50%.

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

Les soins orthodontiques comprennent ce qui suit :

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

Cessation de la couverture

La couverture prévue par la garantie Frais dentaires prend fin au départ à la retraite de l'employé ou à la date à laquelle l'employé n'est plus à l'emploi du titulaire.

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

Prestations après la cessation de la couverture

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

Exclusions

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

Sont exclus les services ou articles qui ne s'inscrivent pas dans les méthodes normalement pratiquées, y compris les traitements expérimentaux.

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. Toutefois, cette restriction ne s'applique pas dans le cas d'un accident survenant en cours de couverture durant tout voyage d'affaires pour le compte de l'employeur.
- malformations congénitales ou déformations acquises.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Demande de règlement

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

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

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

- 15 mois qui suivent la fin de l'année de référence au cours de laquelle vous engagez les frais,
- 15 mois qui suivent la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais dentaires, ou
- 90 jours qui suivent la date à laquelle le contrat collectif est résilié.

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

Invalidité de longue durée

Assureur

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

Description générale de la garantie

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

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

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

- durant le délai de carence et les 24 mois subséquents (cette période est désignée sous le terme de **période relative à la profession habituelle**), si vous êtes continuellement incapable en raison d'une maladie d'accomplir les tâches essentielles de votre profession habituelle ou une combinaison des tâches que vous pouviez accomplir antérieurement et qui représentait au moins 60 % de votre temps de travail.
- et, par la suite, si vous êtes continuellement incapable en raison d'une maladie d'exercer quelque profession qui convienne à la formation ou à l'expérience que vous avez ou que vous pourriez acquérir.

Si vous comptez au moins 35 années de service auprès de l'employeur, vous êtes considéré comme totalement invalide lorsque vous êtes empêché par la maladie d'accomplir les tâches essentielles de votre profession habituelle.

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

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

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

Début de l'indemnisation

Le versement des prestations d'invalidité de longue durée commence après une période ininterrompue d'invalidité totale de 26 semaines ou le jour où vous cessez d'avoir droit à des prestations d'invalidité de courte durée, à des prestations pour perte de revenu, ou à toute forme de maintien du salaire, si ce jour est postérieur.

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

Si votre invalidité totale commence au cours d'une période de mise à pied ou d'absence autorisée durant laquelle votre couverture est maintenue, vous avez droit aux prestations à compter du jour où vous êtes rappelé pour reprendre, ou deviez normalement reprendre, le travail à temps plein auprès de l'employeur si, à cette date, vous êtes totalement invalide de façon ininterrompue depuis au moins 26 semaines.

Prestations

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

Étape 1 : La prestation de départ est égale à 60% de votre salaire de base mensuel, sous réserve d'une prestation maximale de 5 000 \$.

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

- prestations prévues en lien avec la même invalidité ou toute invalidité ultérieure par tout régime parrainé par l'État*, à l'exclusion des prestations de personnes à charge et des prestations d'assurance-emploi, ainsi que des augmentations automatiques liées à l'indice du coût de la vie qui sont apportées aux prestations de tout régime parrainé par l'État pendant le service des prestations d'invalidité de longue durée.
- prestations prévues pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure par la loi sur les accidents du travail ou par une loi analogue, à l'exclusion des augmentations automatiques liées à l'indice du coût de la vie qui sont apportées à ces prestations pendant le service des prestations d'invalidité de longue durée.
- prestations d'invalidité prévues par tout régime d'assurance automobile, dans la mesure où cette déduction n'est pas interdite par la loi.
- prestations prévues par tout contrat collectif, y compris tout contrat qui vous couvre en votre qualité de membre d'une association.
- prestations prévues en cas d'invalidité ou de maladie par tout régime de retraite auquel cotise l'employeur.
- prestations prévues par le Régime québécois d'assurance parentale.

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

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

dépasse pas 85% du salaire de base que vous touchiez avant votre invalidité, déduction faite de l'impôt sur le revenu.

Autres revenus auxquels vous avez droit :

- prestations prévues pour une autre invalidité par la loi sur les accidents du travail ou par une loi analogue, à l'exclusion des augmentations automatiques liées à l'indice du coût de la vie qui sont apportées à ces prestations pendant le service des prestations d'invalidité de longue durée.
- prestations prévues par la loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels ou par une loi analogue, lorsque la loi le permet.

*Si vous avez droit pour la première fois à des prestations d'invalidité du Régime de rentes du Québec (RRQ) :

- avant 60 ans, nous déduisons le montant indiqué dans votre Avis d'admissibilité pendant le versement de vos prestations.
- à 60 ans ou après, nous déduisons le montant indiqué dans votre Avis d'admissibilité et un montant additionnel. Le montant additionnel représente une portion du montant de la prestation de retraite payable ou disponible suivant l'approbation d'une demande de prestations d'invalidité présentée au RRQ, et est comparable à la portion variable des prestations d'invalidité du RRQ pour les personnes de moins de 60 ans. Ces montants déduits ne changeront pas pendant le versement de vos prestations d'invalidité.

Si vous avez droit à l'un des montants ci-dessus, nous ferons une estimation de ces prestations ou de ce revenu et déduisons le montant estimé de votre prestation d'invalidité mensuelle lorsque vous :

- omettez de demander ces prestations ou ce revenu, ou d'épuiser tous les niveaux d'appel.
- omettez de faire une nouvelle demande par suite du refus d'une demande de prestations ou de revenu ou d'une demande d'appel.

- refusez de recevoir ou d'accepter une partie ou la totalité des prestations ou du revenu, ou choisissez de les annuler.
- omettez de nous fournir les renseignements concernant :
 - l'état d'une demande de prestations ou de revenu, d'une demande d'appel ou d'une nouvelle demande de prestations ou de revenu,
 - le montant des prestations ou du revenu, même s'ils ont été annulés ou refusés,

dans les 30 jours suivant notre demande de renseignements.

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

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

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

Congé de maternité et congé parental

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

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

La Sun Life détermine toute portion du congé de maternité ou du congé parental qui est prise volontairement et toute portion qui l'est pour des raisons de santé. La portion du congé attribuable à des raisons de santé correspond à la période pour laquelle la femme peut établir, en

présentant les attestations médicales appropriées, qu'elle est dans l'incapacité de travailler pour des raisons de santé reliées à l'accouchement ou à son rétablissement à la suite de l'accouchement.

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

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

Programme de réadaptation

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

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

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

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

ne sont pas imposables), la prestation d'invalidité de longue durée est réduite de l'excédent.

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

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

Au cours du délai de carence, les périodes successives d'invalidité totale attribuables aux mêmes causes ou à des causes connexes sont considérées comme une seule période d'invalidité et elles s'accumulent pour constituer le délai de carence, pour autant que la présente garantie soit en vigueur et que la période d'invalidité totale dure au moins 2 semaines sans interruption.

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

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

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

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

- 6 mois entre les périodes d'invalidité totale, ou
- 24 mois après l'expiration d'un programme de réadaptation approuvé par la Sun Life.

Vous devez être couvert par la garantie au début de la deuxième période d'invalidité.

Les prestations sont déterminées d'après le salaire que vous touchiez au début de la première période d'invalidité totale.

Réclamation à un tiers

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

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

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

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

Vos responsabilités

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

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

Si vous omettez de vous conformer à cette disposition, la Sun Life peut réduire les prestations, les retenir ou en cesser le versement.

Fin de l'indemnisation

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

- cessation de votre invalidité totale.
- le jour où vous trouvez un emploi après avoir participé à un programme de formation professionnelle approuvé, à condition que vous trouviez cet emploi dans les 6 mois qui suivent l'expiration du programme.
- fin du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans.
- fin du mois au cours duquel vous prenez, ou avez le droit de prendre, votre retraite avec pleine pension ou avec valeur de la pleine pension.
- fin du mois au cours duquel vous décédez.

Cessation de la couverture

La couverture prévue par la garantie Invalidité de longue durée prend fin le jour où il reste à courir, avant votre 65^e anniversaire, une période égale au délai de carence de 26 semaines ou le jour de votre départ à la retraite, si votre départ a lieu antérieurement. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

Droits après la résiliation de la garantie

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

Exclusions

Aucune prestation n'est payable :

- pour toute période au cours de laquelle vous ne recevez pas le traitement approprié.
- pour toute période au cours de laquelle vous exercez une activité rétribuée ou lucrative à moins que la Sun Life n'accepte de verser des prestations.
- pour toute période au cours de laquelle vous ne participez pas à un programme prévu en cas d'invalidité partielle ou à un

programme de réadaptation, approuvé par la Sun Life, lorsque celle-ci l'exige.

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

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

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire. Toutefois, cette restriction ne s'applique pas dans le cas d'un accident survenant en cours de couverture durant tout voyage d'affaires pour le compte de l'employeur.
- blessure intentionnellement provoquée par vous.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Demande de règlement

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

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

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

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

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

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

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

Assurance-vie

Assureur	<i>L'assureur de la présente garantie est la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.</i>	
Description générale de la garantie	L'assurance-vie prévoit le versement d'un capital à votre bénéficiaire si vous décédez en cours de couverture. L'assurance-vie des personnes à charge prévoit le versement d'un capital en cas de décès de toute personne à votre charge en cours de couverture.	
<i>Attestation de bonne santé</i>	Attestation de bonne santé est exigée pour toute assurance facultative pour vous-même ou pour votre conjoint.	
Votre assurance-vie de base		
<i>Capital</i>	Le capital de votre assurance-vie est égal à 2 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 \$. Le capital maximal est de 200 000 \$.	
<i>Réduction</i>	Le capital de votre assurance-vie est ramené comme suit lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans :	
	<u>années de service</u>	<u>Réduction du capital assuré à</u>
	moins de 10	0 \$
	10 à 14	1 500 \$
	15 à 19	2 000 \$
	20 à 24	2 500 \$
	25 et plus	3 000 \$
<i>Cessation de la couverture</i>	Votre couverture prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :	
	<ul style="list-style-type: none"> ■ vous prenez votre retraite avant l'âge de 65 ans. ■ vous atteignez l'âge de 65 ans et avez moins de 10 années de service, 	

- vous quittez le service de l'employeur avant l'âge de 65 ans.

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

Votre assurance-vie facultative

Capital Vous pouvez opter pour un capital égal à 1, 2, 3, 4 ou 5 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 \$.

Capital maximal global Le capital maximal est de 1 200 000 \$ pour l'ensemble de votre assurance-vie de base et de votre assurance-vie facultative.

La couverture globale des personnes qui n'optent pas pour l'assurance-vie facultative se limite à l'assurance-vie de base maximale. Les personnes qui sont couvertes par la présente garantie à la fois à titre d'employé et à titre de conjoint sont assujetties à ce maximum.

Cessation de la couverture Votre couverture prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :

- vous prenez votre retraite.
- à votre 65^e anniversaire, ou
- vous quittez le service de l'employeur.

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

Assurance-vie facultative de votre conjoint

Capital Vous pouvez opter pour une assurance-vie facultative du conjoint d'un capital égal à un multiple de 25 000 \$, à concurrence de 250 000 \$.

Cessation de la couverture L'assurance-vie facultative du conjoint prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :

- vous prenez votre retraite.

- à votre 65^e anniversaire, ou
- au 65^e anniversaire de votre conjoint, ou
- vous quittez le service de l'employeur.

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

Assurance-vie facultative de votre enfant

Capital Vous pouvez opter pour une assurance-vie facultative de votre enfant d'un capital égal à un multiple de 5 000 \$, à concurrence de 25 000 \$.

Cessation de la couverture L'assurance-vie facultative de votre enfant prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :

- vous prenez votre retraite.
- à votre 65^e anniversaire, ou
- vous quittez le service de l'employeur.

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

Bénéficiaire

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

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

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

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

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

Suicide

Si vous ou votre conjoint êtes couvert par l'assurance-vie facultative, le décès par suicide, que vous ou votre conjoint ayez ou non alors été atteint d'une maladie mentale ou que vous ou votre conjoint ayez ou non voulu ou compris les conséquences de vos gestes, n'ouvre pas droit au règlement de toute tranche d'assurance-vie qui est en vigueur depuis moins de 2 ans. Toutefois, nous rembourserons le total des primes versées au titre de l'assurance en cause.

Garantie en cas d'invalidité totale

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

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

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

L'invalidité totale doit subsister :

- pendant une période ininterrompue d'au moins 180 jours,
- ou pendant le délai de carence de la garantie Invalidité de longue durée, si ce délai est plus court.

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

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

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

Transformation de l'assurance-vie collective

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

En cas de cessation de la couverture prévue par l'assurance-vie de votre conjoint pour toute autre raison qu'à votre demande expresse, ce dernier peut demander la transformation de l'assurance-vie collective qui a pris

fin en assurance-vie individuelle, sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé.

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

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

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

Demande de règlement

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

Assurance facultative en cas de décès et mutilation accidentels

Assureur

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

INTRODUCTION

Qu'est-ce que l'assurance Décès et Mutilation Accidentels?

L'assurance Décès et Mutilation Accidentels offre la protection nécessaire en cas d'un *accident* pour aider à alléger des revers financiers pour vous et votre famille. La couverture Décès et Mutilation Accidentels verse un montant d'argent advenant un *accident* causant un décès ou une blessure grave. Le montant d'argent versé dépend du type de blessure.

Qui a besoin de l'assurance Décès et Mutilation Accidentels?

Chacun devrait planifier sa sécurité financière puisque nul n'est à l'abri d'accidents. Selon Statistique Canada (2006), la blessure involontaire est la cinquième cause principale de décès. De nos jours, peu de gens mettent de l'argent de côté pour des besoins urgents, donc cette couverture vous procure une protection au moment où vous en avez le plus besoin. La couverture Décès et Mutilation Accidentels aide vous et votre famille à surmonter les difficultés financières à la suite d'un *accident* en plus de vous procurer une tranquillité d'esprit.

Pourquoi devriez-vous considérer l'assurance Décès et Mutilation Accidentels?

Parce que personne n'est immunisé contre les accidents, l'assurance Décès et Mutilation Accidentels est perçue comme étant une couverture précieuse à ajouter à tout régime d'assurance collective. Des accidents surviennent et leur impact sur vous et votre famille peut s'avérer dévastateur. Se rétablir d'un accident peut prendre du temps et peut vous coûter plus que vous ne l'auriez escompté. L'assurance Décès et Mutilation Accidentels vous procure les ressources nécessaires au moment où vous en avez le plus besoin et c'est la raison pour laquelle il est avantageux de l'ajouter à votre régime d'assurance collective.

Quels sont les avantages afférents à votre couverture?

Avec l'assurance Décès et Mutilation Accidentels, vous bénéficiez :

- de plans complets;
- d'une liste extensive d'indemnités;
- d'une couverture autonome ou complémentaire à l'assurance vie offert par l'employeur

- d’une protection complète 24 heures sur 24, 365 jours par année, partout dans le monde;
- d’un service de réclamations efficace.

Définitions – pour une meilleure compréhension du présent livret

Dans le présent livret :

« *assuré* » et « *personne assurée* » signifient vous ou votre *conjoint* assuré ou votre *enfant à charge* assuré qui répond aux critères de la définition de *conjoint* ou d’*enfant à charge* présentée dans cette section, alors que la couverture individuelle aux termes de la *police* est en vigueur.

« *assureur* », « *nous* » et « *on* » signifie SSQ, Société d’assurance inc.

« *accident* » signifie un événement ou un incident soudain et imprévu mettant en cause l’*assuré* et entraînant directement une *blessure* à ce dernier.

« *blessure* » signifie une lésion corporelle qui résulte d’un *accident* se produisant pendant que la *police* est en vigueur en ce qui a trait à l’*assuré*, sur lequel la demande de règlement est fondée et qui entraîne directement et indépendamment de toute autre cause, un sinistre couvert par la *police*, 24 heures sur 24, n’importe où dans le monde entier; sont exclues toutes les *maladies* ou *affections* quelle que soit leur cause, sauf si elles sont la conséquence d’un *accident*.

« *capital assuré* » signifie le montant stipulé à la section « Montant de la couverture » applicable à l’*assuré* et indiqué sur la plus récente demande d’adhésion signée par l’*employé* assuré dans les archives du *contractant*, s’il y a lieu.

« *ceinture de sécurité* » signifie toute ceinture constituant un dispositif de retenue dans un *véhicule automobile*.

Aux fins de cette définition, le terme *ceinture de sécurité* englobe un dispositif de retenue pour enfant utilisé dans un *véhicule automobile* ainsi que tout dispositif d’attache qui fait partie d’une civière et dont on se sert pour véhiculer des malades et des blessés en ambulance.

« *conjoint* » signifie la personne de moins de soixante-dix (70) ans:

- (a) à laquelle vous êtes légalement marié ou avec qui vous vivez en union civile; ou
- (b) qui cohabite dans une situation assimilable à une relation conjugale avec vous de façon permanente depuis au moins un (1) an avant la date de l’événement assuré.

Toutefois, si la personne est la mère ou le père biologique ou adoptif d’au moins un de vos enfants et qu’elle cohabite avec vous, la personne est réputée être un *conjoint* à compter de la date de la naissance ou de l’adoption de cet enfant, si cette date tombe avant la fin de la période d’un (1) an de cohabitation.

Une (1) seule personne est admissible à titre de *conjoint*. Si, tout en étant légalement marié ou en union civile, vous cohabitez avec une personne décrite au point b) ci-dessus, vous pouvez

choisir par écrit quelle personne est assurée à titre de *conjoint* en vertu de la *police*. La déclaration doit être remise au *contractant* avant la réalisation du risque assuré, sans quoi elle ne lie pas l'*assureur*. Si aucune déclaration n'est remise, le *conjoint* sera la personne à laquelle vous êtes légalement marié ou avec qui vous vivez en union civile.

« *contractant* » signifie CAE inc.

« *début de l'invalidité totale* » signifie la date où l'*invalidité totale* de l'*assuré* déclarée par un *médecin* a commencé, pourvu qu'à cette date, l'*assuré* respecte, à la satisfaction de l'*assureur*, tous les critères d'*invalidité totale*.

« *déficience fonctionnelle* » signifie une limitation irréversible et grave de la capacité physique ou mentale d'une personne ou de ses habilités, qui empêche la personne de vivre de façon autonome.

« *employé* » signifie un salarié canadien âgé de moins de soixante-dix (70) ans qui exerce un travail rémunérateur à temps plein (minimum 20 heures par semaine) sur base permanente pour le Contractant ou qui est embauché sur base contractuelle par le Contractant. L'*employé* est désigné dans le présent livret par les expressions « vous » et « votre ».

« *enfant à charge* » signifie un enfant biologique, un enfant adopté, un enfant du *conjoint* ou tout enfant avec lequel vous avez par ailleurs une relation parent-enfant. Il dépend de vous pour ses frais de subsistance et :

- (1) a moins de dix-huit (18) ans; ou
- (2) a moins de vingt-six (26) ans et fréquente à temps plein un *établissement d'enseignement post-secondaire*; ou
- (3) quel que soit son âge à la date de la demande de règlement, a été frappé d'une *déficience fonctionnelle* alors qu'il répondait à l'un des deux critères énoncés aux paragraphes 1) et 2) ci-haut. Une preuve de l'existence de cette *déficience fonctionnelle*, y compris la déclaration par un *médecin* de l'existence de cette *déficience* et du moment où elle s'est produite, doit être remise à l'*assureur* au plus tard dans les trente et un (31) jours après que l'enfant ait atteint l'âge auquel il ne serait plus par ailleurs admissible à titre d'*enfant à charge* aux termes de l'un des deux critères énoncés aux paragraphes 1) et 2) ci-haut. Par la suite, l'*assureur* peut exiger la présentation périodique d'autres preuves attestant à sa satisfaction que cette *déficience fonctionnelle* subsiste et que la définition d'*enfant à charge* s'applique par ailleurs à l'enfant, à défaut de quoi l'*assureur* peut établir que l'enfant n'est plus admissible à titre d'*enfant à charge* aux termes de la *police*.

L'*enfant à charge* sera couvert à partir de sa naissance, pourvu qu'il soit né vivant.

« *établissement d'enseignement post-secondaire* » signifie une université, un collège, un cégep ou une école de formation professionnelle et technique exclusivement.

« *garderie* » signifie un établissement qui, tout en étant exploité en vertu de la législation en vigueur, notamment sur les garderies, offre sur une base régulière des soins et de la supervision à un groupe d'enfants. Sont exclus de la présente définition tout hôpital, le domicile de l'enfant ou l'école si les seuls services fournis à l'école le sont pendant les heures normales de classe de l'enfant à charge (jusqu'à la fin du secondaire).

« *hébergement* » signifie l'hébergement dans un hôtel, un motel, une auberge, une chambre d'hôte ou un autre établissement du genre ainsi que la nourriture raisonnablement requise pendant l'hébergement; toutefois, aucune indemnité ne sera versée pour l'hébergement dans une résidence privée ou pour de la nourriture qui n'est pas consommée dans le cadre d'un repas par la personne qui demande un remboursement de dépenses.

« *hémiplégie* » signifie la *paralysie* permanente et la *perte* d'usage fonctionnelle du membre supérieur et du membre inférieur d'un même côté du corps.

« *hôpital* » signifie un établissement agréé à titre d'hôpital dans le territoire où il est situé. Pour satisfaire à cette définition, il doit s'agir d'un hôpital de soins actifs ouvert jour et nuit qui traite les malades et les blessés, qui compte en tout temps au moins un *médecin* de service, qui offre, 24 heures sur 24, des soins infirmiers dispensés par du personnel infirmier autorisé et qui dispose des installations nécessaires au diagnostic et à la chirurgie. Une clinique, une maison de repos, un centre d'hébergement, un hôpital pour convalescents ou tout établissement de même nature n'est pas un *hôpital*. Aux fins de la présente définition, un *hôpital* inclut un établissement réservé en tout ou en partie aux soins de réadaptation.

« *invalidité totale* » ou « *totalelement invalide* », signifie ou renvoie directement à un état continu d'incapacité qui empêche l'*assuré* d'exercer toutes les fonctions usuelles et habituelles relatives à son emploi.

L'*assuré* sera réputé être *totalelement invalide* seulement s'il ne tire pas de revenus d'un emploi après le *début de son invalidité totale*, directement ou indirectement, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'*assureur*.

Pour qu'une *invalidité totale* soit reconnue, l'état de l'*assuré* doit exiger que des *soins et suivi normaux* lui soient prodigués par un *médecin* ou un spécialiste pertinent. La preuve des *soins et suivi normaux* doit être jugée satisfaisante par l'*assureur*.

« *lésion cérébrale* » signifie une lésion cérébrale physique irréversible entraînant une incapacité complète à exécuter les tâches et les activités essentielles et importantes de la vie quotidienne.

« *maladie* ou *affection* » signifie l'altération de l'état de santé, attribuée à des causes internes ou externes, se traduisant par des symptômes et/ou des signes objectivement vérifiables et se manifestant par une détérioration des fonctions physiologiques ou mentales.

« *médecin* » signifie une personne dûment autorisée à exercer la médecine et à prodiguer des traitements conformément au permis qui lui a été octroyé par un des organismes suivants :

- (a) un organisme agréé chargé de la délivrance des permis d'exercice dans la région d'administration des soins et dont le *médecin* est membre en règle; ou
- (b) un organisme gouvernemental ayant compétence sur la délivrance des permis d'exercer dans la région d'administration des soins.

Le *médecin* ne peut pas résider habituellement avec l'*assuré*. Il ne peut être ni un *assuré*, ni un *membre de la famille immédiate* de l'*assuré*, ni une relation d'affaires de l'*assuré*.

« *membre de la famille immédiate* » signifie toute personne d'au moins dix-huit (18) ans, qu'il s'agisse du fils, de la fille, du père, de la mère, du frère, de la sœur, du beau-fils, de la belle-fille, du beau-père, de la belle-mère, du beau-frère, de la belle-sœur, de l'oncle, de la tante, du neveu, de la nièce, du petit-fils, de la petite-fille, du grand-père, de la grand-mère (peu importe que le lien soit biologique ou qu'il découle d'une adoption ou d'un remariage) ou du conjoint de l'*assuré*.

« *paralysie* » signifie la perte de la motricité d'une ou de plusieurs parties du corps.

« *paraplégie* » signifie la paralysie permanente et la perte d'usage fonctionnelle des deux membres inférieurs.

« *perte accidentelle* » signifie la *perte de la vie*, une *perte*, la *perte de l'usage*, la *quadriplégie*, la *paraplégie* ou l'*hémip légie*, le tout au sens donné dans le présent chapitre de ce livret.

« *perte de la vie* » signifie le décès de l'*assuré*.

« *perte de l'usage* » signifie l'incapacité totale d'utiliser une partie du corps, cette incapacité devant se poursuivre pendant douze (12) mois consécutifs au terme desquels elle est déclarée permanente par un *médecin*.

« *perte* » signifie :

- (a) dans le cas d'une main ou d'un pied, le sectionnement total et irrémédiable à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou;
- (b) dans le cas d'un bras ou d'une jambe, le sectionnement total et irrémédiable à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus;
- (c) dans le cas d'un pouce, le sectionnement total et irrémédiable d'une phalange;
- (d) dans le cas d'un doigt, le sectionnement total et irrémédiable de deux phalanges;
- (e) dans le cas d'un orteil, le sectionnement total et irrémédiable d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils;

- (f) dans le cas d'un œil, la perte totale et irrémédiable de la vue, cette perte étant déclarée irrémédiable par un médecin;
- (g) dans le cas de la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles, cette perte étant déclarée irrémédiable par un médecin;
- (h) dans le cas de l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, cette perte étant déclarée irrémédiable par un médecin.

« *police* » signifie la *police* n° 1S225 ainsi que la Proposition-cadre qui y est jointe, tout avenant et tous documents joints.

« protection individuelle » signifie une protection qui ne couvre que l'employé assuré.

« protection familiale » signifie une protection qui couvre l'employé assuré, son conjoint assuré et/ou ses enfants à charge assurés.

« *quadriplégie* » signifie la *paralysie* permanente et la perte d'usage fonctionnelle des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs.

« *soins et suivi normaux* » signifie les observations et les soins nécessaires, selon les normes actuelles et reconnues de la médecine.

« *sous l'influence de l'alcool ou de drogues* » signifie que le taux d'alcool dans le sang du conducteur est tel, et/ou que ses facultés sont affaiblies en raison de la consommation d'alcool, de stupéfiants ou d'autres drogues de telle façon qu'il serait passible d'une poursuite en vertu des lois provinciales, fédérales ou étatiques même s'il n'a pas fait l'objet d'une telle poursuite.

« *tarif* » signifie le tarif régulier facturé pour :

- (1) un siège en classe économique sur un vol régulier d'un transporteur aérien régulier national ou international;
- (2) un siège en voiture coach dans un train de passagers;
- (3) un siège régulier dans un autobus-voyageurs;
- (4) la traversée en classe économique sur un bateau.

Chacun de ces transporteurs doit détenir un certificat en cours de validité émis par Transport Canada ou, s'il est assujéti à la réglementation d'un autre pays, par une autorité gouvernementale similaire ayant compétence dans ce pays.

« *transport* » signifie le déplacement d'un endroit à l'autre au moyen d'un *véhicule automobile* privé ou public, d'un autobus, d'un train, d'un bateau, d'un traversier, d'un avion ou d'un hélicoptère.

« *véhicule automobile* » signifie une voiture de tourisme, une fourgonnette, un véhicule tout-terrain, un véhicule utilitaire sport (VUS), un camion, une ambulance ou tout type de véhicule automobile utilisé par les corps de police municipaux, provinciaux ou fédéraux.

« *voyage pour le compte du contractant* » signifie tout voyage effectué par la personne assurée sur l'ordre ou avec l'autorisation du contractant dans le but de servir les intérêts de ce dernier et de favoriser le développement de ses affaires.

Dans ce livret, le masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

CARACTÉRISTIQUES DU RÉGIME

Admissibilité

Le régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels est offert aux *employés* du *contractant* et à leurs personnes à charge (*conjoint*s et *enfants à charge*).

En tant qu'*employé* actif et permanent du *contractant* ou embauché sur une base contractuelle par le *contractant*, vous êtes admissible au régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels si vous travaillez à plein temps (minimum 20 heures par semaine), que vous n'avez toujours pas atteint l'âge de soixante-dix (70) ans et que vous répondez à l'une des définitions suivantes :

Classe III :

Tous les Employés actifs permanents syndiqués de CAE résidant au Canada, leurs Conjoint admissibles résidant au Canada ou aux États-Unis d'Amérique et leurs Enfants à charge admissibles résidant au Canada ou aux États-Unis d'Amérique.

Si vous avez quitté temporairement le travail actif pour quelque raison que ce soit autre que votre période de vacances légitime ou un congé de maternité/parental, vous ne serez admissible qu'à votre retour au travail.

Votre conjoint est admissible s'il est âgé de moins de soixante-dix (70) ans et qu'il répond à la définition de *conjoint* telle que stipulée au chapitre « Définitions — pour une meilleure compréhension du présent livret ».

Tous vos enfants qui répondent à la définition d'*enfants à charge* telle que stipulée au chapitre « Définitions — pour une meilleure compréhension du présent livret » sont également admissibles.

Remarque : Si vous êtes légalement marié, mais que vous cohabitez avec une autre personne, veuillez vous reporter à la définition de *conjoint* pour de plus amples renseignements.

Montant de la couverture

Le régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels est offert sous forme de régime volontaire pour vous, vous et votre *conjoint* ou vous et vos personnes à charges (*conjoint et enfants à charge*) **sans devoir soumettre une preuve d'assurabilité.**

Employé – De 1 à 8 fois le *revenu annuel* jusqu'à un maximum de 1 200 000 \$.

Par « *revenu annuel* », on entend la rémunération ou le salaire annuel (à l'exclusion des gratifications, des commissions et des heures supplémentaires) que le contractant versait à l'*employé* avant l'accident

Conjoint – Minimum 25 000 \$, par tranche de 25 000 \$, jusqu'à concurrence de 250 000 \$

Enfants – Minimum 5 000 \$, par tranche de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 25 000 \$

Adhésion et entrée en vigueur de la couverture individuelle**Régime volontaire**Adhésion

Si vous souhaitez adhérer au régime volontaire d'assurance Décès et Mutilation Accidentels, vous devez remplir et soumettre une demande d'adhésion signée au *contractant*, ou effectuer une adhésion en ligne.

Entrée en vigueur de la couverture individuelle

À l'égard de l'*employé* qui remplit et soumet une fiche d'adhésion, ou pour qui une fiche d'adhésion a été remplie et soumise, ou qui effectue une adhésion en ligne :

- (1) à la date d'entrée en vigueur de la police ou avant celle-ci, à la date d'entrée en vigueur de la police;
- (2) après la date d'entrée en vigueur de la police, le 1^{er} du mois qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle la fiche d'adhésion est reçue par le contractant.

À l'égard du *conjoint* et/ou de l'*enfant à charge* :

- (1) à la date d'entrée en vigueur de votre couverture;
- (2) à la date à laquelle votre conjoint et/ou votre enfant à charge devient admissible, si admissible après la date d'entrée en vigueur de votre couverture.

Résiliation de la couverture individuelle

Votre couverture prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- (1) à la date de la résiliation de la *police*;

- (2) à la date d'échéance de la prime si le *contractant* n'acquitte pas la prime exigible, sauf en cas d'erreur commise par inadvertance;
- (3) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec la date ou suivant la date à laquelle vous remettez votre avis d'annulation au *contractant*;
- (4) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date à laquelle vous atteignez l'âge de soixante-dix (70) ans;
- (5) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date où vous cessez d'être au service actif du *contractant* en raison d'une absence autorisée, d'une mise à pied, d'un congé de maternité ou d'un congé parental, d'une invalidité, d'une démission, d'un congédiement ou de la retraite, sauf comme il est prévu aux chapitres suivants du présent livret :
 - Exonération de primes
 - Maintien de l'assurance lors d'une absence autorisée
 - Maintien de l'assurance.

La couverture de votre *conjoint* assuré et/ou *enfant à charge* assuré prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- (1) à la date à laquelle cette personne cesse de respecter les critères de la définition de « conjoint » ou d' « enfant à charge » telle qu'elle figure dans le chapitre de ce livret intitulé « Définitions — pour une meilleure compréhension du présent livret »;
- (2) à la date à laquelle votre couverture est résiliée, sauf comme il est prévu au chapitre de ce livret intitulé « Maintien de l'assurance ».

GARANTIES DU RÉGIME

Indemnité en cas de perte accidentelle

Lorsque, dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date d'un *accident*, un *assuré* subit une des *pertes accidentelles* énumérées ci-dessous par suite d'une *blessure* résultant de cet accident, l'*assureur* versera des prestations comme suit :

Perte

La vie.....	Le <i>capital assuré</i>
La vue complète des deux yeux.....	Le <i>capital assuré</i>
La parole et l'ouïe des deux oreilles.....	Le <i>capital assuré</i>
Une main et la vue complète d'un œil.....	Le <i>capital assuré</i>
Un pied et la vue complète d'un œil.....	Le <i>capital assuré</i>
La vue complète d'un œil.....	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>
La parole.....	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>

L'ouïe des deux oreilles Les trois quarts du *capital assuré*
 L'ouïe d'une oreille Les deux cinquièmes du *capital assuré*
 Tous les orteils d'un pied Le tiers du *capital assuré*

Perte ou perte de l'usage

Les deux mains Le *capital assuré*
 Les deux pieds Le *capital assuré*
 Une main et un pied Le *capital assuré*
 Un bras Les quatre cinquièmes du *capital assuré*
 Une jambe Les quatre cinquièmes du *capital assuré*
 Une main Les trois quarts du *capital assuré*
 Un pied Les trois quarts du *capital assuré*
 Le pouce et l'index ou au moins quatre doigts d'une main
 Les deux cinquièmes du *capital assuré*

Paralysie

Les quatre membres (*quadriplégie*) Le double du *capital assuré*
 Les deux membres inférieurs (*paraplégie*) Le double du *capital assuré*
 Une moitié du corps (*hémiplégie*) Le double du *capital assuré*

Toutefois, en ce qui concerne la *quadriplégie*, la *paraplégie* et l'*hémiplégie*, si l'*assuré* décède dans les quatre-vingt dix (90) jours suivant la date de l'*accident*, les prestations payables par l'*assureur* se limiteront au *capital assuré*.

Les prestations prévues aux termes du présent chapitre pour toutes les *pertes accidentelles* subies par un *assuré* par suite d'un (1) seul *accident* ne dépasseront pas ce qui suit :

- (a) Le *capital assuré*, sauf dans les cas de *quadriplégie*, de *paraplégie* ou d'*hémiplégie*; ou
- (b) Le double du *capital assuré* en cas de *quadriplégie*, de *paraplégie* et d'*hémiplégie*, pourvu que l'*assuré* survive plus de quatre-vingt-dix (90) jours après la date de l'*accident*.

Aux termes du présent chapitre, en aucun cas l'*assureur* ne paiera plus du double du *capital assuré* par suite du même *accident*, sans égard à la combinaison des pertes subies.

Indemnités Décès et Mutilation Accidentels couvertes**Indemnité de greffage par chirurgie**

Si un membre, ou un appendice, ou une partie d'un membre ou d'un appendice de l'*assuré* est sectionné complètement par suite d'une *blessure*, et que ce membre, cet appendice ou cette partie de membre ou d'appendice sectionné est par la suite greffé par chirurgie dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident* ayant causé cette *blessure*, l'*assureur* versera alors à l'*assuré* les prestations suivantes :

- (1) que l'*assuré* regagne ou non l'usage de son membre, de son appendice ou de la partie du membre ou de l'appendice sectionné, l'*assureur* versera des prestations correspondant à 50 % des prestations qui auraient été payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret pour la *perte* de ce membre, de cet appendice ou de cette partie de membre ou d'appendice si le greffage par chirurgie n'avait pas été effectué;
- (2) si, après le greffage du membre, de l'appendice ou de la partie de membre ou d'appendice sectionné et dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident* ayant causé cette *blessure*, l'*assuré* subit une *perte de l'usage* irréversible, totale et permanente de ce membre, de cet appendice ou de cette partie de membre ou d'appendice greffé, l'*assureur* versera pour cette *perte de l'usage* les prestations prévues au chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret, déduction faite de tout autre montant payé ou payable conformément au paragraphe (1) ci-dessus du présent chapitre « Indemnité de greffage par chirurgie »;
- (3) si, après le greffage du membre, de l'appendice ou de la partie de membre ou d'appendice sectionné et dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident* ayant causé cette *blessure*, le greffage ne réussit pas et que le membre, l'appendice ou la partie de membre ou d'appendice doit être amputé, l'*assureur* versera pour la *perte* de ce membre, de cet appendice ou de cette partie de membre ou d'appendice les prestations prévues au chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret, déduction faite de tout autre montant payé ou payable conformément aux paragraphes (1) et (2) du présent chapitre « Indemnité de greffage par chirurgie ».

Les prestations payables en vertu du présent chapitre et au chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret à un même *assuré* à la suite d'un (1) seul *accident* ne dépasseront pas le *capital assuré*.

Indemnité de rapatriement

Si, par suite de la *perte de la vie* de l'*assuré* découlant d'une *blessure* subie à plus de cinquante kilomètres (50 km) de sa résidence habituelle, des prestations sont payables en vertu du chapitre

« Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés pour le transport, y compris la préparation en vue du transport, du corps de l'*assuré* jusqu'à l'endroit de repos choisi (notamment un salon funéraire ou un lieu d'inhumation) à proximité de la résidence habituelle de l'*assuré* décédé, jusqu'à concurrence d'une somme globale de quinze mille dollars (15 000\$) à l'égard de la totalité des frais payés en vertu du présent chapitre par suite d'un (1) seul *accident*.

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité d'études

Si vous ou votre *conjoint* assuré décédez des suites d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* paiera les frais de scolarité raisonnables et nécessaires de chacun des *enfants à charge* qui, à la date du décès de l'*assuré* ou dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent, sont inscrits ou s'inscrivent à plein temps dans un *établissement d'enseignement post-secondaire*, jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants :

- (a) cinq pour cent (5 %) du *capital assuré* de l'*assuré* décédé; ou
- (b) cinq mille dollars (5 000 \$),

par *enfant à charge* pour chaque année (pendant un maximum de cinq (5) années consécutives) où l'*enfant à charge* y est effectivement inscrit à plein temps.

La somme maximale payable en vertu de ce chapitre ne peut dépasser un plafond annuel de cinq mille dollars (5 000 \$) par *enfant à charge*.

Le versement des prestations s'effectue chaque année dès réception par l'*assureur* d'une preuve qu'il juge satisfaisante de l'inscription à plein temps de l'*enfant à charge* dans un *établissement d'enseignement post-secondaire*. Aucun montant ne sera versé à l'égard de frais engagés avant la *perte de la vie* de l'*assuré* ni pour les frais de pension, les livres et les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de garde d'enfants

Si vous ou votre *conjoint* assuré décédez des suites d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* s'engage à rembourser les frais de garde raisonnables et nécessaires effectivement engagés relativement aux services de garderie pour les *enfants à charge* ayant moins de treize (13) ans à la date du décès de l'*assuré* et qui, à la date du décès de l'*assuré* ou dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent, sont inscrits ou s'inscrivent dans une *garderie*, jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants :

- (a) cinq pour cent (5 %) du *capital assuré* de l'*assuré* décédé; ou
- (b) cinq mille dollars (5 000 \$),

par *enfant à charge* pour chaque année (pendant un maximum de cinq (5) années consécutives) où l'*enfant à charge* y est effectivement inscrit.

La somme maximale payable en vertu de ce chapitre ne peut dépasser un plafond annuel de cinq mille dollars (5 000 \$) par *enfant à charge*.

Le versement des prestations s'effectue chaque année dès réception par l'*assureur* d'une preuve qu'il juge satisfaisante de l'inscription dans une *garderie*, mais aucun montant ne sera versé à l'égard de frais engagés avant la *perte de la vie* de l'*assuré* ni pour les frais de pension et les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Les prestations prévues par ce chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Si aucun *enfant en charge* ne remplit ces conditions ou celles du chapitre « Indemnité d'études » du présent livret, l'*assureur* versera à votre bénéficiaire une somme correspondant au moins élevé des montants suivants :

- (a) cinq pour cent (5 %) du *capital assuré* de l'*assuré* décédé; ou
- (b) deux mille cinq cents dollars (2 500 \$),

en vertu d'une (1) seule police de l'*assureur*.

Indemnité de réadaptation professionnelle

Si vous souffrez d'une *perte accidentelle* découlant d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret et que vous devez en raison de cette *blessure* vous inscrire à un programme de réadaptation professionnelle qui vous permet d'acquérir les compétences propres à l'occupation d'un emploi que vous n'auriez pas occupé sans cette *blessure*, l'*assureur* s'engage à rembourser les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par vous pour ce programme au cours des trois (3) années suivant la perte. L'indemnité ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Le montant global versé par l'*assureur* pour l'ensemble des frais engagés par vous en vertu du présent chapitre se limite à quinze mille dollars (15 000 \$) par suite d'un (1) seul *accident*.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de modification du lieu de travail et d'adaptation

Si vous souffrez d'une *perte accidentelle* découlant d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret et que vous devez, pour pouvoir raisonnablement reprendre le travail actif auprès du *contractant*, voir votre lieu de travail faire l'objet de modifications et/ou être muni d'un équipement adapté, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par le *contractant*, sous réserve de ce qui suit :

- (1) le *contractant* convient par écrit de mettre à votre disposition l'équipement adapté et/ou de modifier le lieu de travail pour le rendre accessible et répondre ainsi à vos nouveaux besoins; et
- (2) le *contractant* reconnaît par écrit que l'exercice des tâches essentielles de votre emploi sera compromis si les modifications ou l'adaptation ne sont pas effectuées; et
- (3) l'acquisition du matériel adapté et/ou la modification du lieu de travail doivent recevoir l'approbation préalable écrite de l'*assureur*.

L'*assureur* a le droit de vous faire examiner par un professionnel de son choix et d'évaluer ainsi la pertinence des modifications ou de l'équipement proposés.

Les prestations prévues par le présent chapitre sont versées au *contractant* dès votre retour au travail actif auprès du *contractant* et dès que l'*assureur* reçoit par écrit l'attestation des frais engagés. Si aucuns frais ne sont engagés pour offrir l'équipement adapté ou modifier le lieu de travail, aucune indemnité n'est versée.

Le montant global versé par l'*assureur* pour l'ensemble des frais engagés par le *contractant* en vertu du présent chapitre se limite à cinq mille dollars (5 000 \$) pour un (1) seul *accident*.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature versée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de formation professionnelle

Si vous décédez des suites d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par votre *conjoint*, dans les trois (3) années qui suivent cette perte, pour participer à un programme officiel de formation professionnelle qui lui permet d'acquérir les compétences propres à l'occupation d'un emploi qu'il n'aurait pas été apte à exercer autrement. L'indemnité ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Le montant global versé par l'*assureur* pour l'ensemble des frais engagés par votre *conjoint* en vertu du présent chapitre se limite à quinze mille dollars (15 000 \$).

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature versée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité d'invalidité totale permanente

Si, par suite d'une *blessure*, vous devenez *totale*ment invalide dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent la date de l'*accident* ayant entraîné la *blessure* et que cette *invalidité totale* se poursuit pendant douze (12) mois consécutifs après le *début de l'invalidité totale*, au terme desquels elle est permanente, l'*assureur* paiera le *capital assuré*, déduction faite de tout montant payé ou payable en raison de l'*accident* en question en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret.

Indemnité de déplacement pour raisons familiales

Si, par suite d'une *perte accidentelle* découlant d'une *blessure*, des prestations sont payables à l'*assuré* en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret et que

L'assuré reçoit les soins normaux d'un *médecin*, l'assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires de *transport* aller-retour effectivement engagés par un (1) seul *membre de la famille immédiate* ou représentant de la famille pour se rendre de sa résidence habituelle au chevet de l'assuré par le trajet le plus court et l'*hébergement* à proximité, si l'assuré ne voyageait pas accompagné d'un *membre de sa famille immédiate*. L'indemnité ne couvre pas les frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent chapitre si l'assuré séjourne dans un *hôpital* situé à cinquante kilomètres (50 km) ou moins de sa résidence habituelle.

Le remboursement des frais de *transport* se limite à un seul voyage aller-retour au chevet de l'assuré pendant son séjour à l'*hôpital*. Plusieurs moyens de *transport* peuvent être utilisés au besoin, mais le remboursement se limite aux *tarifs* raisonnables exigés pour un seul aller-retour. Si on se déplace dans un *véhicule* automobile autre qu'un véhicule exploité sous permis pour véhiculer des passagers, le remboursement des frais de *transport* se limite alors à trente-cinq cents (0,35 \$) le kilomètre.

La somme maximale payable en vertu du présent chapitre ne peut dépasser un plafond de quinze mille dollars (15 000\$) par suite d'un (1) seul *accident*.

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'assureur au nom du *contractant*.

Indemnité d'identification de la dépouille

Si, par suite de la *perte de la vie* de l'assuré découlant d'une *blessure*, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret et que les forces policières ou un autre organisme gouvernemental de même nature exigent l'identification de la dépouille, l'assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires de *transport* aller-retour effectivement engagés par un (1) seul *membre de la famille immédiate* ou représentant de la famille pour se rendre de sa résidence habituelle à l'endroit où se trouve la dépouille par le trajet le plus court et l'*hébergement* à proximité, si, au moment du décès, l'assuré ne voyageait pas accompagné d'un *membre de sa famille immédiate*. Aucun montant ne sera versé à l'égard des autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent chapitre si la dépouille de l'*assuré* se trouve à cinquante kilomètres (50 km) ou moins de sa résidence habituelle.

Le remboursement des frais de *transport* se limite à un seul voyage aller-retour pour identifier la dépouille de l'*assuré*. Plusieurs moyens de *transport* peuvent être utilisés au besoin, mais le remboursement se limite aux *tarifs* raisonnables exigés pour un seul aller-retour. Si on se déplace dans un *véhicule automobile* autre qu'un véhicule exploité sous permis pour véhiculer des passagers, le remboursement des frais de *transport* se limite alors à trente-cinq cents (0,35 \$) le kilomètre.

La somme maximale payable en vertu du présent chapitre ne peut dépasser un plafond de quinze mille dollars (15 000\$) par suite d'un (1) seul *accident*.

Les prestations prévues par le présent chapitre seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de port de la ceinture de sécurité

Si, par suite d'une *perte accidentelle* subie par l'*assuré* et découlant d'une *blessure* alors qu'il se trouve à bord d'un *véhicule automobile*, à titre de conducteur ou de passager et que sa *ceinture de sécurité* est bien attachée au moment de l'*accident*, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* versera une somme supplémentaire correspondant à dix pour cent (10 %) du montant payable en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret, sous réserve toutefois d'un maximum de cinquante mille dollars (50 000 \$). Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature versée ou payable en vertu de tout autre contrat établi par l'*assureur* au nom du preneur.

Au moment de l'*accident*, le conducteur du *véhicule automobile* doit avoir un permis en règle lui permettant de conduire le type de véhicule en cause, et ne pas être *sous l'influence de l'alcool ou de drogues*.

Une preuve du port de la *ceinture de sécurité* que l'*assureur* juge satisfaisante doit être présentée avec la preuve écrite de la perte.

Indemnité d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule

Si, par suite d'une des *pertes accidentelles* suivantes subies par l'*assuré* et découlant d'une *blessure* :

- (1) *perte* des deux pieds ou des deux jambes; ou
- (2) *perte* de l'usage des deux pieds ou des deux jambes; ou
- (3) *quadriplégie, paraplégie* ou *hémiplégie*,

des prestations sont payables en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret et que l'*assuré* ne peut se déplacer qu'en fauteuil roulant en raison de cette perte, l'*assureur* s'engage à rembourser les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par l'*assuré* dans les trois (3) années qui suivent la *perte* pour les travaux d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule comme il est prévu dans le présent chapitre.

Pour donner droit aux prestations en vertu du présent chapitre, l'aménagement doit permettre à l'*assuré* d'avoir accès à sa résidence ou à son véhicule en fauteuil roulant et doit être approuvé, si la loi l'exige, par les autorités chargées de la délivrance des permis.

La somme maximale payable en vertu du présent chapitre par l'*assureur* se limite à quinze mille dollars (15 000 \$) pour un (1) seul *accident*.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Assurance aviation

L'assurance offerte par la *police* couvre toute perte découlant d'une *blessure* subie par l'*assuré* dans les circonstances décrites ci-après et en raison de celles-ci :

- A. Si la Blessure survient en dehors de l'exercice des fonctions de l'emploi de l'*assuré* :
- (a) tout voyage à titre de passager, et non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef dont le certificat de navigabilité est en règle et qui est piloté par une personne possédant un brevet de pilote en règle correspondant au type d'aéronef;
 - (b) tout voyage à titre de passager, et non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef exploité par les Forces armées canadiennes ou par les forces armées d'une autorité gouvernementale dûment constituée de tout autre pays reconnu;
 - (c) l'embarquement dans un aéronef, la descente d'un aéronef ou le heurt par un aéronef.

Toutefois, la couverture ne couvre pas les *blessures* subies à l'occasion d'un voyage à bord d'un aéronef appartenant au *contractant* ou encore exploité, loué ou nolisé par lui ou en son nom.

- B. Si la Blessure survient lors de l'exercice des fonctions de l'emploi de l'assuré :
- (a) tout voyage à titre de passager ou en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef dont le certificat de navigabilité est en règle et qui est piloté par une personne possédant un brevet de pilote en règle correspondant au type d'aéronef;
 - (b) tout voyage à titre de passager ou en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef exploité par les Forces armées canadiennes ou par les forces armées d'une autorité gouvernementale dûment constituée de tout autre pays reconnu;
 - (c) l'embarquement dans un aéronef, la descente d'un aéronef ou le heurt par un aéronef.

Couverture pour exposition aux éléments et disparition

Si l'assuré est inévitablement exposé aux éléments et que, en conséquence directe, il subit une perte accidentelle qui aurait donné droit à des prestations en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret si la perte avait été causée par un accident, l'assureur paiera le montant prévu au chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret pour cette perte.

Si l'*assuré* n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la date de la disparition, le naufrage ou la destruction du véhicule à bord duquel il se trouvait à ce moment-là et dans des circonstances qui seraient normalement couvertes en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle », on présumera la *perte de la vie* de l'*assuré* par suite d'une *blessure* au moment de la disparition, du naufrage ou de la destruction.

Indemnité de lésion cérébrale

Si, par suite d'une *blessure*, l'*assuré* subit une *lésion cérébrale*, l'*assureur* versera le *capital assuré*, déduction faite de tout autre montant payé ou payable en vertu du chapitre « Indemnité en cas de Perte accidentelle » du présent livret en raison de l'*accident* en question, à la condition que :

- (1) la *lésion cérébrale* survienne dans les cent vingt (120) jours suivant l'*accident*; et
- (2) la *lésion cérébrale* nécessite l'hospitalisation de l'*assuré* pendant au moins sept (7) des cent vingt (120) jours suivant la *blessure*; et
- (3) un *médecin* détermine, à la satisfaction de l'*assureur*, que l'*assuré* a démontré des signes de *lésion cérébrale* pendant au moins six (6) mois consécutifs.

Maintien de l'assurance

Votre couverture individuelle en vertu de la police sera maintenue en vigueur pour une période allant jusqu'à douze (12) mois lorsque le contractant met fin à votre emploi, si ce maintien en vigueur de l'assurance est exigé par une loi provinciale ou fédérale applicable en matière d'emploi ou par une convention d'indemnité de départ reçue par vous de la part du contractant et que le paiement des primes se poursuit. Dans ces conditions, la couverture individuelle à l'égard

de votre conjoint assuré et/ou vos enfants à charge assurés se poursuivra également, à la condition que le paiement des primes se poursuive.

Ce maintien de l'assurance prendra fin à 0 h 01, heure normale, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin de la période de douze (12) mois ou la date à laquelle vous retournez au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.

Le maintien de l'assurance pour des périodes de plus de douze (12) mois peut être octroyée, sous réserve d'une demande écrite soumise par le *contractant* à l'*assureur* ou lorsqu'une loi le prévoit.

La couverture fournie en raison du maintien de l'assurance aux termes du présent chapitre sera sous réserve des conditions de la *police* qui s'appliquent à la date de la cessation d'emploi, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance.

Nonobstant toute stipulation contraire de la *police*, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture en vertu du présent chapitre ne peut en aucun cas dépasser le montant qui vous aurait été payable à la date de la cessation d'emploi.

Maintien de la couverture familiale

Advenant votre décès pour toute raison, la couverture individuelle en vertu de la *police* sera maintenue en vigueur pour votre *conjoint* assuré et/ou les *enfants à charge* assurés pendant une période de six (6) mois, sans paiement de prime.

Les prestations payables en raison du maintien de l'assurance aux termes du présent chapitre seront versées à votre *conjoint* assuré, sauf dans le cas de la *perte de la vie* de votre *conjoint* assuré, auquel cas la prestation pour cette perte sera remise aux ayants droit de votre *conjoint* assuré.

Si vous n'avez pas de *conjoint* assuré, les prestations payables à l'égard de vos *enfants à charge* assurés seront payables comme suit :

- (a) Si votre *enfant* est mineur et que la perte n'est pas la *perte de la vie* de votre *enfant*, toutes les prestations payables seront remises en fiducie au tuteur légal de votre *enfant*.
- (b) Si votre *enfant* n'est pas mineur et que la perte n'est pas la *perte de la vie* de cet *enfant*, toutes les prestations payables seront remises à votre *enfant*.
- (c) Sans égard à l'âge de votre *enfant*, la prestation payable en cas de la *perte de la vie* de votre *enfant* sera remise aux ayants droit de votre *enfant*.

Ce maintien de l'assurance prendra fin à 0 h 01, heure normale, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin d'une période de six (6) mois ayant commencé à la date de votre décès.

Le maintien de l'assurance en vertu du présent chapitre est sous réserve des conditions contractuelles qui s'appliquent à la date de votre décès, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance.

Nonobstant toute stipulation contraire de la *police*, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien de la couverture individuelle en vertu du présent chapitre ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable, s'il y a lieu, à l'*assuré* avant votre décès.

Maintien de l'assurance lors d'une absence autorisée

La couverture individuelle en vertu de la *police* sera maintenue en vigueur pour vous et votre *conjoint* assuré et/ou vos *enfants à charge* assurés pendant :

- votre absence autorisée;
- votre mise à pied temporaire;
- votre congé de maternité/parental; ou
- votre congé pour invalidité,

pourvu que le paiement de la prime se poursuive.

Le maintien en vigueur de la couverture prendra fin à 0 h 01, heure normale :

- (1) à l'égard de toute mise à pied temporaire autorisée par le *contractant*, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin d'une période de trois (3) mois ayant commencé à la date à laquelle cette mise à pied temporaire a débuté ou à la date à laquelle vous retournez au travail à tout titre pour le *contractant* ou un autre employeur, y compris un travail autonome, selon la première de ces éventualités. Le maintien en vigueur de la couverture pour des périodes de plus de trois (3) mois peut être octroyé, sous réserve d'une demande écrite soumise par le *contractant* à l'*assureur*;
- (2) à l'égard d'un congé de maternité ou d'un congé parental autorisé par le *contractant*, à la date à laquelle vous retournez au travail à tout titre pour le *contractant* ou un autre employeur, y compris un travail autonome; et
- (3) à l'égard d'une absence pour invalidité autorisée par le *contractant*, à la date à laquelle vous atteignez l'âge de soixante-dix (70) ans, êtes admissible à une exonération de primes ou retournez au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.
- (4) à l'égard de toute autre absence autorisée par le *contractant*, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin d'une période de trente jour (30) jours ayant commencé à la date à laquelle cette absence autorisée a débuté ou à la date à laquelle vous retournez au travail à tout titre pour le *contractant* ou un autre employeur, y compris un travail autonome, selon la première de ces éventualités. Le maintien en vigueur de la couverture pour des périodes de plus de trente (30) jours peut être octroyé, sous réserve d'une demande écrite soumise par le *contractant* à l'*assureur*;

La couverture fournie en raison du maintien en vigueur aux termes du présent chapitre sera sous réserve des conditions de la *police* qui s'appliquent au début de l'absence, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance.

Nonobstant toute stipulation contraire de la *police*, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture individuelle aux termes du présent chapitre ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable à l'*assuré* au début de votre absence.

Exonération de primes

Lorsqu'en vertu de la disposition d'exonération de primes du régime de base d'assurance-vie collective du *contractant*, votre assurance-vie est étendue par suite d'une invalidité totale découlant d'une *maladie* ou *affection*, ou d'une *maladie* ou *affection* liée à la grossesse, ou d'une *blessure* ou d'un *accident*, la couverture prévue par la *police* est également étendue et l'exonération de primes entre en jeu. Les primes à l'égard de votre *conjoint* assuré et de vos *enfants à charge* assurés, s'il y a lieu, font également l'objet d'une exonération si vos primes font l'objet d'une exonération.

L'exonération des primes cesse à la plus rapprochée des dates suivantes :

- (a) la date de la résiliation de la *police*; ou
- (b) la date à laquelle vous atteignez l'âge de soixante-dix (70) ans; ou
- (c) la date de la cessation de votre invalidité totale; ou
- (d) la date à laquelle vous omettez de fournir une preuve jugée satisfaisante par l'*assureur* de la persistance de l'*invalidité totale* dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la demande de cette preuve ou refusez de vous soumettre à un examen médical demandé par l'*assureur*.

La couverture étendue en vertu du présent chapitre est sous réserve des conditions de la *police* qui s'appliquent avant le début de l'invalidité totale, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance ou d'une indemnité.

Nonobstant toute stipulation contraire de la *police*, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture en vertu du présent chapitre ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable, s'il y a lieu, à l'*assuré* avant le début de votre invalidité totale.

L'*assureur* a le droit de demander, raisonnablement, une attestation de l'invalidité totale ou de sa persistance. Ne pas lui remettre d'attestation peut entraîner la fin de l'exonération des primes.

Transformation en un contrat d'assurance individuelle

Si votre couverture prend fin en raison d'un des motifs suivants :

- (a) vous cessez d'être un employé actif du contractant en raison d'une démission, d'un congédiement, de votre retraite ou de votre non-retour au travail à la fin d'une invalidité totale; ou
- (b) vous n'êtes plus une personne admissible aux termes de la *police*; ou
- (c) la période de maintien de votre couverture comme elle est prévue au chapitre « Maintien de l'assurance » du présent livret prend fin,

et que vous n'avez pas encore atteint l'âge de soixante-dix ans, vous pouvez remettre une demande écrite à l'*assureur* dans les trente et un (31) jours de la résiliation afin d'obtenir une police individuelle d'assurance contre les accidents. À la réception de cette demande, l'*assureur* émet, sans preuve d'assurabilité, une police individuelle d'assurance contre les accidents à la personne qui a fait la demande.

Cependant, la transformation ne sera pas possible si la *police* est résiliée au moment de la demande.

Les prestations prévues seront énoncées dans un avenant relatif aux Indemnité en cas de Perte accidentelle disponible auprès de l'*assureur* au moment de la transformation, et le montant à transformer ne peut dépasser le plus petit des montants suivants :

- (a) le montant de l'assurance en vigueur à la date de résiliation; ou
- (b) un plafond de deux cent cinquante mille dollars (250 000 \$) pour toutes les transformations demandées par l'employé assuré.

La prime de la police individuelle d'assurance contre les accidents établie conformément à ce qui précède est calculée selon le tarif établi par l'*assureur*, d'après votre âge à la date de transformation. La police individuelle d'assurance contre les accidents est renouvelable annuellement et la prime annuelle est payable par anticipation.

Filiales ou sociétés associées**CAE Military Aviation Training (CMAT)**

La présente police couvre toute personne admissible d'une société qui, en cours d'assurance, devient une filiale, une société associée ou dépendante du contractant, ou une société détenue en tout ou en partie par lui. L'assureur ou son représentant autorisé doit toutefois recevoir un avis écrit qui renferme tous les renseignements nécessaires à l'évaluation du risque de la société, dans les trente (30) jours suivant l'entrée en vigueur de l'assurance ou dans les plus brefs délais.

Si l'acquisition entraîne des changements dans les circonstances constitutives du risque pris en charge, l'assureur se réserve le droit d'ajuster le taux de prime en conséquence.

Paiement des primes

Les primes de votre assurance sont entièrement payées par vous, au moyen d'une retenue sur votre paie.

Paiement des prestations et bénéficiaires

Les prestations pour votre *perte de la vie* sont payables au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par écrit sur votre plus récente demande d'adhésion ou de désignation de bénéficiaire de l'Employé assuré conservée dans les archives du *contractant*; en l'absence de désignation, elles sont versées à vos ayants droit. Toutes les autres prestations, y compris les prestations payables pour votre *conjoint* assuré ou vos *enfants à charge* assurés, vous sont versées, à l'exception des prestations payables en vertu des chapitres suivants du présent livret, qui sont versées à la personne qui a effectivement encouru les frais donnant lieu aux prestations :

- Indemnité de rapatriement
- Indemnité d'études
- Indemnité de garde d'enfants
- Indemnité de modification du lieu de travail et d'adaptation
- Indemnité de formation professionnelle
- Indemnité de déplacement pour raisons familiales
- Indemnité d'identification de la dépouille
- Indemnité d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule

Montant global d'indemnisation

Le montant global d'indemnisation de l'*assureur* pour toutes les prestations payables en raison d'un (1) seul *accident* est 6 000 000 \$. Si ce montant ne suffit pas à couvrir le plein montant de l'indemnité auquel a droit chaque *assuré*, la somme alors payable à chaque *assuré* correspondra au rapport entre le montant global d'indemnisation pour un (1) seul *accident* et la somme globale des prestations qui auraient été payables, sans tenir compte du montant global d'indemnisation.

Le présent chapitre ne s'applique qu'aux prestations payables en vertu des chapitres suivants :

- Prestation en cas de perte accidentelle
- Indemnité d'invalidité totale permanente
- Indemnité de lésion cérébrale

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée en cas de perte, mortelle ou non, causée principalement ou accessoirement par ce qui suit :

- les blessures volontaires, le suicide ou la tentative de suicide, que l'*assuré* ait été sain d'esprit ou non;
- la guerre, déclarée ou non, que l'*assuré* y ait participé réellement ou non;

- un mouvement populaire, une émeute, une insurrection, un conflit armé auquel l'*assuré* a participé;
- le service de l'*assuré*, à titre de combattant ou de non-combattant, dans les forces armées d'un pays;
- le voyage de l'*assuré* à titre de passager ou autre à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, sauf ce qui est prévu au chapitre « Assurance aviation » du présent livret;
- les soins médicaux ou les interventions chirurgicales à l'égard de l'*assuré*, sauf s'ils sont consécutifs à un *accident*.

Exclusion relative au risque de guerre

Si une personne assurée subit une blessure alors qu'elle « voyage pour le compte du contractant », l'exclusion b) ci-dessus sera remplacée par ce qui suit :

- b) la guerre, déclarée ou non, au Canada et/ou aux États-Unis d'Amérique, et que l'Assuré y ait participé réellement ou non;

On considère un voyage commencé dès que la personne assurée quitte sa résidence ou son lieu de travail régulier dans le but de faire ce voyage, quel que soit le dernier qui survient, et le voyage se poursuit jusqu'au retour de la personne assurée à sa résidence ou son lieu de travail régulier, quel que soit le premier qui survient.

LORS D'UN SINISTRE

Déclaration de sinistre

La déclaration écrite de la *blessure* faisant l'objet d'une demande de règlement doit être remise à l'*assureur* au plus tard trente (30) jours après l'*accident* à l'origine de la *blessure*.

Une telle déclaration doit être remise par écrit par l'*assuré*, le bénéficiaire ou la personne qui a droit à la prestation en vertu de la *police*, selon le cas, ou en leur nom, au 1225, rue St-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil QC J4K 0B9, à un de ses bureaux régionaux ou à un de ses mandataires autorisés et accompagnée des renseignements permettant d'identifier l'*assuré* dont la perte constitue le fondement de cette déclaration.

La non-présentation de la déclaration dans le délai imparti dans la *police* n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus d'un (1) an après l'*accident*.

Formulaires de demande de règlement

Dès réception de la déclaration de sinistre, l'*assureur* accepte de remettre au demandeur les formulaires habituels de demande de règlement. Le demandeur qui, au bout de quinze (15) jours, n'a pas reçu ces formulaires est réputé s'être conformé aux exigences de la *police* à l'égard de la preuve de sinistre s'il soumet, dans le délai imparti dans la *police*, les preuves écrites du sinistre exposant les circonstances, la nature et l'étendue de la perte qui fait l'objet de la demande de règlement.

Preuve de sinistre

La preuve écrite du sinistre doit être remise à l'*assureur* au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après l'*accident* à l'origine du sinistre. La non-présentation de la preuve, dans le délai imparti, n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus d'un (1) an après l'*accident*.

Examen physique et autopsie

Tant que la demande de règlement est en cours de validation, l'*assureur* se réserve le droit de faire subir à l'*assuré* un examen physique toutes les fois qu'il le juge opportun, sous réserve toutefois qu'il en acquitte les frais. Il peut aussi exiger une autopsie en cas de décès, lorsque la loi le permet.

Versement des prestations

Toutes les prestations payables en vertu de la *police* sont réglées dès que l'*assureur* reçoit une preuve de sinistre qu'il juge suffisante et qui se conforme aux exigences de la *police*. À l'égard des *assurés* du *contractant* pour qui les primes sont payées en dollars canadiens, toutes les sommes payables aux termes de la *police* le sont dans la monnaie légale du Canada. À l'égard des *assurés* du *contractant* pour qui les primes sont payées en dollars américains, toutes les sommes payables aux termes de la *police* le sont dans la monnaie légale des États-Unis.

Action contre l'assureur

Pour qu'une action en demande de règlement au titre de la *police* puisse être intentée par l'*assuré*, il faut respecter les deux délais ci-après : un délai minimal de soixante (60) jours calculé à partir de la remise à l'*assureur* d'une preuve de sinistre, remise qui se conforme aux exigences de la *police*, et un délai maximal d'un (1) an [trois (3) ans dans la province de Québec].

Protection des renseignements personnels

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

À votre choix

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

