

# **Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa**

**Salariés à temps plein**

**Contrat numéro 50935**  
**À effet du 1<sup>er</sup> juin 2010**



## Table des matières

<b>Conditions générales .....</b>	<b>1</b>
Votre brochure .....	1
Traduction .....	1
Conditions d'admission .....	1
Personne à charge .....	2
Adhésion .....	3
Prise d'effet de la couverture .....	3
Modification de la couverture .....	4
Tenue à jour de votre dossier .....	4
Cessation de la couverture .....	5
Remplacement de la couverture .....	6
Demande de règlement .....	6
Attestation d'invalidité .....	6
Coordination des prestations .....	7
Examen médical .....	8
Droit de recouvrement .....	9
Définitions .....	9
<b>Frais médicaux (Complément d'assurance-maladie) .....</b>	<b>10</b>
Description générale de la garantie .....	10
Franchise .....	10
Médicaments sur ordonnance .....	11
Frais hospitaliers engagés dans votre province .....	12
Frais engagés hors de votre province .....	13
Services et articles médicaux .....	16
Services paramédicaux .....	18
Lentilles cornéennes, lunettes et correction de la vision par le laser .....	19
Cessation de la couverture .....	20
Prestations après la cessation de la couverture .....	20
Exclusions .....	20
Demande de règlement .....	22
<b>Programme Voyage Assistance .....</b>	<b>23</b>
<b>Frais dentaires .....</b>	<b>30</b>
Description générale de la garantie .....	30
Franchise .....	31

Prestation maximale par année de référence .....	31
Prestation viagère maximale.....	32
Détermination préalable des prestations.....	32
Soins dentaires de prévention.....	32
Soins dentaires de base.....	34
Soins dentaires majeurs .....	39
Soins orthodontiques .....	43
Cessation de la couverture.....	44
Prestations après la cessation de la couverture .....	44
Exclusions .....	44
Demande de règlement .....	45
<b>Invalidité de longue durée .....</b>	<b>47</b>
Description générale de la garantie .....	47
Situation fiscale.....	48
Début de l'indemnisation .....	48
Prestations .....	48
Congé de maternité et congé parental.....	50
Programme en cas d'invalidité partielle.....	51
Programme de réadaptation.....	52
Périodes successives d'invalidité au cours du délai de carence.....	53
Périodes successives d'invalidité après le début de l'indemnisation.....	53
Réclamation à un tiers .....	54
Vos responsabilités.....	54
Fin de l'indemnisation.....	55
Cessation de la couverture.....	55
Droits après la résiliation de la garantie .....	55
Exclusions .....	55
Demande de règlement .....	57
<b>Assurance-vie.....</b>	<b>59</b>
Description générale de la garantie .....	59
Votre assurance-vie .....	59
Bénéficiaire .....	59
Garantie en cas d'invalidité totale .....	59
Transformation de l'assurance-vie collective.....	60
Demande de règlement .....	61
<b>Décès et mutilation accidentels.....</b>	<b>62</b>
Description générale de la garantie .....	62
Votre couverture.....	62
Prestations .....	62

---

Limite .....	64
Transport de la dépouille.....	64
Programme de réadaptation.....	65
Formation professionnelle du conjoint.....	65
Études des enfants .....	66
Transport d'un membre de la famille.....	66
Garantie en cas d'invalidité totale .....	66
Exclusions .....	67
Transformation.....	67
Demande de règlement.....	68

## Conditions générales

- Votre brochure** Cette brochure contient des renseignements importants pour vous. Elle décrit les garanties prévues par le contrat collectif établi au nom de votre employeur par nous, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la *Sun Life*), membre du groupe Financière Sun Life.
- Les garanties peuvent être modifiées après l'établissement de la brochure. Dans ce cas, vous serez informé de toute modification apportée à votre régime au moyen d'un avis écrit qui complétera cette brochure. Veuillez conserver en lieu sûr cette brochure ainsi que tous les avis de modification que vous pourriez recevoir.
- Si vous avez besoin de précisions sur la présente brochure ou sur vos garanties collectives, veuillez vous adresser à votre employeur.
- Traduction** Le présent document est une traduction et n'a aucune portée juridique. En cas de divergence entre cette traduction et la version originale du document, c'est-à-dire la brochure anglaise, la version originale prévaut.
- Conditions d'admission** Pour être admissible aux garanties collectives, vous devez résider au Canada et remplir les conditions suivantes :
- être membre à temps plein du personnel permanent de l'employeur.
  - travailler effectivement pour le compte de l'employeur au moins 25 heures par semaine.
  - avoir accompli la période probatoire.
- La période probatoire prévue par le régime est de 3 mois de service continu.
- Nous vous considérons comme étant effectivement au travail les jours où vous accomplissez toutes les fonctions habituelles de votre emploi

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

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

**Personne à charge**

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

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

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

L'enfant de moins de 25 ans qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et dont vous assurez entièrement le soutien sur le plan financier est également considéré comme un enfant.

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

- s'il ne peut subvenir à ses besoins financiers en raison d'une incapacité physique ou mentale,

- et si vous assurez son soutien sur le plan financier et s'il n'est pas lié à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi.

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

**Adhésion**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Remplacement de la couverture**

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

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

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

**Demande de règlement**

La Sun Life s'engage à vous offrir un service prompt et efficace. Vous pouvez vous procurer les formulaires appropriés de demande de règlement auprès de votre employeur. Les demandes doivent être présentées dans les délais prescrits. Ces délais sont indiqués dans les sections appropriées de la présente brochure. Toutes les demandes doivent être faites par écrit au moyen de formulaires approuvés 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 formulaire de demande de règlement ni 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 ou les personnes à votre charge êtes couverts par la garantie Frais médicaux ou Frais dentaires du présent régime et d'un autre régime, nous appliquons le principe de la coordination des prestations conformément aux normes établies dans l'industrie de l'assurance. Ces normes déterminent le régime au titre duquel vous devez présenter la demande de règlement en premier.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Examen médical**

Nous pouvons exiger que vous subissiez un examen médical lorsque

vous présentez une demande de règlement. Si vous ne vous conformez pas à cette exigence, nous ne verserons pas de prestations. Les frais de ces examens sont à notre charge.

**Droit de recouvrement**

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

**Définitions**

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

*Accident*

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

*Date du départ à la retraite*

Si vous êtes totalement invalide, la date de votre départ à la retraite correspond à votre 65<sup>e</sup> 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.

*Nous, nos et notre*

Les termes «nous», «nos» et «notre» se rapportent à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

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

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

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<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.

### Franchise

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

La franchise est fixée à 25 \$ par personne, à concurrence de 25 \$ 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 contraceptifs qui aux termes de la loi ne se vendent que sur l'ordonnance du médecin ou du dentiste et qui sont délivrés par un pharmacien. Les stérilets, les diaphragmes, les articles pour diabétiques, les articles pour le traitement de l'incontinence et les articles devenus nécessaires à la suite d'une colostomie ou d'une iléostomie sont également couverts.

La garantie prévoit également le remboursement de ce qui suit :

- médicaments pour le traitement de la stérilité, à concurrence de 6 traitements par grossesse ou de 6 traitements pour la vie durant s'il n'y a pas de grossesse.
- substituts de nicotine, à concurrence de 13 semaines par personne sa vie durant.
- vaccins, qu'ils nécessitent ou non une ordonnance.

Nous limitons les prestations versées pour les achats ci-dessus au coût de la quantité qu'il est raisonnable d'utiliser dans les 3 mois de l'achat.

Nous couvrons 100% du coût des médicaments et articles ci-dessus, après déduction de la franchise.

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

- 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.
- stimulants de la pousse des cheveux.
- tous les auxiliaires antitabagiques autres que les substituts de nicotine.
- médicaments pour le traitement des troubles de l'érection.

<b>Frais d'exécution d'ordonnance</b>	Les frais remboursables en ce qui a trait aux frais d'exécution d'ordonnance sont limités au montant par ordonnance ou renouvellement d'ordonnance que le Programme de médicaments de l'Ontario prévoit actuellement en ce qui concerne ces frais.
<b>Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments</b>	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.
<b>Frais hospitaliers engagés dans votre province</b>	<p>Nous couvrons, dans une proportion de <b>100%</b>, 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>En outre, nous couvrons les frais engagés pour une hospitalisation dans un hôpital de convalescence, prescrite par le médecin, pour une période limitée à 180 jours, à condition qu'elle ait principalement pour objet la réadaptation et non la surveillance du malade.</p> <p>Pour les besoins du régime, on entend par <i>hôpital de convalescence</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 d'une maladie, et qui doit assurer des soins infirmiers et médicaux 24 heures sur 24. L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour vieillards ou malades chroniques, un sanatorium ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, n'est pas considéré comme un hôpital de convalescence.</p> <p>Un <i>hôpital</i> 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</p>

établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour vieillards ou malades chroniques, un sanatorium, un hôpital de convalescence ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, de même que les lits réservés à ces fins dans un hôpital ne sont pas considérés comme un hôpital.

**Frais engagés hors de votre province**

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

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

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

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

***Services reçus en cas d'urgence***

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

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

Le terme *services reçus en cas d'urgence* s'entend des services et des articles médicaux raisonnables, y compris les consultations, traitements, actes médicaux ou interventions chirurgicales, qui sont nécessaires en raison d'une urgence. Dans le cas des personnes

souffrant d'une affection chronique, les services reçus en cas d'urgence ne comprennent pas les soins donnés dans le cadre d'un programme de traitement établi qui était déjà en place avant leur départ de la province de leur domicile.

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

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

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

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

*Services reçus en cas d'urgence exclus de la couverture*

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

- services médicaux qui ne sont pas requis immédiatement ou qui pourraient raisonnablement être reportés jusqu'à votre retour dans la province de votre domicile, à moins que votre état de santé soit tel que vous ne pouvez pas raisonnablement retourner dans cette

province avant d'avoir reçu ces services.

- services reliés à une maladie ou blessure qui est à l'origine de l'urgence, après que l'urgence a pris fin.
- services continus, découlant directement ou indirectement de l'urgence ou d'une récurrence de l'urgence, reçus après la date à laquelle la Sun Life ou Europ Assistance a déterminé, en se basant sur les renseignements médicaux disponibles, que vous pouviez retourner dans la province de votre domicile, dans le cas où vous avez refusé de le faire.
- services qui sont nécessaires pour le traitement de la maladie ou blessure pour laquelle vous avez déjà reçu des services en cas d'urgence, y compris toute complication découlant de cette maladie ou blessure, si vous aviez refusé ou négligé sans raison valable de recevoir les services médicaux recommandés.
- lorsque le voyage a été entrepris dans le but de recevoir des services médicaux pour le traitement d'une maladie ou blessure, services reliés à cette maladie ou blessure, y compris toute complication ou urgence découlant directement ou indirectement de cette maladie ou blessure.

***Services reçus à la recommandation du médecin***

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

Nous réglons **50%** des frais qui sont engagés pour les services reçus à la recommandation du médecin disponibles au Canada, à concurrence de 3 000 \$ par personne pour 3 années de référence consécutives, sans franchise.

Nous réglons également **100%** des frais qui sont engagés pour les services reçus à la recommandation du médecin qui ne sont pas disponibles au Canada, sans franchise.

Les services donnés à la recommandation du médecin doivent être :

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

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

**Services et articles médicaux**

Nous couvrons 100% des frais venant en excédent de la franchise qui sont engagés pour les services médicaux ci-dessous prescrits par le médecin (les services de dentistes n'ont pas à être prescrits par le médecin).

- transport dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est médicalement nécessaire.
- en cas d'urgence, transport aérien par service ambulancier autorisé, à destination de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est médicalement nécessaire.
- les services diagnostiques suivants, reçus hors de l'hôpital, sauf si le régime provincial de la personne couverte interdit le remboursement de ces frais :
  - analyses de laboratoire.
  - échographies.
- 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.
- lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires à la suite d'une opération de la cataracte, sous réserve d'un maximum viager d'une lentille par oeil.

- 
- location ou, à notre demande, achat d'appareils médicalement nécessaires qui répondent à vos besoins médicaux fondamentaux. S'il y a plus d'un appareil qui répond à vos besoins médicaux fondamentaux, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil le moins cher.
    - appareils pour faciliter les déplacements: béquilles, canes, marchettes et chaises roulantes.
    - équipement médical durable: lits d'hôpitaux manuels, appareils respiratoires, appareils à oxygène et autres appareils médicaux durables.
  - orthèses (incluant les orthèses pour les jambes), bandages herniaires, colliers, plâtres et attelles.
  - prothèses mammaires nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale.
  - soutiens-gorge chirurgicaux, à concurrence de 4 soutiens-gorge par personne par année de référence.
  - membres ou yeux artificiels.
  - couvre-moignons, sous réserve d'un maximum de 5 paires par personne par année de référence.
  - bas à varices, y compris les bas à compression régressive, sous réserve d'un maximum de 4 paires par personne par année de référence.
  - orthèses de pied faites sur mesure, sur l'ordonnance du médecin ou du podiatre, à concurrence de 150 \$ par personne par année de référence.
  - chaussures orthopédiques standard et modifications ou ajustements apportées à des chaussures orthopédiques standard ou à des chaussures normales.

- chaussures orthopédiques faites sur mesure par un spécialiste certifié en chaussures orthopédiques et nécessaires en raison d'un problème médical, sur l'ordonnance du médecin ou du podiatre sous réserve d'un maximum d'une paire par personne par année de référence.
- achat, installation, réparation et entretien des appareils de correction auditive, incluant les batteries de remplacement, à concurrence de 500 \$ par personne pour 5 années de référence consécutives.
- radiothérapie ou traitements de troubles de la coagulation du sang.
- administration d'oxygène, transfusions de plasma et transfusions sanguines.
- pansements médicamenteux et vêtements pour le traitement de brûlures.
- pompes à insuline.

**Services  
paramédicaux**

Nous couvrons 100% des frais venant en excédent de la franchise, qui sont engagés pour les services ci-dessous, à concurrence de 500 \$ par personne par année de référence pour chaque spécialité :

- services de massothérapeutes autorisés, qui sont prescrits par le médecin.
- services d'audiologistes autorisés.
- services de diététistes autorisés.
- services d'ergothérapeutes autorisés.
- services de chiropraticiens autorisés, avec au maximum un examen radiologique par année de référence.

Nous couvrons aussi 100% des frais venant en excédent de la franchise à concurrence de 1 000 \$ par personne par année de référence pour

chaque spécialité :

- services de psychologues ou travailleurs sociaux autorisés,
- 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% des frais engagés, sans franchise, pour les services mentionnés ci-dessous :

- lentilles cornéennes normales, lunettes et correction de la vision par le laser à concurrence de 200 \$ par personne par période de 2 années de référence consécutives.
- lentilles cornéennes spéciales, à concurrence de 200 \$ par personne par période de 2 années de référence consécutives, à condition que les lentilles cornéennes:
  - soient nécessaires pour des raisons d'ordre médical, ou
  - peuvent porter le degré de vision du meilleur oeil à 20/40 et que ce degré ne puisse être atteint avec des lunettes obtenues sur ordonnance.
- examens de la vue, à concurrence de 1 examen par année de référence.
- exercices visuels qui ont pour but de corriger des carences au niveau de la vision ou d'améliorer la vision d'un oeil amblyopique jusqu'à ce qu'un niveau acceptable de coopération binoculaire soit atteint. Ces exercices visuels sont couverts à condition qu'ils soient offerts par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé, à concurrence d'un maximum de 200 \$ par personne pour sa vie

durant.

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

**Cessation de la couverture**

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

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

**Prestations après la cessation de la couverture**

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

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

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

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

**Exclusions**

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit :

- services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainés par l'État, sauf si le présent régime en prévoit expressément le

---

remboursement.

- excédent sur les frais raisonnables habituellement exigés dans la région où les services ou articles sont donnés.
- matériel que la Sun Life exclut de sa garantie (exemples : matelas orthopédiques, appareils d'exercice physique, climatiseurs et purificateurs d'air, baignoires d'hydromassage et humidificateurs).
- services ou articles qui ne sont pas habituellement fournis pour le traitement d'une maladie, y compris les traitements expérimentaux ou les traitements de recherche. Par *traitements expérimentaux ou traitements de recherche*, on entend les traitements qui ne sont pas approuvés par Santé Canada ou par un autre organisme de réglementation gouvernemental pour le grand public.
- services ou articles qui ne sont pas des frais médicaux admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).
- services ou articles pour lesquels il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture.

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

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

**Demande de règlement**

Si des frais sont engagés pour une hospitalisation, une formule de règlement doit être complétée par vous et par l'hôpital. Lorsque complétée, la formule de règlement doit être envoyée à l'attention de **Coughlin et associés Itée.** pour validation. L'hôpital peut aussi faire parvenir la formule de réclamation directement à Coughlin et associés Itée. Lorsque vous devez soumettre une demande de règlement, veuillez vous procurer une formule de règlement auprès de votre employeur ou de **Coughlin et associés Itée.**

Si les frais engagés sont autres que des frais d'hospitalisation, veuillez compléter la formule de règlement et la faire parvenir, avec les reçus originaux, à l'attention de Coughlin et associés Itée. à l'adresse ci-dessous pour validation.

Pour que des prestations puissent être versées, Coughlin et associés Itée. doit recevoir la demande de règlement dans les 90 jours qui suivent:

- la fin de l'année de référence au cours de laquelle les frais sont engagés
- ou la date de cessation de la garantie, si cette date est antérieure.

Note: Les reçus originaux relatifs aux demandes de règlement ne sont pas retournés aux réclamants. Ces reçus sont conservés par Coughlin et associés Itée.

Coughlin et associés Itée.

466 chemin Tremblay  
Ottawa ON K1G 3R1

Tél: (613) 231-2266

Fax: (613) 231-2345

Adresse électronique: WEBMASTER coughlin.ca

## Programme Voyage Assistance

### Description générale de la garantie

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

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

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

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

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

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

### Pour recevoir de l'aide

**Lorsque survient une urgence, vous ou une autre personne devez communiquer avec Europ Assistance. S'il n'est pas possible de communiquer avec Europ Assistance avant de recevoir des services, il faut le faire le plus tôt possible par la suite. Si Europ**

**Assistance n'est pas contactée et que des services sont reçus en cas d'urgence dans des circonstances où il aurait été raisonnablement possible de communiquer avec cette société, la Sun Life se réserve le droit de refuser ou de limiter le règlement des frais engagés pour tous ces services.**

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

Europ Assistance offre les services suivants :

**Assistance médicale  
immédiate**

Europ 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.

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

Europ 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, Europ Assistance peut déterminer qu'il est nécessaire d'assurer votre transport, sous surveillance médicale, vers un autre hôpital ou centre de soins, ou votre retour à la maison.

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

cette fin.

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

**Nourriture et logement**

Si votre voyage est retardé ou interrompu en raison d'une urgence ou parce qu'une personne couverte par la garantie et voyageant avec vous vient à décéder, Europ 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.

Europ Assistance prend les dispositions en vue de vous assurer la nourriture et le logement dans un établissement commercial si vous avez été hospitalisé d'urgence pendant un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile et si, de l'avis d'Europ 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**

Europ 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, Europ 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**

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

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

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

**Retour de la dépouille**

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

**Retour d'une voiture**

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

**Bagages ou documents perdus**

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

**Coordination des prestations**

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

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

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

**Avances**

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

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

**Sommes qui vous sont remboursées**

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

Pour recevoir ce remboursement, vous devez présenter à la Sun Life

une attestation des frais engagés, dans les 30 jours suivant votre retour dans la province de votre domicile. Vous pouvez vous procurer le formulaire approprié auprès de votre employeur.

**Sommes que vous devez rembourser**

Vous devez rembourser à la Sun Life les sommes suivantes qu'Europ 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**

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

Europ 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 Europ Assistance à fournir des services aussi complets que possible.

**Responsabilité  
de la Sun Life  
ou d'Europ  
Assistance**

La Sun Life et Europ 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 l'association des chirurgiens-dentistes de la province du domicile du salarié, quel que soit l'endroit où les soins sont reçus. Le remboursement est basé sur le tarif qui est en vigueur à la date du traitement.

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

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

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

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

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

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

**Franchise**

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

La franchise est fixée à 25 \$ par personne, à concurrence de 50 \$ par famille, par année de référence.

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

**Prestation maximale par année de référence**

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

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

Si votre couverture prend effet dans la seconde moitié de l'année de référence, la prestation maximale de l'année de référence en cause est réduite de 50%.

**Prestation viagère maximale**

La prestation maximale pouvant être versée à une personne sa vie durant pour des soins reliés à l’articulation temporo-mandibulaire est de 1 000 \$.

La prestation maximale pouvant être versée à une personne sa vie durant pour des soins orthodontiques est de 2 500 \$.

**Détermination préalable des prestations**

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

**Soins dentaires de prévention**

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

Ces frais sont remboursables dans une proportion de 100%, après déduction de la franchise.

*Examens buccaux*

La garantie couvre les examens buccaux complets, périodiques ou particuliers.

- 1 examen complet par période de 2 années de référence consécutives. L'examen complet comprend l'examen complet, la constitution du dossier relatif à l'état des tissus durs et mous, à la localisation des poches parodontales et aux antécédents médicaux, les tests de vitalité de la pulpe, le plan de traitement et sa présentation, ainsi que l'entretien avec le patient.
- 2 examens périodiques par année de référence.
- examens particuliers.

La garantie couvre également les examens spécialisés et les examens d'urgence.

- l'examen spécialisé est un examen général ou particulier effectué pour l'administration de soins de parodontie, de chirurgie bucco-dentaire, de prothèse dentaire ou d'endodontie.
- l'examen d'urgence est un examen servant à analyser une douleur aiguë ou une infection; il comprend les tests de vitalité de la pulpe.

**Radiographies** La garantie couvre les radiographies suivantes :

- 2 radiographies interproximales par année de référence.
- 1 panographie ou série complète de radiographies par période de 2 années de référence consécutives. La série complète de radiographies comprend des radiographies individuelles de toutes les dents, y compris les radiographies interproximales. La panographie donne une vue panoramique complète de la bouche.
- radiographies de dents individuelles, appelées radiographies périapicales.
- radiographies occlusales.
- radiographies extrabuccales.

**Examens de laboratoire et autres** Les examens couverts par la garantie sont les cultures microbiennes, les examens histologiques et les examens cytologiques.

**Prophylaxie (polissage et détartrage léger) et aplanissement des racines** Le polissage consiste à nettoyer les dents. Le détartrage consiste à enlever le calcaire qui se dépose au-dessus et en dessous de la gencive.

L'aplanissement des racines est l'opération finale effectuée pour rendre lisses les faces rugueuses de la dent et pour éliminer tout dépôt calcifié qui reste.

La garantie couvre 2 traitements (prophylaxie et aplanissement des racines) par année de référence.

<i>Application topique de fluorure</i>	La garantie couvre 2 applications par année de référence.
<i>Conseils d'hygiène bucco-dentaire</i>	La garantie couvre une session initiale et une session de rappel de conseils sur les techniques de brossage des dents et sur l'utilisation de la soie dentaire.
<i>Meulage des dents</i>	<b>Abrasion ou remodelage des dents.</b> Seuls les enfants de moins de 19 ans sont couverts pour ces soins.
<i>Mainteneurs d'espace et leur entretien</i>	<p>Ces services sont couverts dans le cas où le dentiste a extrait une dent primitive et où un appareil est utilisé pour maintenir l'espace nécessaire à l'éruption de la dent permanente.</p> <p>Ces services comprennent la conception de l'appareil, la séparation des dents, la confection, la mise en place, le scellement et l'extraction de l'appareil, ainsi qu'un suivi de 6 mois.</p> <p>L'entretien des mainteneurs d'espace comprend leur ajustement et leur rescellement, l'addition de crochets ou de fils métalliques, la réparation et le rescellement des appareils, ainsi qu'un suivi de 6 mois.</p>
<i>Caries et traumatismes, et contrôle de la douleur</i>	<p>La garantie couvre la mise en place de pansements sédatifs destinée à réduire la douleur occasionnée par des caries très profondes.</p> <p>Ces services comprennent l'anesthésie locale, l'éviction du tissu carieux et l'extraction de toute obturation existante, la rectification de l'occlusion, le coiffage pulpaire et la mise en place du pansement sédatif.</p>
<b>Soins dentaires de base</b>	<p>La garantie Frais dentaires couvre les soins dentaires de base ci-après.</p> <p>Ces frais sont remboursables dans une proportion de 100%, après déduction de la franchise.</p>
<i>Obturations</i>	<p>La garantie couvre les obturations en amalgame (argent) et en résine acrylique ou composite (substance blanche).</p> <p>Les services d'obturation en amalgame comprennent le coiffage</p>

pulpaire, la mise en place du fonds isolant, l'anesthésie locale, la rectification de l'occlusion, l'éviction du tissu carieux et l'extraction de toute obturation existante, l'obturation et la finition de celle-ci.

Les services d'obturation en composite ou en résine acrylique comprennent le coiffage pulpaire, la mise en place du fonds isolant, l'anesthésie locale, la rectification de l'occlusion, l'éviction du tissu carieux et l'extraction de toute obturation existante, l'obturation et la finition de celle-ci.

***Tenons dentinaires***

La garantie couvre 3 tenons par dent (pour les obturations en amalgame ou en composite).

***Restaurations  
préfabriquées en  
métal ou en plastique***

Ces soins ne sont pas couverts dans le cas où une couronne définitive doit être mise en place. La garantie couvre les restaurations préfabriquées en métal ou en plastique, y compris la couronne en acier inoxydable. Les remplacements doivent être effectués à intervalles d'au moins 36 mois.

Ces services comprennent le coiffage pulpaire, la mise en place du fonds isolant, l'anesthésie locale, la rectification de l'occlusion, l'éviction du tissu carieux et l'extraction de toute obturation existante, ainsi que le scellement de la couronne.

***Scellement de puits  
et fissures***

Une résine est appliquée sur les puits et fissures des dents afin de prévenir la carie. La garantie couvre 1 scellement par dent pour la vie durant. Seuls les enfants de moins de 19 ans sont couverts pour ce genre de soins.

***Endodontie***

S'entend du traitement radiculaire et de l'obturation des canaux, et du traitement des maladies de la pulpe.

**Traitement radiculaire.** La garantie couvre 1 traitement standard par dent tous les 5 ans. Ces services comprennent le plan de traitement, le test de vitalité de la pulpe, l'ouverture et le drainage, l'anesthésie locale, l'isolement de la dent, les soins cliniques et les radiographies appropriées, l'ablation de parties de la face occlusale, le polissage de la dent et le suivi. Si, dans les 3 mois qui suivent l'ouverture et le drainage, la pulpotomie ou la pulpectomie, la même dent fait à nouveau

l'objet d'un traitement radiculaire effectué par le même dentiste, la prestation payable est diminuée de la somme versée précédemment pour l'ouverture et le drainage, la pulpotomie ou la pulpectomie.

**Apexification.** Ces services comprennent le plan de traitement, l'anesthésie locale, l'isolement de la dent, les soins cliniques et les radiographies appropriées, la mise en place de la substance dentogénique et le suivi. La garantie ne s'applique qu'aux dents permanentes.

**Apicectomie.** Ces services comprennent le plan de traitement, l'anesthésie locale, les soins cliniques et les radiographies appropriées, la résection apicale, le curetage de l'apex et le suivi.

**Obturation rétrograde.** Ces services comprennent l'apicectomie, le curetage et l'obturation elle-même.

**Amputation radiculaire.** Ces services comprennent la reconstitution de la dent et de la furcation.

**Hémisection.** La garantie couvre l'hémisection.

**Pulpotomie.** Ces services comprennent le plan de traitement, l'anesthésie locale, les soins cliniques et les radiographies appropriées, ainsi que le suivi.

**Parodontie** La parodontie est le traitement des maladies des os et des gencives.

**Chirurgie parodontale définitive.** Les services de chirurgie parodontale définitive comprennent l'anesthésie locale, le traitement de l'infection, l'intervention chirurgicale, la mise en place du pansement chirurgical, les points de suture et les soins postopératoires. La chirurgie parodontale définitive comprend les services suivants :

- curetage gingival. Intervention chirurgicale définitive effectuée par le dentiste et nécessitant une anesthésie locale.
- gingivoplastie.
- gingivectomie.

- opération à lambeau.
- greffes – greffe gingivale pédiculée, greffe gingivale libre, déplacement latéral, lambeau pédiculé. Ces services comprennent l'anesthésie locale, le traitement de l'infection, l'intervention chirurgicale, le pansement chirurgical, les points de suture et les soins postopératoires.

La garantie couvre également la **chirurgie parodontale supplémentaire** qui comprend les services suivants :

- chirurgie *Distal Wedge*. Ces services comprennent l'anesthésie locale, le traitement de l'infection, l'intervention chirurgicale, le pansement chirurgical, les points de suture et les soins postopératoires. La section sur laquelle porte l'intervention est considérée comme étant le sextant.
- traitement d'abcès parodontal ou de péricoronarite. Ces services comprennent l'incision avec lancette, le détartrage, le curetage, l'administration de médicaments et toute intervention chirurgicale.

La garantie couvre également les **soins parodontaux complémentaires** qui comprennent ce qui suit :

- rectification de l'occlusion.
- appareil parodontal. Ces services comprennent la prise d'empreintes, la mise en place et l'ajustement de l'appareil. L'appareil parodontal est utilisé dans le traitement d'une maladie des gencives.
- ajustement ou rebasage d'appareil parodontal.

Le polissage parodontal et l'aplanissement parodontal des racines sont limités à 16 unités de 15 minutes.

*Chirurgie buccale*

Les services de chirurgie buccale comprennent l'anesthésie locale, l'ablation du tissu gingival excédentaire, l'intervention chirurgicale, le contrôle de l'hémorragie, les points de suture, ainsi que le traitement et l'évaluation postopératoires. L'intervention est considérée comme étant effectuée sur un sextant, à moins qu'il ne soit indiqué qu'il s'agit d'une hémi-arcade.

- extraction simple de dent ayant fait éruption.
- extraction complexe de dent ayant fait éruption. Intervention nécessitant le détachement d'un lambeau ou le sectionnement de la dent.
- extraction de dent incluse recouverte de tissu mou. Intervention nécessitant l'exérèse du tissu mou couvrant la dent et l'extraction de celle-ci.
- extraction de dent incluse partiellement recouverte de tissu osseux. Intervention nécessitant l'exérèse du tissu mou couvrant la dent, l'évaluation du lambeau et, soit l'extraction de l'os et de la dent, soit le sectionnement et l'extraction de la dent.
- extraction de dent incluse complètement recouverte de tissu osseux. Intervention nécessitant l'exérèse du tissu mou couvrant la dent, l'évaluation du lambeau et l'extraction de l'os, ainsi que le sectionnement et l'extraction de la dent.
- ablation de racine résiduelle.
- dénudation chirurgicale d'une dent incluse.
- alvéoloplastie. Intervention comprenant le remodelage, l'incision, l'ablation et la réduction de l'os.
- autres services : stomatoplastie, remodelage du plancher de la bouche, vestibuloplastie, réfection du vestibule et extension des replis muqueux; excision de tumeurs; excision de kystes; incision et drainage; extraction chirurgicale d'un corps étranger; traitement de dilacérations; frénectomie; traitement des glandes salivaires; et chirurgie antrale.

**Services complémentaires**

La garantie couvre les services ci-dessous:

- anesthésie, y compris l'évaluation préanesthésique et le suivi postopératoire : anesthésie générale, sédation profonde et usage d'installations, de matériel et de produits nécessaires à l'administration des soins dentaires et d'anesthésie.
- sédation : par inhalation, par intraveineuse ou par injection intramusculaire de sédatif, et combinaison de techniques de sédation par inhalation, par intraveineuse et par injection intramusculaire.
- injections thérapeutiques : administration de médicaments par injection intramusculaire.

**Réparation, regarnissage et rebasage**

Ces services consistent à réparer les prothèses amovibles brisées ou endommagées. La garantie comprend un suivi de 6 mois.

Le regarnissage consiste en l'ajout de matériau à la prothèse pour qu'elle s'ajuste bien. Le rebasage consiste à ajuster la prothèse en remplaçant le matériau de la base.

**Soins dentaires majeurs**

La garantie couvre les soins dentaires majeurs ci-après.

Ces frais sont remboursables dans une proportion de 60%, après déduction de la franchise.

**Incrustations en profondeur et de surface, et aurifications**

Les incrustations en profondeur et de surface sont des obturations en porcelaine ou en métal placées sur la face de la dent. Ces services et les aurifications ne sont couverts que si les cuspides ou le bord occlusal sont très endommagés et que les dents ne peuvent être restaurées au moyen d'une obturation ordinaire. Les remplacements doivent être effectués à intervalles d'au moins 5 ans.

Les services d'incrustations en profondeur et de surface comprennent le plan de traitement, le dossier sur l'occlusion, l'anesthésie locale, l'éviction du tissu carieux et l'extraction de toute obturation existante, la préparation de la dent, la protection de la pulpe, la prise

d'empreintes, les soins temporaires, la mise en place, la rectification de l'occlusion et le scellement. Les incrustations en profondeur ne sont couvertes que si les radiographies indiquent qu'une couronne sera nécessaire. Les incrustations de surface ne sont couvertes que si les cuspidés ou le bord occlusal sont très endommagés.

Les aurifications comprennent le plan de traitement, l'anesthésie locale, l'éviction du tissu carieux et l'extraction de toute obturation existante, la préparation de la dent, la protection de la pulpe, la mise en place, la rectification de l'occlusion et l'or.

**Couronnes** Les soins liés aux couronnes comprennent le plan de traitement, le dossier sur l'occlusion, l'anesthésie locale, la préparation de la partie sous-gingivale de la dent et des éléments de soutien, l'éviction du tissu carieux et l'extraction de toute obturation existante, la préparation de la dent, la protection de la pulpe, la prise d'empreintes, les soins temporaires, la mise en place, la rectification de l'occlusion et le scellement. Sont exclues les couronnes de porcelaine ou de porcelaine sur métal utilisées pour des molaires. Les couronnes ne sont couvertes que si les cuspidés ou le bord occlusal sont très endommagés et que les dents ne peuvent être restaurées au moyen d'une obturation ordinaire. Les remplacements doivent être effectués à intervalles d'au moins 5 ans.

**Facettes prothétiques** Il s'agit de facettes blanches placées sur la face externe de la dent. Les facettes prothétiques ne sont couvertes que si les dents ne peuvent être restaurées au moyen d'une obturation ordinaire et que si ces services ne sont pas donnés à des fins principalement esthétiques. Les remplacements doivent être effectués à intervalles d'au moins 36 mois.

**Prothèses amovibles** **Prothèses amovibles complètes.** Les remplacements doivent être effectués à intervalles d'au moins 5 ans.

- prothèses amovibles standard. Ces services comprennent le plan de traitement, la prise des empreintes initiales et finales, le dossier sur les rapports entre maxillaires, l'essayage, l'équilibration occlusale, ainsi que le suivi et les ajustements dans les 6 mois suivant la mise en place.

- prothèses amovibles standard posées immédiatement. Ces services comprennent le plan de traitement, la prise des empreintes, le dossier sur les rapports entre maxillaires, le conditionneur de tissus, la mise en place, l'équilibration occlusale, ainsi que le suivi et les ajustements dans les 6 mois suivant la mise en place.

**Prothèses amovibles partielles.** Les remplacements doivent être effectués à intervalles d'au moins 5 ans. Ces services comprennent le plan de traitement, la préparation de la bouche, la prise des empreintes initiales et finales, le dossier sur les rapports entre maxillaires, les conjoncteurs, les appuis, les crochets, les bases, l'essayage de l'armature, l'évaluation, la mise en place, l'équilibration occlusale, ainsi que le suivi et les ajustements dans les 6 mois suivant la mise en place.

**Réfection de prothèse amovible partielle.** La garantie ne s'applique que dans le cas où le remplacement de la prothèse serait couvert.

*Ajustement* L'ajustement de prothèse amovible comprend un suivi de 6 mois.

*Garnissage* La garantie couvre le garnissage thérapeutique temporaire.

*Ponts fixes* Les dispositions relatives à la méthode de traitement équivalente peuvent s'appliquer. Nous ne remboursons que les frais correspondant à la méthode de traitement équivalente la moins coûteuse.

- premier pont. Pendant les 12 premiers mois consécutifs de couverture, la garantie est limitée aux dents extraites en cours de couverture.
- pont de remplacement.
  - pendant les 12 premiers mois consécutifs de couverture, la garantie est limitée aux dents extraites en cours de couverture.
  - après les 12 premiers mois consécutifs de couverture, la garantie ne couvre que le remplacement de ponts en place depuis au moins 10 ans.

Les services reliés aux ponts fixes comprennent le plan de traitement, le dossier sur l'occlusion, l'anesthésie locale, la préparation de la partie sous-gingivale de la dent et des éléments de soutien, l'éviction du tissu carieux et l'extraction de toute obturation existante, la préparation de la dent, la protection de la pulpe, la prise des empreintes, les soins temporaires, l'ajustement et la contention en bouche à des fins de soudage, la mise en place, la rectification de l'occlusion et le scellement. Sont exclus de la garantie les piliers et intermédiaires de pont en porcelaine ou de porcelaine sur métal utilisés pour des molaires.

La garantie couvre également les services ci-dessous :

- réparation de pont fixe.
- rescellement de pont fixe.

***Traitement de l'ATM***

L'ATM est l'articulation temporo-mandibulaire, c'est-à-dire l'articulation de la mâchoire. La garantie couvre 2 radiographies de l'ATM par période de 12 mois, ainsi que les appareils pour l'ATM. Sont exclus les appareils servant à déplacer ou à orienter les dents.

***Divers***

- modèles d'étude non montés, pour services de prothèse dentaire. La garantie couvre 1 modèle d'étude tous les 36 mois.
- tenons dentinaires avec incrustations en profondeur ou de surface, ou couronnes. Ces services assurent la conservation de la dent. La garantie couvre 3 tenons par dent.
- tenons dentinaires avec ponts fixes. Ces services assurent la conservation de la dent. La garantie couvre 3 tenons par dent.
- corps coulé – le moulage sur mesure inclut le corps coulé en laboratoire. Ces services ne s'appliquent qu'aux dents ayant fait l'objet d'un traitement radiculaire. La garantie couvre 1 corps coulé par dent.
- tenon radiculaire préfabriqué, corps coulé avec tenon radiculaire préfabriqué. Ces services ne sont couverts que dans le cas de dents ayant fait l'objet d'un traitement radiculaire. La garantie

---

couvre 1 tenon radiculaire ou 1 corps coulé par dent.

- confection d'une couronne de substitution en amalgame, confection d'une couronne de substitution en composite. Ces services visent à assurer la conservation de la dent.
- réparation d'incrustations de surface ou en profondeur, ou de couronnes.
- rescellement d'incrustations de surface ou en profondeur, ou de couronnes. La garantie couvre 1 unité de 15 minutes par dent tous les 6 mois.

### Soins orthodontiques

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

Seuls les enfants de moins de 19 ans sont couverts pour ces services.

Ces frais sont remboursables dans une proportion de 50%. Aucune franchise ne s'applique à ces services.

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 :

- examen par un orthodontiste. Ces services comprennent les modèles d'étude, une panoramique ou une série complète de radiographies, les céphalographies, les photographies faciales et intra-buccales, les entretiens avec le patient et la présentation du plan de traitement.
- dénudation chirurgicale de dent incluse. La garantie couvre ces services lorsqu'ils s'inscrivent dans des soins orthodontiques.
- appareils d'orthodontie amovibles ou fixes destinés à permettre le déplacement ou l'orientation des dents.
- contention par bagues orthodontiques.

---

<b>Cessation de la couverture</b>	<p>La couverture prévue par la garantie Frais dentaires prend fin au départ à la retraite ou au 70<sup>e</sup> anniversaire du salarié, si cet anniversaire est antérieur.</p> <p>La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i>.</p>
<b>Prestations après la cessation de la couverture</b>	<p>En cas de résiliation de la garantie Frais dentaires, le traitement des dents naturelles endommagées dans un accident demeure couvert pourvu que l'accident soit survenu en cours de couverture, et que les soins soient donnés dans les 6 mois de l'accident.</p>
<b>Exclusions</b>	<p>Aucune prestation n'est payable pour les services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainés par l'État, sauf si le présent régime en prévoit expressément le remboursement.</p> <p>Nous ne versons des prestations que pour les soins dentaires qui font l'objet d'un pronostic que la Sun Life estime suffisamment favorable.</p> <p>Nous ne couvrons pas ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ soins dentaires donnés à des fins principalement esthétiques.</li><li>■ frais de remplacement d'appareils perdus, égarés ou volés.</li><li>■ frais de rendez-vous non respectés.</li><li>■ frais de rédaction de demandes de règlement.</li><li>■ services ou articles pour lesquels il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture.</li><li>■ 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.</li><li>■ frais de soins et d'articles relatifs à la restauration buccale complète (mise en place de couronnes sur toutes les dents), à la</li></ul>

rectification de la dimension verticale (changement de la façon dont les dents entrent en contact), y compris l'abrasion (usure des dents), la modification ou la reconstitution de l'occlusion (du contact entre les mâchoires), ou à la contention au moyen d'une prothèse (mise en place de couronnes pour rendre les dents plus solides).

- frais liés au traitement de l'articulation temporo-mandibulaire, sauf indication contraire dans la liste des frais couverts.
- transplants et modification des rapports entre maxillaires.
- traitements expérimentaux.

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

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

#### **Demande de règlement**

Une formule de règlement doit être complétée par vous et par le dentiste. Lorsque complétée, la formule de règlement doit être envoyée, avec les reçus originaux, à l'attention de Coughlin et associés Itée. à l'adresse ci-dessous pour validation. Le dentiste peut aussi faire parvenir la formule de réclamation directement à Coughlin et associés Itée. Lorsque vous devez soumettre une demande de règlement, veuillez vous procurer une formule de règlement auprès de votre employeur ou de **Coughlin et associés Itée.**

Pour que des prestations puissent être versées, Coughlin et associés ltée. doit recevoir la demande de règlement dans les 90 jours qui suivent:

- la fin de l'année de référence au cours de laquelle les frais sont engagés
- ou la date de cessation de la garantie, si cette date est antérieure.

Note: Les reçus originaux relatifs aux demandes de règlement ne vous seront pas retournés. Ces reçus seront conservés par Coughlin et associés ltée.

Coughlin et associés ltée.

466 chemin Tremblay  
Ottawa ON K1G 3R1

Tél: (613) 231-2266

Fax: (613) 231-2345

Adresse électronique: WEBMASTER coughlin.ca

---

## 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.

**Situation fiscale**

Les prestations d'invalidité de longue durée ne sont pas imposables.

**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 **50%** de votre salaire de base mensuel, sous réserve d'une prestation maximale de **3 500 \$**.

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

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

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

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

Autres revenus auxquels vous avez droit :

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

Si vous avez droit 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.

Vos prestations d'invalidité de longue durée sont augmentées chaque année, le 1<sup>er</sup> janvier en fonction de la hausse de l'Indice canadien des prix à la consommation, sous réserve d'un maximum de 3%.

#### **Congé de maternité et congé parental**

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

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

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

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

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

**Programme en cas d'invalidité partielle**

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

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

Pendant votre participation au programme, vous pouvez toucher de votre employeur un salaire correspondant au nombre d'heures travaillées. Cependant, vos prestations d'invalidité de longue durée sont réduites proportionnellement à la fraction de la semaine de travail

---

normale que vous accomplissez alors auprès de votre employeur.

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

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

Cependant, vous pouvez continuer, après l'expiration de la période indiquée ci-dessus, de participer à un programme en cas d'invalidité partielle approuvé si vous êtes incapable, en raison de votre invalidité, de gagner plus de 85% du salaire de base, indexé sur l'inflation, que vous touchiez avant votre invalidité.

#### **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 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.

**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<sup>e</sup> anniversaire, une période égale au délai de carence de 17 semaines ou le jour de votre départ à la retraite, si votre départ a lieu antérieurement. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

**Droits après la résiliation de la garantie**

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

**Exclusions**

Aucune prestation n'est payable :

- pour toute période au cours de laquelle vous ne recevez pas le traitement approprié.
- pour toute période au cours de laquelle vous exercez une activité rétribuée ou lucrative à moins que la Sun Life n'accepte de verser des prestations.

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

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

- vous êtes couvert par la garantie Invalidité de longue durée du régime de votre employeur depuis au moins 13 semaines, période au cours de laquelle vous êtes demeuré effectivement au travail (cette période n'étant pas considérée comme interrompue lorsque le nombre total de jours d'absence n'est pas supérieur à 3) et vous n'avez été traité pour cette maladie par aucun médecin, ni par aucun auxiliaire qualifié agissant sous la direction du médecin,
- ou votre invalidité totale commence plus de 24 mois après la prise d'effet de votre couverture.

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

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

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

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

#### **Demande de règlement**

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

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

- de 90 jours après le début de l'invalidité totale,
- ou de 30 jours après la résiliation de la garantie Invalidité de longue durée, si cette période prend fin antérieurement.

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

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

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

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

## Assurance-vie

**Description générale de la garantie** L'assurance-vie prévoit le versement d'un capital à votre bénéficiaire si vous décédez en cours de couverture.

### Votre assurance-vie

**Capital** Le capital de votre assurance-vie est égal à 2 fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$. Le capital maximal est de 200 000 \$.

**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<sup>e</sup> anniversaire, si cet anniversaire est antérieur. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

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

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

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

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

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

L'invalidité totale doit subsister :

- pendant une période ininterrompue d'au moins 6 mois,
- ou pendant le délai de carence de la garantie Invalidité de longue durée, si vous avez droit à des prestations d'Invalidité de longue durée, si ce délai est plus court.

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

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.

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

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

**Demande de règlement**

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

## Décès et mutilation accidentels

<b>Description générale de la garantie</b>	La garantie Décès et mutilation accidentels prévoit le versement de prestations si, par suite d'un accident survenu en cours de couverture, vous décédez ou subissez l'une des pertes indiquées dans le <i>Tableau des prestations</i> . La prestation versée en cas de décès aux termes de la présente garantie s'ajoute au capital de l'assurance-vie.
<b>Votre couverture</b>	
<i>Capital</i>	Le capital de votre garantie Décès et mutilation accidentels est égal au capital de votre assurance-vie.
<i>Cessation de la couverture</i>	Votre couverture prend fin à votre départ à la retraite ou à votre 70 <sup>e</sup> anniversaire, si cet anniversaire est antérieur. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i> .
<b>Prestations</b>	Nous versons des prestations si vous : <ul style="list-style-type: none"><li>■ décédez accidentellement par noyade.</li><li>■ disparaissiez par suite de la destruction, de la submersion, de l'atterrissage forcé, de l'échouement ou de la disparition accidentels du véhicule dans lequel vous vous trouviez et que votre corps n'est pas retrouvé dans l'année qui suit. Il ne doit exister aucune indication que vous êtes toujours vivant.</li><li>■ subissez un accident, y compris tout accident causé par un phénomène naturel, qui conduit directement à votre décès, ou à l'une des autres pertes ci-dessous, dans l'année qui suit.</li></ul> La prestation que nous versons est égale à un pourcentage du capital de la garantie Décès et mutilation accidentels. Le pourcentage diffère selon la nature de la perte. Le tableau ci-après indique le pourcentage prévu pour chaque perte.

**TABLEAU DES PRESTATIONS**

Décès	100%
Perte des deux bras ou des deux jambes	100%
Perte des deux mains ou des deux pieds	100%
Perte d'une main et d'un pied	100%
Perte d'une main ou d'un pied, et de la vision d'un oeil	100%
Perte d'un bras ou d'une jambe	75%
Perte d'une main ou d'un pied	75%
Perte de quatre doigts de la même main	33 1/3%
Perte du pouce et de l'index de la même main	33 1/3%
Perte de quatre orteils du même pied	25%
Perte de l'usage des deux bras ou des deux jambes	100%
Perte de l'usage des deux mains ou des deux pieds	100%
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	75%
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied	75%
Perte de la vision des deux yeux	100%
Perte de l'usage de la parole et surdité des deux oreilles	100%
Perte de la vision d'un oeil	75%
Perte de l'usage de la parole	75%
Surdité des deux oreilles	75%
Surdité d'une oreille	25%
Quadriplégie	200%
Paraplégie	200%
Hémiplégie	200%

Lorsqu'une personne subit plusieurs pertes à un membre, par suite du même accident, seule la prestation la plus élevée est versée. Les prestations versées pour l'ensemble des pertes subies dans un même accident ne peuvent dépasser 100% du capital de la garantie, ou 200% dans les cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie.

La perte d'un bras s'entend de l'amputation au coude ou plus haut; la

perte d'une main, de l'amputation au poignet ou plus haut; la perte d'une jambe, de l'amputation au genou ou plus haut et la perte d'un pied, de l'amputation à la cheville ou plus haut. La perte du pouce, d'un doigt ou d'un orteil s'entend de l'amputation à la première phalange ou plus haut. La surdité, la perte de la vision ou la perte de l'usage de la parole doit être totale et définitive.

La perte de l'usage doit être totale et elle doit avoir subsisté pendant au moins un an. Avant que nous versions des prestations, vous devez présenter une attestation établissant que la perte est définitive.

**Limite**

Si plus d'une personne couverte par le contrat collectif subit, dans le même accident, des pertes ouvrant droit à des prestations, la Sun Life verse un maximum de 3 000 000 \$ pour l'ensemble des pertes résultant de l'accident.

Si le total des prestations payables en raison de l'accident est supérieur au maximum de 3 000 000 \$, nous appliquons à ces 3 000 000 \$ le pourcentage que représentaient les prestations de chaque personne par rapport au total des prestations. Nous versions relativement à chacune de ces personnes la somme ainsi obtenue.

**Transport de la dépouille**

Si vous décédez   100 kilomètres ou plus de votre domicile et que le décès résulte directement d'un accident, nous versions jusqu'à concurrence de 10 000 \$ pour le transport de la dépouille au lieu de l'inhumation ou de l'incinération. Nous réglons les frais raisonnables et de pratique courante pour ce service et nous ne versions des prestations que dans la mesure où les frais ne sont pas remboursables par un tiers ou en vertu d'un autre contrat ni couverts par une autre garantie du présent régime.

Nous avons la faculté de verser ces prestations à toute personne qui a engagé des frais pour le transport de la dépouille ou qui peut réclamer le règlement de ces frais à vos ayants droit. La Sun Life est tenue quitte de tout paiement qu'elle effectue ainsi de bonne foi.

**Programme de réadaptation**

Si vous subissez une perte, autre que le décès, nous réglons les frais engagés pour votre réadaptation, jusqu'à concurrence de 10 000 \$. Seuls les frais liés au programme de réadaptation qui sont raisonnables et de pratique courante sont réglés. Les frais courants comme les frais de logement, de pension, de transport ou d'habillement ne sont pas remboursés.

Nous devons approuver le programme de réadaptation et les frais doivent être engagés en cours de couverture et dans les 3 ans qui suivent l'accident. Nous ne versons des prestations que dans la mesure où les frais ne sont pas remboursables par un tiers ou en vertu d'un autre contrat ni couverts par une autre garantie du présent régime.

Nous approuvons le programme de réadaptation en fondant notre décision sur les chances de succès de la réadaptation. La réadaptation consiste en une formation que vous devez recevoir, par suite de la perte, pour être apte à exercer une nouvelle profession.

**Formation professionnelle du conjoint**

Si vous décédez et que le décès résulte directement d'un accident, nous réglons, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, les frais de formation engagés par votre conjoint pour acquérir les compétences qui lui manquent et qui sont nécessaires à l'exercice d'une profession. Seuls les frais liés au programme de formation professionnelle qui sont raisonnables et de pratique courante sont réglés. Les frais courants comme les frais de logement, de pension, de transport ou d'habillement ne sont pas remboursés.

Tous les frais doivent être approuvés par nous et être engagés dans les 3 ans qui suivent l'accident. Nous ne versons des prestations que dans la mesure où les frais ne sont pas remboursables par un tiers ou en vertu d'un autre contrat ni couverts par une autre garantie du présent contrat.

Nous approuvons le programme de formation en fondant notre décision sur les chances de succès de la formation.

**Études des enfants** Si vous décédez et que le décès résulte directement d'un accident, nous réglons les frais d'études post-secondaires engagés par l'enfant à charge. La prestation annuelle maximale payable à l'enfant est égale à 5% du capital de la garantie à concurrence de 5 000 \$, et elle est payable pendant 4 ans au maximum. L'enfant doit s'inscrire à titre d'étudiant à temps plein dans l'année qui suit votre décès.

Seuls les frais d'études qui sont raisonnables et de pratique courante sont réglés. Les frais courants comme les frais de logement, de pension, de transport ou d'habillement ne sont pas remboursés. En outre, aucun paiement n'est effectué pour les frais d'études engagés avant votre décès.

**Transport d'un membre de la famille** Si vous subissez une perte résultant directement d'un accident et que vous êtes hospitalisé dans un hôpital situé à au moins 150 kilomètres de votre domicile, nous réglons, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, les frais raisonnables et de pratique courante engagés pour le transport d'un membre de votre famille immédiate vers le lieu où se trouve l'hôpital et pour son logement dans un hôtel situé à proximité de l'hôpital. On entend par membre de la famille immédiate votre conjoint, père, mère, enfant, frère ou soeur.

Nous remboursons les frais de transport en automobile au taux de 0,20 \$ le kilomètre. Le transport doit se faire par le chemin le plus direct, à destination et en provenance du lieu où est situé l'hôpital. Nous ne versons des prestations que dans la mesure où les frais ne sont pas remboursables par un tiers ou en vertu d'un autre contrat ni couverts par une autre garantie du présent régime.

**Garantie en cas d'invalidité totale** Si vous êtes atteint d'invalidité totale en cours de couverture et que les primes de l'assurance-vie cessent d'être exigibles, vous demeurez également couvert par la garantie Décès et mutilation accidentels sans qu'aucune prime ne soit exigible, tant que les primes de votre assurance-vie n'ont pas à être payées, mais non au-delà de l'âge de 65 ans.

Le capital de la garantie ainsi maintenue est assujéti aux dispositions du contrat collectif qui étaient en vigueur au début de l'invalidité totale.

**Exclusions**

Aucune prestation n'est payable relativement aux pertes :

- résultant de blessures provoquées par la personne couverte, notamment à l'occasion de la manipulation d'une arme à feu.
- résultant de l'absorption de drogues.
- résultant de l'inhalation d'oxyde de carbone.
- résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non.
- occasionnées par un vol à bord de tout appareil de navigation aérienne, un saut hors de l'appareil ou une exposition à un danger inhérent à cet appareil, dans l'un des cas suivants :
  - la personne recevait une formation en aéronautique.
  - elle exerçait une fonction rattachée à l'appareil.
  - elle était transportée pour faire du parachutisme.
  - elle était militaire et l'appareil était placé sous l'autorité de l'armée.
- résultant d'un acte d'hostilité de forces armées, d'une insurrection, ou de la participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- attribuables au service à temps plein dans les forces armées de quelque pays que ce soit.
- résultant de la participation à la perpétration d'un acte criminel.

**Transformation**

Si votre garantie Décès et mutilation accidentels prend fin ou est réduite pour toute autre raison qu'à votre demande expresse et si vous demandez la transformation de votre assurance-vie collective en assurance-vie individuelle, vous pouvez également faire ajouter au contrat d'assurance individuelle une garantie en cas de décès accidentel.

**Demande de règlement**

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

Pour toutes les pertes, sauf le décès, la demande doit nous parvenir dans l'année qui suit la perte.

En cas de décès, la demande doit être présentée aussitôt que possible après le décès.

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement auprès de votre employeur.

## Protection des renseignements personnels

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

Pour en savoir davantage sur nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web à l'adresse [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca) ou demandez qu'on vous envoie un exemplaire de notre brochure sur la protection des renseignements personnels en envoyant un courriel à l'adresse [ResponsableRenseignements@sunlife.com](mailto:ResponsableRenseignements@sunlife.com) ou en écrivant au responsable de la protection des renseignements personnels, Financière Sun Life, 225, rue King Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3C5.

**Régime souscrit par l'intermédiaire de :**  
**Coughlin et associés Itée.**  
**Tél. (613) 231-2266**  
**Fax (613) 231-2345**