

**Emballages Alcan Canada Limité
Baie d'Urfé**

Associés – Carton

**Contrat numéro 56852
À effet du 9 décembre 2001**

Table des matières

Conditions générales	1
Votre brochure	1
Conditions d'admission.....	1
Personne à charge.....	2
Adhésion	2
Prise d'effet de la couverture	3
Modification de la couverture	3
Tenue à jour de votre dossier	4
Cessation de la couverture	4
Remplacement de la couverture	5
Demande de règlement.....	6
Attestation d'invalidité	6
Coordination des prestations	6
Examen médical	7
Droit de recouvrement	7
Définitions.....	7
Frais médicaux (Complément d'assurance-maladie)	8
Description générale de la garantie	8
Franchise	8
Médicaments sur ordonnance.....	9
Frais hospitaliers engagés dans votre province.....	11
Frais engagés hors de votre province.....	12
Services et articles médicaux	13
Services paramédicaux.....	16
Lentilles cornéennes, lunettes et correction de la vision par le laser.....	16
Cessation de la couverture	17
Prestations après la cessation de la couverture.....	17
Exclusions	17
Demande de règlement.....	18
Programme Voyage Assistance	19
Frais dentaires	25
Description générale de la garantie	25
Franchise	26
Prestation maximale par année de référence	26

Prestation viagère maximale	26
Détermination préalable des prestations	26
Soins dentaires de prévention	26
Soins dentaires de base	27
Soins dentaires majeurs.....	28
Soins orthodontiques.....	29
Cessation de la couverture	29
Prestations après la cessation de la couverture.....	30
Exclusions	30
Demande de règlement.....	31
Invalidité de courte durée (Indemnité hebdomadaire)	32
Description générale de la garantie	32
Début de l'indemnisation.....	32
Périodes successives d'invalidité	33
Prestations	33
Programme de réadaptation.....	35
Réclamation à un tiers.....	36
Fin de l'indemnisation.....	36
Cessation de la couverture	37
Droits après la résiliation de la garantie	37
Exclusions	37
Demande de règlement.....	38
Invalidité de longue durée	40
Description générale de la garantie	40
Début de l'indemnisation.....	41
Prestations	41
Programme en cas d'invalidité partielle	43
Programme de réadaptation.....	44
Périodes successives d'invalidité au cours du délai de carence	45
Périodes successives d'invalidité après le début de l'indemnisation	45
Réclamation à un tiers.....	45
Vos responsabilités	46
Fin de l'indemnisation.....	47
Cessation de la couverture	47
Droits après la résiliation de la garantie	47
Exclusions	47
Demande de règlement.....	49
Assurance-vie.....	51
Description générale de la garantie	51

Votre assurance-vie.....	51
Assurance-vie des personnes à charge	51
Bénéficiaire	51
Garantie en cas d'invalidité totale	52
Transformation de l'assurance-vie collective	53
Demande de règlement.....	53

Conditions générales

Votre brochure

Cette brochure contient des renseignements importants pour vous. Elle décrit les garanties prévues par le contrat collectif que nous, la Sun Life du Canada, avons établi au nom de votre employeur.

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 et syndiqué de l'employeur.
- travailler effectivement pour le compte de l'employeur au moins 20 heures par semaine.
- avoir accompli la période probatoire.

Le régime ne prévoit aucune période probatoire.

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

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

Personne à charge

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

Par *conjoint*, on entend votre conjoint en vertu d'un mariage, ou la personne de sexe opposé ou de même sexe qui est publiquement présentée comme étant votre conjoint depuis au moins 1 an. Aucune période minimale de cohabitation n'est exigée si un enfant est né de votre union. À toute époque, le régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint.

Par *enfant*, on entend tout enfant du salarié ou de son conjoint (sauf un enfant pris en foyer nourricier), qui n'est pas marié et qui est âgé de moins de 21 ans.

L'enfant de moins de 26 ans qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu par 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.

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.

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.

Cessation de la couverture

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

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

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

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

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

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

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

Remplacement de la couverture

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

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

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

Demande de règlement

La Sun Life s'engage à vous offrir un service prompt et efficace. Vous pouvez vous procurer les formules appropriées 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. Toutes les demandes doivent être faites par écrit au moyen de formules approuvées par la Sun Life.

Vous ne pouvez intenter une action en justice plus de un an après la date à laquelle nous devons avoir reçu votre formule de demande de règlement ou plus de un an après la date à laquelle nous avons cessé de vous verser des prestations d'invalidité.

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 êtes couvert 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. Nous vous donnons quelques indications à ce sujet :

- si vous demandez le remboursement de frais engagés par votre conjoint et si celui-ci est couvert par un autre régime pour ces frais, vous devez présenter la demande au titre du régime de votre conjoint en premier.
- si vous demandez le remboursement de frais engagés par vos enfants et si vous et votre conjoint êtes couverts par des régimes différents, vous devez présenter la demande au titre du régime de celui d'entre vous (père ou mère) dont l'anniversaire arrive en premier 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.
- les prestations provenant de l'ensemble des régimes ne peuvent

dépasser les frais remboursables effectivement engagés.

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.

Salaires de base

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

Traitement approprié

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

Frais médicaux (Complément d'assurance-maladie)

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

La garantie Frais médicaux prévoit le remboursement de certains frais engagés pour des services et articles nécessaires au traitement d'une maladie.

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.

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

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

Franchise

La franchise est la part des frais engagés que vous devez payer.

La franchise relative aux médicaments sur ordonnance est de 1 \$ par ordonnance ou renouvellement d'ordonnance pour les médicaments de marque originale.

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.

La franchise est fixée à 10 \$ par personne, à concurrence de 20 \$ par famille, par année de référence.

Une fois la franchise payée, les frais engagés sont remboursés dans la

proportion prévue par le régime.

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.

Médicaments sur ordonnance

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

Pour effectuer les achats ci-après, veuillez utiliser votre carte-médicaments :

- médicaments figurant sur les listes publiées par les autorités fédérales et provinciales, portant un code d'identification numérique (DIN) et nécessitant une ordonnance.
- médicaments et vitamines injectables, insuline et extraits d'allergènes portant un code DIN.
- préparations et composés dont au moins un ingrédient est un médicament couvert par la présente garantie.
- articles pour diabétiques.
- auxiliaires antitabagiques nécessitant une ordonnance. La prestation maximale pouvant être versée à chaque personne sa vie durant est de 500 \$.
- médicaments pour le traitement de la stérilité. La prestation maximale pouvant être versée à chaque personne sa vie durant est de 2 400 \$.

Dans le cas des frais ci-après, vous devez présenter une demande de remboursement à la Sun Life :

- vaccins et sérums composés pour le traitement préventif d'une maladie transmissible, qui nécessitent une ordonnance.
- stérilets.

- articles devenus nécessaires à la suite d'une colostomie.
- injections sclérosantes pour le traitement des varices, si elles sont nécessaires pour des raisons d'ordre médical.

La garantie couvre le coût des médicaments et articles ci-dessus, après déduction de la franchise relative aux médicaments sur ordonnance.

Les prestations versées pour chaque achat d'articles ou de médicaments ci-dessus se limitent au coût de ceux qu'il est raisonnable d'utiliser pendant une période de 65 jours ou, dans le cas des médicaments d'entretien ci-après, pendant une période de 100 jours, selon l'ordonnance du médecin :

agents cardiaques, agents thyroïdiens, antiasthmatiques, antibiotiques pour l'acné, anticoagulants, anticonvulsants, antihypertenseurs, antiparkinsoniens, antituberculeux, contraceptifs oraux, hypoglycémiant, médicaments pour le traitement du glaucome, oestrogènes et recharges en potassium.

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.
- médicaments délivrés par le médecin ou le dentiste.
- traitements de l'obésité, y compris les médicaments, les protéines et les suppléments alimentaires ou diététiques.
- relaxants musculaires qui ne nécessitent pas une ordonnance.
- stimulants de la pousse des cheveux.
- auxiliaires antitabagiques qui ne nécessitent pas une ordonnance.
- médicaments pour le traitement des troubles de l'érection.

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	<p>Nous couvrons, dans une proportion de 100%, les frais qui ont été engagés pour des soins hospitaliers reçus dans la province de votre domicile. Aucune franchise ne s'applique aux frais hospitaliers.</p> <p>Nous couvrons les soins reçus à l'hôpital à titre de malade externe, ainsi que la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre semi-particulière.</p> <p>Nous couvrons les frais engagés pour une hospitalisation dans un hôpital de convalescence ou un établissement de soins pour malades chroniques, prescrite par le médecin. La période maximale globale payable pour le traitement d'une maladie attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes est limitée à 180 jours.</p> <p>En outre, nous couvrons les frais engagés dans un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, prescrite par le médecin, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par personne sa vie durant.</p> <p>Pour les besoins du régime, on entend par <i>hôpital de convalescence ou un établissement de soins pour malades chroniques</i>, un établissement autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées qui sont en convalescence par suite d'une blessure ou</p>

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, un sanatorium ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, n'est pas considéré comme un hôpital de convalescence.

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

Frais engagés hors de votre province

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

Le terme *urgence* s'entend de toute situation reliée à une affection aiguë, à une maladie ou à une blessure imprévues qui exige une assistance immédiate. Nous réglons 100% des frais venant en excédent de la franchise qui sont engagés pour les services admissibles reçus en cas d'urgence.

Les *services reçus à la recommandation du médecin* doivent être donnés pour le traitement d'une maladie et prescrits par un médecin exerçant dans la province de votre domicile. Nous réglons 80% des frais venant en excédent de la franchise 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.

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 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.

Nous ne couvrons que les services reçus dans les 90 jours suivant votre départ de la province de votre domicile. Si vous êtes admis à l'hôpital au cours de cette période, les services que vous recevez à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à votre sortie de l'hôpital.

La prestation maximale pouvant être versée à chaque personne par année de référence est de 1 000 000 \$ pour les frais d'urgences engagés hors de votre province.

Services et articles médicaux

Nous couvrons 100% des frais venant en excédent de la franchise 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. La prestation maximale payable est de 10 000 \$ par personne par année de référence.

- transport dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est nécessaire pour des raisons d'ordre médical.
- en cas d'urgence, transport aérien par service ambulancier autorisé, à destination de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est nécessaire pour des raisons d'ordre médical.
- analyses de laboratoire effectuées dans un laboratoire commercial dans le but de diagnostiquer une maladie. Les analyses faites au cabinet du médecin ou dans une pharmacie ne sont pas couvertes.
- examens radiologiques, services d'imagerie par résonance magnétique (IRM), tomodensitométrie, thermographies et échographies effectués dans un laboratoire commercial ou en clinique privée, à concurrence d'un maximum combiné de 500 \$ par personne par année de référence.
- traitement des dents naturelles endommagées dans un accident survenu en cours de couverture, y compris les frais d'attelles et d'arcs dentaires. Les soins doivent être donnés dans les 12 mois de l'accident. Les frais couverts sont limités aux honoraires prévus dans le tarif publié à l'intention des dentistes généralistes par l'association des chirurgiens-dentistes de la province du domicile du salarié. Le tarif utilisé est celui qui est en vigueur à la date du traitement.
- services d'ophtalmologistes ou d'optométristes autorisés, à concurrence de 50 \$ par personne pour 2 années de référence consécutives.
- perruques nécessaires à la suite d'une chimiothérapie, à concurrence de 300 \$ par personne par année de référence. Les perruques ne nécessitent pas l'ordonnance du médecin.
- location ou, à notre demande, achat d'appareils 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.

- plâtres, attelles, bandages herniaires, orthèses et béquilles.
- prothèses mammaires nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale, à concurrence de 200 \$ par personne par année de référence.
- soutiens-gorge post-opératoires nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale, sous réserve d'un maximum de 2 soutiens-gorge par personne par année de référence.
- membres ou yeux artificiels. Sont exclus les appareils myoélectriques.
- couvre-moignons, sous réserve d'un maximum de 5 paires par personne par année de référence.
- bas à varices, y compris les bas à compression régressive, sous réserve d'un maximum de 2 paires par personne par année de référence.
- orthèses de pied faites sur mesure, sur l'ordonnance du médecin ou du podiatre, à concurrence de 350 \$ par personne par année de référence.
- chaussures orthopédiques faites sur mesure et modifications apportées à des chaussures orthopédiques, sur l'ordonnance du médecin ou du podiatre, à concurrence de 500 \$ par personne par année de référence.
- appareils de correction auditive sur l'ordonnance d'un médecin, d'un audiologiste ou d'un orthophoniste, à concurrence de 400 \$ par personne pour 5 années de référence consécutives. Les réparations sont comprises dans ce maximum.
- radiothérapie ou traitements de troubles de la coagulation du

sang.

- administration d'oxygène, transfusions de plasma et transfusions sanguines.
- glucomètres sur l'ordonnance d'un diabétologue ou d'un interniste. La prestation maximale pouvant être versée à chaque personne sa vie durant est 700 \$.

Services paramédicaux

Nous couvrons 100% des frais venant en excédent de la franchise, qui sont engagés pour les services ci-dessous, à concurrence de 300 \$ par personne par année de référence, pour chaque catégorie de spécialistes paramédicaux :

- services d'orthophonistes, d'audiologistes, de naturopathes ou de masseurs autorisés.
- services d'ostéopathes, de chiropraticiens ou de podiatres autorisés, avec 4 examens radiologiques par catégorie de spécialistes par année de référence, à concurrence de 25 \$ par examen radiologique. Le coût des examens radiologiques n'est pas inclus dans la prestation maximale globale.

Nous couvrons 100% des frais venant en excédent de la franchise, qui sont engagés pour les services de psychologues autorisés, à concurrence de 800 \$ par personne par année de référence.

Nous couvrons 100% des frais venant en excédent de la franchise, qui sont engagés pour les services de physiothérapeutes autorisés.

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

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

Nous couvrons 100% de ces frais, à concurrence de 200 \$ par période de 24 mois.

Aucune franchise ne s'applique aux lentilles cornéennes, aux lunettes et à la correction de la vision par le laser.

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

Cessation de la couverture

La couverture prévue par la garantie Frais médicaux prend fin au départ à la retraite ou au 70^e anniversaire du salarié, si cet anniversaire est antérieur.

Prestations après la cessation de la couverture

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

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

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

En cas de résiliation de la garantie Frais médicaux, le traitement des dents naturelles endommagées dans un accident demeure couvert, pourvu que l'accident soit survenu en cours de couverture, comme si la garantie n'avait pas pris fin.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit :

- services ou articles couverts en tout ou en partie par tout régime ou programme parrainés par l'État, sauf dans le cas des frais modérateurs, des dépassements d'honoraires, et des autres frais en excédent de ceux qui sont payables par le régime ou programme parrainés par l'État, si la loi permet leur remboursement par les régimes privés.

- 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 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.

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 90 jours qui suivent :

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

Programme Voyage Assistance

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, Worldwide Assistance Services, Inc. peut vous aider.</p> <p>Le terme <i>urgence</i> s'entend de toute situation reliée à une affection aiguë, à une maladie ou à une blessure imprévues qui exige une assistance immédiate.</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 que vous recevez dans les 90 jours de votre départ de la province de votre domicile. Si vous êtes admis à l'hôpital au cours de cette période, les services que vous recevez à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à votre sortie de l'hôpital.</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.</p> <p>Nous vous recommandons d'emporter avec vous votre carte Médi-Passeport 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	<p>Si c'est possible, vous ou une autre personne devez communiquer avec le centre de coordination de Worldwide Assistance et obtenir son accord avant de recevoir quelque service que ce soit. S'il n'est pas possible de communiquer avec l'organisme avant de recevoir des services, il faut le faire le plus tôt possible par la suite.</p>

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 Médi-Passeport.

Worldwide Assistance offre les services suivants :

**Assistance médicale
immédiate**

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

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

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

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

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

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

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

Un médecin désigné par Worldwide Assistance décide, compte tenu de critères médicaux, 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, Worldwide Assistance prend les dispositions en vue de vous assurer la nourriture et le logement dans un établissement commercial. La prestation maximale payable est de 150 \$ par personne par jour, pour une période limitée à 7 jours.

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

Retour de personnes en difficulté

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

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

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

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

Visite d'un membre de la famille	<p>Worldwide Assistance prend des dispositions pour qu'un membre de votre famille immédiate puisse se rendre à l'endroit où vous êtes hospitalisé et, au besoin, l'organisme avance les fonds correspondant au prix du billet aller-retour en classe économique, si vous êtes hospitalisé pendant plus de 7 jours consécutifs et que :</p> <ul style="list-style-type: none">■ 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. <p>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.</p>
Retour de la dépouille	<p>Si vous décédez au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile, Worldwide Assistance veille à obtenir les autorisations prescrites par l'État et à régler les frais nécessaires pour le transport de la dépouille dans un conteneur approprié jusqu'à la province de votre domicile. La prestation maximale payable est de 5 000 \$ par personne décédée.</p>
Retour d'une voiture	<p>Worldwide Assistance prend des dispositions et, au besoin, verse une avance d'au plus 500 \$ pour le retour d'une voiture privée dans la province de votre domicile ou d'une voiture louée au centre de location approprié le plus proche si vous ne pouvez le faire vous-même en raison d'une urgence ou d'un décès.</p>
Bagages ou documents perdus	<p>Si vous 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, Worldwide Assistance vous apporte son aide en communiquant avec les autorités compétentes et en vous indiquant les mesures à prendre en vue de remplacer les articles perdus ou volés.</p>
Coordination des prestations	<p>Nous appliquons le principe de la coordination des prestations conformément aux directives adoptées par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, lorsque vous êtes couvert par le présent régime et par d'autres régimes.</p> <p>La société émettrice du régime au titre duquel vous présentez une</p>

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

Avances

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

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

Sommes qui vous sont remboursées

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

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

Sommes que vous devez rembourser

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

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

La Sun Life vous facture les sommes qui doivent lui être remboursées. Le paiement est exigible dès réception de la facture. Vous pouvez choisir d'effectuer le remboursement sur une période de 6 mois; des

intérêts sont payables sur les sommes dues au taux déterminé par la Sun Life aux moments opportuns. Le taux d'intérêt peut être modifié au cours de la période de 6 mois.

Restrictions

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

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

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

Worldwide Assistance n'offre aucun service dans la province de votre domicile ou au cours d'un voyage entrepris pour recevoir des services médicaux.

**Responsabilité
de la Sun Life
ou de Worldwide
Assistance**

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

Frais dentaires

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

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

Nous couvrons les frais raisonnables engagés pour les soins reçus, à concurrence du montant indiqué en regard de ces soins dans le tarif des dentistes généralistes de 1999 (*) de l'association des chirurgiens-dentistes de la province du domicile du salarié, quel que soit l'endroit où les soins sont reçus. Les ajustements au tarif sont effectifs le 1^{er} décembre de chaque année.

(*) Le tarif des dentistes généralistes de 2000, à effet du 1^{er} décembre 2002.

(*) Le tarif des dentistes généralistes de 2001, à effet du 1^{er} décembre 2003.

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

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

honoraires raisonnables normalement exigés pour le traitement dentaire définitif.

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

L'année de référence de la garantie s'étend du 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 1 000 \$ par personne pour la première année de référence et 1 000 \$ par personne pour chaque année de référence suivante.

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

Prestation viagère maximale

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

Détermination préalable des prestations

Avant de recevoir des soins dentaires importants ou des soins entraînant des frais de plus de 500 \$, nous vous recommandons de nous envoyer 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

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.

Ces frais sont remboursables dans une proportion de 100%.

<i>Examens buccaux</i>	<p>1 examen complet tous les 24 mois.</p> <p>1 examen périodique tous les 6 mois.</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 tous les 6 mois.</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>Polissage (nettoyage des dents) et application topique de fluorure. Maximum : 1 séance à intervalles d'au moins 6 mois.</p> <p>Traitements palliatifs et urgences.</p> <p>Examens de diagnostic et de laboratoire.</p> <p>Extraction de dents incluses et anesthésie à cette fin.</p> <p>Mainteneurs d'espace pour dents primitives manquantes.</p> <p>Scellement de puits et fissures.</p> <p>Conseils d'hygiène bucco-dentaire. Maximum : 1 séance à intervalles d'au moins 6 mois.</p>
Soins dentaires de base	<p>La garantie Frais dentaires couvre les soins dentaires de base comme les obturations et les extractions de dents.</p> <p>Ces frais sont remboursables dans une proportion de 100%.</p>
<i>Obturations</i>	<p>Amalgame, résine composite, résine acrylique ou l'équivalent. Pour les enfants de moins de 10 ans, les obturations en résine composite (substance blanche) ne sont remboursables que sur les dents permanentes.</p>
<i>Extractions</i>	<p>Extraction de dents, à l'exception de l'extraction de dents incluses (<i>Soins</i></p>

dentaires de prévention).

Restaurations de base	Restaurations préfabriquées en métal et réparations de restaurations préfabriquées en métal, sauf dans le cadre de la mise en place de couronnes définitives.
Restaurations majeures	Rescellements et extractions d'incrustations en profondeur, ou de couronnes.
Endodontie	Traitement radiculaire et obturation des canaux, et traitements des maladies de la pulpe.
Parodontie	Traitement des maladies des gencives et des autres éléments de soutien. Surfaçage radiculaire et détartrage, à concurrence de 12 unités par année de référence.
Chirurgie buccale	Traitement chirurgical et anesthésie à cette fin, sauf : extraction de dents incluses (<i>Soins dentaires de prévention</i>), implants et transplants, modification des rapports entre maxillaires.
Réparation	Réparation de ponts ou de prothèses amovibles.
Rebasage ou regarnissage	Rebasage ou regarnissage de prothèses amovibles partielles ou complètes.
Autre soins	Appareil des habitudes buccales.
Soins dentaires majeurs	La garantie couvre les soins dentaires majeurs comme, par exemple, les couronnes, les prothèses amovibles, les prothèses hybrides et les ponts. Ces frais sont remboursables dans une proportion de 50%, après déduction de la franchise.
Restaurations majeures	Incrustations en profondeur et de surface et couronnes, sauf les restaurations préfabriquées en métal (<i>Soins dentaires de base</i>) et les rescellements et extractions d'incrustations en profondeur, ou de couronnes.
Services de prothèse	La garantie est limitée aux dents extraites en cours de couverture. Confection et mise en place de ponts ou de prothèses amovibles

standard. Les frais engagés pour des ponts ou prothèses amovibles standard de remplacement moins de 5 ans après la confection ou la mise en place précédente sont remboursables aux conditions suivantes :

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

Soins orthodontiques

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

Vous et/ou votre conjoint et vos enfants à charge de 6 à 19 ans sont couverts pour ces services.

Ces frais sont remboursables dans une proportion de 50%.

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

Les soins orthodontiques comprennent ce qui suit :

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

Cessation de la couverture

La couverture prévue par la garantie Frais dentaires prend fin au départ à la retraite ou au 70^e anniversaire du salarié, si cet anniversaire est antérieur.

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 12 mois de l'accident.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour les services ou articles couverts en tout ou en partie par tout régime ou programme parrainés par l'État, sauf dans le cas des frais modérateurs, des dépassements d'honoraires, et des autres frais en excédent de ceux qui sont payables par le régime ou programme parrainés par l'État, si la loi permet leur remboursement par les régimes privés.

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

- appareil intra-oral pour l'articulation temporo-mandibulaire (ATM).

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.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Demande de règlement

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 formule de règlement doit nous parvenir dans les 90 jours qui suivent :

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

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

Invalidité de courte durée (Indemnité hebdomadaire)

- Description générale de la garantie** La garantie Invalidité de courte durée prévoit le versement de prestations si vous êtes atteint d'invalidité totale. Vous avez droit à ces prestations si vous présentez à la Sun Life une attestation établissant à sa satisfaction :
- 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 courte durée si vous êtes continuellement incapable en raison d'une maladie d'accomplir les tâches essentielles de votre profession habituelle.

Le montant de vos prestations est déterminé d'après votre couverture à la date du début de votre invalidité totale. Les prestations sont versées à la fin de chaque semaine au cours de laquelle vous y avez droit.

Début de l'indemnisation

Si votre invalidité totale est attribuable à un **accident** et qu'elle commence dans les 30 jours de l'accident, vous avez droit à des prestations d'invalidité de courte durée à la date à laquelle vous êtes atteint d'invalidité totale ou le jour où vous consultez le médecin pour la première fois, si ce jour est postérieur.

Si votre invalidité totale est attribuable à une **maladie**, vous avez droit à des prestations d'invalidité de courte durée à l'expiration d'une période ininterrompue de 3 jours ouvrables d'invalidité totale ou le jour où vous consultez le médecin pour la première fois, si ce jour est postérieur.

En cas d'hospitalisation, vous avez toujours droit aux prestations à compter du jour de votre admission à l'hôpital.

Les prestations d'invalidité de courte durée ne sont payables que pour les jours ouvrables, prévus à votre horaire de travail, où vous êtes totalement invalide. Dans le cas de semaines incomplètes d'invalidité totale, nous versons, pour chaque jour d'invalidité totale, une indemnité représentant le cinquième de la prestation hebdomadaire.

Si votre invalidité totale commence au cours d'une période de mise à pied ou d'absence autorisée durant laquelle votre garantie est maintenue, vous avez droit aux prestations à compter du jour où vous êtes rappelé pour reprendre, ou deviez normalement reprendre, le travail à temps plein auprès de l'employeur. En cas de maladie, vous devez, à cette date, être totalement invalide de façon ininterrompue depuis au moins 3 jours ouvrables. En cas d'accident, vous devez être totalement invalide à la date à laquelle vous êtes rappelé pour reprendre, ou deviez normalement reprendre, le travail à temps plein.

**Périodes
successives
d'invalidité**

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

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

Prestations

Nous calculons les prestations d'invalidité de courte durée comme suit :

Étape 1 : La prestation de départ est égale à 70% de votre salaire de base hebdomadaire, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 \$. La prestation maximale est de 557 \$ (*).

(*) 573 \$ à effet du 1^{er} décembre 2002.

(*) 590 \$ à effet du 1^{er} décembre 2003.

Si vos prestations d'invalidité de courte durée sont inférieures aux prestations qui seraient payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi, votre salaire de base est augmenté de la somme des gratifications, des commissions, de la rémunération des heures supplémentaires et des primes de rendement que vous recevez régulièrement, et qui doit être prise en compte dans le calcul des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi.

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

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

Après les 17 premières semaines d'invalidité totale, lorsque la période maximale d'indemnisation est de plus de 17 semaines, nous déduisons également de la prestation de départ les revenus suivants auxquels vous avez droit :

- prestations prévues pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure par tout régime parrainé par l'État, y compris les prestations de personnes à charge, mais à l'exclusion des prestations d'assurance-emploi et des augmentations automatiques liées à l'indice du coût de la vie qui sont apportées pendant le service des prestations d'invalidité de courte durée.
- prestations prévues en cas d'invalidité ou de maladie par tout régime de retraite auquel cotise l'employeur.
- prestations prévues par tout contrat qui vous couvre en votre

qualité de membre d'une association.

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

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

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

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

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

Programme de réadaptation

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

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

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

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

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

Réclamation à un tiers

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

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

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

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

Fin de l'indemnisation

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

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

Cessation de la couverture

La couverture prévue par la garantie Invalidité de courte durée prend fin à votre départ à la retraite ou à votre 70^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur.

Droits après la résiliation de la garantie

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

Exclusions

Aucune prestation n'est payable :

- pour toute période au cours de laquelle vous ne recevez pas le traitement approprié.
- pour toute période au cours de laquelle vous exercez une activité rétribuée ou lucrative, à moins que la Sun Life n'accepte de verser des prestations.
- pour toute période au cours de laquelle vous ne participez pas à un programme de réadaptation approuvé par la Sun Life, lorsque celle-ci l'exige.
- pour toute période d'absence autorisée, de grève ou de mise à pied. Toutefois, si vous devenez totalement invalide avant que ne soit établi un avis de cessation d'emploi, le versement des prestations se poursuit tant que vous êtes totalement invalide, mais pas au-delà de l'expiration de la période maximale d'indemnisation.
- pour toute période de plus de 4 semaines au cours de laquelle vous vous trouvez hors du Canada pour quelque raison que ce soit, à moins que la Sun Life n'accepte d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.
- pour toute période au cours de laquelle vous purgez une peine de prison ou êtes incarcéré dans un établissement analogue.

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

maladie organique qui provoquerait l'invalidité totale même si cette consommation cessait.

Aucune prestation n'est payable pendant un congé de maternité ou un congé parental prévu par la loi ou dont vous et votre employeur avez convenu. 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.

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

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

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

Demande de règlement

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

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

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

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

Invalidité de longue durée

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

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

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

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

Si vous 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 **17 semaines** ou le jour où vous cessez d'avoir droit à des prestations d'invalidité de courte durée, à des prestations pour perte de revenu, ou à toute forme de maintien du salaire, si ce jour est postérieur.

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

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

Prestations

Nous calculons les prestations d'invalidité de longue durée comme suit :

Étape 1 : La prestation de départ est égale à **70%** de votre salaire de base mensuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 \$. La prestation maximale est de **2 000 \$**.

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

- prestations prévues pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure par tout régime parrainé par l'État, à l'exclusion des

prestations 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.

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

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

Autres revenus auxquels vous avez droit :

- prestations de personnes à charge prévues par tout régime parrainé par l'État, pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure, à l'exclusion des prestations d'assurance-emploi et 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 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 à l'une des sommes ci-dessus mais que vous n'en avez pas fait la demande, nous les considérons quand même comme faisant partie de vos revenus. Nous pouvons faire une estimation de ces sommes et en tenir compte dans le calcul de vos prestations.

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

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

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

Programme en cas d'invalidité partielle

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

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

Pendant votre participation au programme, vous pouvez toucher de votre employeur un salaire correspondant au nombre d'heures travaillées. Cependant, vos prestations d'invalidité de longue durée sont

réduites proportionnellement à la fraction de la semaine de travail normale que vous accomplissez alors auprès de votre employeur.

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

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

Programme de réadaptation

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

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

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

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

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

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

Au cours du délai de carence, les périodes successives d'invalidité totale attribuables aux mêmes causes ou à des causes connexes sont considérées comme une seule période d'invalidité et elles s'accumulent pour constituer le délai de carence, pour autant que la présente garantie soit en vigueur et que toutes les conditions suivantes soient remplies :

- la première période d'invalidité totale dure au moins 30 jours sans interruption.
- par la suite, il ne s'écoule aucun intervalle de plus de 30 jours entre les périodes d'invalidité totale.
- toutes les périodes d'invalidité totale entrant dans le délai de carence sont comprises dans les 12 mois du début de ce délai, ou, si le délai de carence est de 365 jours ou plus, dans la période limite approuvée d'avance par la Sun Life.

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

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

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

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

Les prestations sont déterminées d'après le salaire que vous touchiez au début de la première période d'invalidité totale et elles sont versées pour une période qui ne peut dépasser la durée non écoulée de la période maximale d'indemnisation.

**Réclamation à
un tiers**

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

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

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

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

Vos responsabilités

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

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

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

Fin de l'indemnisation

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

- cessation de votre invalidité totale.
- fin du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans.
- fin du mois au cours duquel vous prenez, ou avez le droit de prendre, votre retraite avec pleine pension ou avec valeur de la pleine pension.
- fin du mois au cours duquel vous décédez.
- expiration d'une période maximale d'indemnisation de 5 ans.

Cessation de la couverture

La couverture prévue par la garantie Invalidité de longue durée prend fin le jour où il reste à courir, avant votre 65^e anniversaire, une période égale au délai de carence de 17 semaines ou le jour de votre départ à la retraite, si votre départ a lieu antérieurement.

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

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

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

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

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

Aucune prestation n'est payable pendant un congé de maternité ou un congé parental prévu par la loi ou dont vous et votre employeur avez convenu. 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.

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

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

Demande de règlement

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

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

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

Le processus de demande consiste notamment à remplir les 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

Description générale de la garantie L'assurance-vie prévoit le versement d'un capital à votre bénéficiaire si vous décédez en cours de couverture. L'assurance-vie des personnes à charge prévoit le versement d'un capital en cas de décès de toute personne à votre charge en cours de couverture.

Votre assurance-vie

Capital Le capital de votre assurance-vie est de:

- 30 000 \$ si votre salaire de base annuel est de moins de 22 000 \$,
- 50 000 \$ si votre salaire de base annuel est égal ou supérieur à 22 000 \$.

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

Cessation de la couverture Votre couverture prend fin à votre départ à la retraite ou à votre 70^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur.

Assurance-vie des personnes à charge

Capital Le capital de l'assurance-vie du conjoint est de 2 000 \$. Celui de l'assurance-vie des enfants est de 1 000 \$ par enfant.

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

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.

Garantie en cas d'invalidité totale

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

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

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

L'invalidité totale doit subsister :

- pendant une période ininterrompue d'au moins 6 mois,
- ou pendant le délai de carence de la garantie Invalidité de longue durée, si 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.

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. La couverture des enfants à charge n'est pas transformable.

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.

