



**Vos
garanties**

PROGRAMME D'ASSURANCE COLLECTIVE

offert au

**personnel administratif à temps plein
des Collèges d'arts appliqués
et de technologie
de l'Ontario**

**Contrats numéros 50833 et 50090
À effet du 1^{er} janvier 2015**

Table des matières

Partie 1 - Conditions générales	1
Votre brochure	1
Le programme d'assurance collective	1
Partie 2 - Rôles et responsabilités	2
Conseil des employeurs des collèges	2
Collèges.....	2
Sun Life.....	2
Employés.....	2
Sous-comité APACO-Conseil sur les garanties d'assurance	2
Partie 3 - Définitions	2
Accident	3
Effectivement au travail	3
Traitement approprié.....	3
Salaire de base.....	3
Année de référence.....	3
Année civile	3
Dentiste	3
Personne(s) à charge	3
Médecin.....	5
Conditions d'admission	5
Employé	5
Hôpital.....	5
Maladie.....	5
Frais engagés.....	6
Frais raisonnables habituellement exigés	6
Survivant(s).....	6
Partie 4 - Garanties	6
Garanties obligatoires	6
Garanties facultatives	7
Partie 5 - Prise d'effet de la couverture.....	7
Nouveaux employés.....	7
Prise d'effet de la couverture	8
Effectivement au travail	8

Personne(s) à charge	9
Partie 6 - Adhésion.....	9
Formulaire d'adhésion.....	9
Votre numéro de certificat	10
Confidentialité.....	10
Tenue de vos dossiers	10
Partie 7 - Modification de la couverture	10
Modification de votre couverture.....	10
Adhésion à la garantie ou augmentation de la couverture.....	11
Attestation de bonne santé	12
Date de prise d'effet de la couverture	12
Partie 8 - Cessation de la couverture.....	12
Cessation de la couverture	12
Couverture après le départ à la retraite.....	13
Partie 9 - Prestations aux survivants.....	14
Prestations aux survivants	14
Partie 10 - Assurance-santé complémentaire (Complément frais médicaux)16	16
Description générale de la garantie	16
Coordination des prestations (<i>Couverture au titre de plus d'un contrat</i>).....	18
Frais d'hospitalisation engagés au Canada	18
Médicaments et vaccins sur ordonnance.....	18
<i>Prestations payables</i>	18
Services médicaux.....	21
Ce qui n'est pas couvert	25
Coordination du régime avec les programmes de l'État	26
Assurance frais d'optique	26
Services d'optique PVS Inc.	27
Assurance prothèses auditives.....	27
Coordination des prestations	28
Coordination du régime avec les régimes publics.....	28
Départ de la province	29
Partie 11 - Frais engagés hors de votre province et assurance-santé complémentaire	30
Frais engagés hors de votre province	30

Partie 12 - Assurance dentaire	40
Description générale de la garantie	40
Soins dentaires de prévention	41
Restauration et chirurgie dentaire	42
Services de prothèse.....	42
Soins orthodontiques.....	44
Détermination préalable des prestations	44
Coordination des prestations	45
Ce qui n'est pas couvert.....	46
Prestations après la cessation de la couverture.....	46
Frais engagés à l'extérieur de la province ou du Canada.....	47
Partie 13 - Régime d'invalidité de courte durée (ICD)	48
Description générale du régime	48
Crédits bloqués en vertu de l'ancien régime de congés de maladie cumulatifs	51
Partie 14 - Régime d'invalidité de longue durée (ILD)	52
Description générale de la garantie	52
Qu'entend-on par «invalidité totale»?	52
Prestations d'ILD et impôts	53
Comment les prestations sont-elles calculées?.....	53
Délai de carence	54
Cessation de la couverture	54
Attestation d'invalidité	55
Examen par un médecin indépendant.....	55
Retour au travail.....	56
Congé de maternité et congé parental	56
Programme de réadaptation.....	57
Vos responsabilités	59
Fin de l'indemnisation	59
Cas où les prestations ne sont pas payables	59
Situations où les prestations cessent d'être versées	60
Réclamation à un tiers.....	60
Partie 15 - Assurance-vie	62
Description générale de la garantie	62
Garantie obligatoire (<i>palier I</i>)	62
Garantie facultative (<i>palier II</i>)	62
Garantie facultative (<i>palier III</i>).....	62

Décès et mutilation accidentels	63
Description générale de la garantie	63
Accident	63
Votre assurance Décès et mutilation accidentels	63
Prestations	63
Définitions.....	65
Transport de la dépouille.....	65
Programme de réadaptation.....	65
Formation professionnelle du conjoint.....	66
Études des enfants	66
Transport d'un membre de la famille.....	66
Garderie.....	67
Adaptation du domicile ou du véhicule	67
Ceinture de sécurité.....	67
Ce qui n'est pas couvert.....	68
Assurance-vie pour personnes à charge.....	69
Description générale de la garantie	69
Désignation de bénéficiaire.....	69
Désignation de bénéficiaire(s).....	69
Transformation de l'assurance-vie collective	71
Transformation de l'assurance-vie collective	71
Transformation de l'assurance-vie pour personnes à charge.....	71
Partie 16 – Assurance contre les maladies graves	73
Description générale du régime	73
Admissibilité à la couverture	73
Date d'admissibilité	73
Couverture.....	73
Prise d'effet de l'assurance.....	74
Maladies graves couvertes	74
Restrictions et exclusions	75
Cessation de la couverture	76
Transformation de la couverture	77
Présentation d'une demande d'adhésion	77

Partie 17 - Demandes de règlement	78
Présentation d'une demande de règlement	78
Présentation d'une demande de règlement de frais médicaux	79
Carte-médicaments.....	79
Délais prescrits pour la présentation d'une demande de règlement.....	80
Coordination des prestations	80
Programme d'appareils et accessoires fonctionnels de l'Ontario (PAAF)	81
Pour communiquer avec la Sun Life	81
Frais engagés à l'extérieur de la province	83
Présentation d'une demande de règlement de frais dentaires.....	83
Délais prescrits pour la présentation d'une demande de règlement.....	83
Coordination des prestations	84
Pour communiquer avec la Sun Life	85
Présentation d'une demande de prestations d'invalidité de longue durée .	85
Quand et comment présenter la demande de prestations.....	85
Écarts dans les montants des prestations.....	88
Présentation d'une demande de règlement Décès	88
Présentation de la demande	88
Présentation d'une demande de règlement au titre de l'assurance contre les maladies graves	90
Présentation de la demande	90

Partie 1 - Conditions générales

Votre brochure

La présente brochure a été rédigée pour vous et pour les membres de votre famille par les Collèges d'arts appliqués et de technologie (CAAT), le Conseil des employeurs des collèges (le Conseil) et des représentants de la Sun Life, compagnie d'assurance.

Les renseignements contenus dans la présente brochure ne peuvent en aucun cas avoir pour effet de réduire les garanties qui sont en vigueur à la date d'impression.

Cette brochure contient des renseignements importants pour vous et elle doit être conservée en lieu sûr. Elle vous informe sur les garanties qui vous sont offertes (les garanties obligatoires et les garanties facultatives) et sur vos droits au titre du programme d'assurance collective, ainsi que sur diverses questions administratives reliées à ce programme. Pour vérifier le détail de la couverture que vous avez choisie en matière de garanties collectives, veuillez vous reporter à votre exemplaire du formulaire d'inscription préalable aux garanties collectives que vous avez rempli ou communiquer avec le gestionnaire du programme d'assurance collective de votre collège.

Veillez noter que la présente brochure n'est qu'un sommaire de votre contrat collectif et qu'elle ne constitue pas un document juridique. En cas de divergence entre les dispositions du contrat collectif et les renseignements contenus dans la présente brochure, c'est le contrat collectif qui prime, et l'assureur se basera sur le contrat collectif dans toute décision relative au règlement des prestations.

Les garanties énoncées dans la présente brochure ne s'appliquent que si vous et les personnes à votre charge êtes couverts selon les dossiers établis relativement au contrat collectif. Si vous avez besoin de précisions sur la présente brochure ou sur vos garanties collectives, adressez-vous au gestionnaire des avantages sociaux de votre collège ou au représentant de l'Association du personnel administratif des collèges de l'Ontario (APACO).

Le programme d'assurance

Le programme d'assurance collective et les ententes sur le partage des coûts relatives aux primes qui sont offerts aux membres du personnel

collective

administratif des Collèges d'arts appliqués et de technologie sont précisés dans la présente brochure.

Partie 2 - Rôles et responsabilités

**Conseil des
employeurs des
collèges**
(titulaire du contrat)

Le Conseil des employeurs des collèges (le Conseil) est le titulaire du contrat pour le compte des collègues et il a la responsabilité de veiller au respect des dispositions du contrat collectif par la compagnie d'assurance et par les collègues.

Collèges
(gestionnaires)

Les Collèges d'arts appliqués et de technologie ont la responsabilité de tenir à jour tous les dossiers relatifs à la couverture des membres du personnel, de veiller à ce que les conditions énoncées dans les contrats collectifs soient respectées et de renseigner les membres du personnel sur les conditions du contrat collectif.

Chaque collègue a une personne à sa division des ressources humaines ou dans son service de la paie qui est chargée de la gestion du programme d'assurance collective.

Sun Life
(assureur)

L'assureur a la responsabilité de réaliser l'évaluation des demandes de règlement et de verser les prestations conformément aux dispositions du contrat collectif conclu entre la Sun Life et le Conseil pour le compte des collègues.

Employés

Vous avez la responsabilité de :

- connaître les garanties auxquelles vous avez droit;
- suivre le processus établi pour la présentation des demandes de règlement, en fournissant tous les renseignements demandés;
- être un consommateur averti;
- tenir le service des ressources humaines de votre collègue au courant de tout changement dans votre situation personnelle qui pourrait influencer sur vos garanties.

**Sous-comité
APACO-Conseil sur
les garanties
d'assurance**
*(représentant des
employés)*

L'APACO représente ses membres qui font partie du personnel administratif, pour ce qui est du programme d'assurance collective. Il s'occupe notamment de renseigner ses membres sur les garanties, d'examiner les relevés annuels en ce qui touche les résultats techniques, de recommander au Conseil des modifications aux primes et/ou aux règlements ou aux garanties.

Partie 3 - Définitions

Accident	Blessure causée uniquement et directement par l'action violente, soudaine et imprévue d'une cause extérieure.
Effectivement au travail	S'entend de l'employé qui accomplit au cours d'une journée toutes les fonctions habituelles de son emploi pour le compte du collègue, pendant le nombre d'heures fixé pour la journée en cause. Vous êtes également considéré comme étant «effectivement au travail» les jours de congé conventionnels et pendant toute période de vacances payées si vous avez travaillé effectivement la dernière journée de travail prévue à votre horaire.
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.
Salaire de base	Rémunération que l'employeur verse au salarié, à l'exclusion de toute gratification, rémunération des heures supplémentaires et prime de rendement.
Année de référence	Période d'un an allant du 1 ^{er} septembre au 31 août. (S'applique uniquement à l'assurance frais d'optique et à l'assurance prothèses auditives.)
Année civile	Période d'un an allant du 1 ^{er} janvier au 31 décembre. (S'applique uniquement à l'assurance-santé complémentaire et à l'assurance dentaire.)
Dentiste	Personne autorisée à pratiquer la médecine dentaire par l'organisme de réglementation compétent, et qui l'exerce dans les limites définies par son permis. Ce terme englobe habituellement les hygiénistes dentaires, les assistants dentaires, les denturologistes, etc., qui détiennent un permis.
Personne(s) à charge	Par <i>personne à charge</i> on entend votre conjoint/partenaire, vos enfants et les enfants de votre conjoint/partenaire (autres que les enfants pris en foyer nourricier) qui résident au Canada ou aux États-Unis.
Conjoint/partenaire	Par <i>conjoint/partenaire</i> , on entend : <ul style="list-style-type: none">■ votre conjoint ou partenaire en vertu d'un mariage légitime;■ ou votre partenaire de sexe opposé ou de même sexe qui vit avec vous dans une union d'une certaine permanence, si vous êtes les parents naturels ou adoptifs d'un enfant, aux termes de la Loi sur le droit de la famille, 1990 (Ontario);

- ou votre partenaire qui vit avec vous dans une union conjugale ou homosexuelle de façon continue pendant une période d'au moins un an.

Nota : Aux fins de l'assurance collective, votre conjoint/partenaire cesse de remplir les conditions nécessaires pour avoir la qualité de personne à charge à la première des éventualités suivantes :

- la date à laquelle vous avez conclu un «accord de séparation» avec votre conjoint/partenaire; ou
- vous avez été séparé de corps de votre conjoint/partenaire pendant au moins 12 mois.

À toute époque, le régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint/partenaire.

Enfants de moins de 21 ans

- Enfants non mariés, âgés de moins de 21 ans, qui habitent avec vous et avec lesquels vous entretenez les liens qui existent normalement entre un père ou une mère et ses enfants.
- Enfants non mariés, âgés de moins de 21 ans, dont vous êtes le tuteur désigné en vertu de la loi, qui habitent avec vous et avec lesquels vous entretenez les liens qui existent normalement entre un père ou une mère et ses enfants.

Enfants de 21 ans ou plus, mais de moins de 25 ans (étudiants)

Enfants non mariés de 21 ans ou plus, mais de moins de 25 ans qui étudient à temps plein dans un collège ou une université et dont vous assurez entièrement le soutien financier.

Enfants invalides

L'enfant invalide qui est atteint d'une infirmité physique ou mentale avant l'âge limite demeure couvert après l'âge limite :

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

Afin d'éviter toute interruption de la couverture, vous devez fournir une attestation à votre gestionnaire des avantages sociaux dans les 31 jours suivant la date à laquelle l'enfant atteint l'âge limite. Le formulaire «Couverture pour les enfants invalides» doit être rempli et envoyé à la Sun Life pour que la couverture soit maintenue.

	<p>Pour qu'un enfant soit couvert après «l'âge limite» en raison d'une invalidité, il doit avoir moins de 21 ans au moment où il est devenu invalide ou, s'il est âgé de 21 ans ou plus, son invalidité doit avoir commencé avant qu'il n'atteigne l'âge de 25 ans ET alors qu'il était étudiant à temps plein.</p>
Médecin	<p>Médecin ou chirurgien autorisé à pratiquer la médecine, dans la région où il offre des services médicaux.</p>
Conditions d'admission	<p>Conditions que les employés doivent remplir pour participer au régime et avoir droit aux garanties.</p>
Employé	<p>Membre du personnel administratif à temps plein du collège, aux termes des <i>Conditions d'emploi du personnel administratif</i>.</p>
Hôpital	<p>On entend par <i>hôpital</i> un établissement légalement autorisé dont la fonction consiste essentiellement à fournir, contre rémunération, des services médicaux, chirurgicaux et diagnostiques aux blessés et aux malades hospitalisés, sous la surveillance de médecins assistés d'infirmières autorisées 24 heures sur 24.</p> <p>Par dérogation à ce qui précède, est considéré comme un <i>hôpital</i>, tout établissement légalement autorisé dans lequel une personne a été hospitalisée, s'il est établi à la satisfaction de la Sun Life que la personne y a été hospitalisée pour recevoir un traitement curatif qui serait normalement donné dans un hôpital général.</p> <p>Aux fins du présent contrat, la partie d'un établissement qui fonctionne comme un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour personnes âgées ou malades chroniques, ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie ne doit en aucun cas être considérée comme un hôpital.</p>
Soins palliatifs	<p>Les soins palliatifs donnés dans un hôpital au sens où on l'entend dans le Règlement 964 de la <i>Loi sur les hôpitaux publics</i>, L.R.O. 1990, chap. P. 40, sont couverts par l'assurance-santé complémentaire.</p> <p>Les soins palliatifs donnés à la maison Casey ou dans tout autre établissement autorisé à donner des soins hospitaliers conformément au décret en conseil prévu par la <i>Loi sur les hôpitaux publics</i>, sont couverts par l'assurance-santé complémentaire.</p>
Maladie	<p>S'entend également d'une blessure, d'une affection ou d'une infirmité mentale ou des séquelles de toute intervention chirurgicale subie pour faire don d'un organe à une autre personne et qui entraîne une</p>

invalidité totale.

Frais engagés

Frais que vous engagez pour recevoir des soins ou des services ou pour acheter ou louer de l'équipement ou des fournitures, à la date à laquelle ceux-ci sont donnés ou à la date de l'achat ou de la location.

Frais raisonnables habituellement exigés

Frais d'un montant équivalant à celui qui est généralement exigé dans la région où les services ou les soins sont donnés, pour des soins et des services médicaux standard approuvés qui sont normalement donnés pour le traitement de la maladie ou de l'affection en cause.

Survivant(s)

Personne(s) à votre charge admissible(s) dans le cas où vous décédez pendant que vous êtes au service du collègue et participez au programme d'assurance collective. Reportez-vous à la partie 9 pour plus de renseignements.

Partie 4 - Garanties

Garanties obligatoires

Vous devez adhérer aux garanties suivantes :

- Assurance-vie de base
- Assurance Décès et mutilation accidentels
- Régime d'invalidité de longue durée
- Assurance-santé complémentaire (comprenant l'assurance frais d'optique et l'assurance prothèses auditives)
- Assurance dentaire

Prime

<u>Garantie</u>	<u>Part payée par le collègue</u>	<u>Part payée par vous</u>
Assurance-vie de base	100 %	0 %
Assurance D et MA	100 %	0 %
Régime d'invalidité de longue durée	66,67 %	33,33 %
Assurance-santé complémentaire	100 %	0 %
• Assurance frais d'optique	75 %	25 %
• Assurance prothèses auditives	100 %	0 %
Assurance dentaire	100 %	0 %

Garanties facultatives

Vous pouvez choisir d'adhérer aux garanties suivantes :

- Assurance-vie complémentaire
- Assurance-vie complémentaire avec prime intégralement payée par l'employé
- Assurance-vie pour personnes à charge
- Assurance contre les maladies graves

Prime

	<u>Part payée par le collègue</u>	<u>Part payée par vous</u>
Assurance-vie complémentaire	50 %	50 %
Assurance-vie complémentaire avec prime intégralement payée par l'employé	0 %	100 %
Assurance-vie pour personnes à charge	0 %	100 %
Assurance contre les maladies graves	0 %	100 %

Retenue des primes sur le salaire

En plus du coût des garanties, si vous êtes un résident de l'Ontario, du Québec ou du Manitoba, vous et le collègue devez payer la taxe de vente provinciale sur la prime. Le gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue vous fournira, au moment de l'adhésion, les renseignements nécessaires sur les retenues salariales relatives aux primes.

Les primes constituent un revenu imposable

L'Agence du revenu du Canada considère les primes et la taxe de vente provinciale que le collègue paie pour votre compte relativement à l'assurance-vie de base et à l'assurance-vie complémentaire comme un avantage imposable. Ces sommes s'ajoutent donc à votre revenu imposable et elles figurent à ce titre sur les feuillets fiscaux que le collègue établit pour vous chaque année.

Partie 5 - Prise d'effet de la couverture

Nouveaux employés

La période probatoire qui s'applique aux nouveaux employés aux termes du contrat collectif est indiquée dans le tableau ci-dessous :

Garantie	Période probatoire
Assurance-vie de base Assurance Décès et mutilation accidentels Assurance-vie complémentaire Assurance-vie complémentaire avec	Fin de la période d'un mois d'emploi continu à temps plein.

À effet du 1^{er} janvier 2015 (1, 3, 4, 5 and 8)



7

prime intégralement payée par l'employé Assurance-vie pour personnes à charge Assurance-santé complémentaire (comprenant l'assurance frais d'optique et l'assurance prothèses auditives)	
Assurance dentaire	Période prenant fin le premier jour du mois qui suit la date à laquelle l'emploi à temps plein de l'employé a commencé, ou à cette date même, s'il s'agit d'un premier du mois.
Régime d'invalidité de longue durée	Fin de la période de trois mois d'emploi continu à temps plein.
Assurance contre les maladies graves	Fin de la période d'un mois d'emploi continu à temps plein.

Prise d'effet de la couverture

La couverture prend effet le lendemain de l'expiration de la période probatoire, pour autant que vous soyez «effectivement au travail à temps plein» le jour où votre couverture doit prendre effet. Si vous n'êtes pas effectivement au travail à temps plein le jour où votre couverture devrait normalement prendre effet, vous n'êtes couvert qu'à compter du jour où vous remplissez cette condition. Pour l'assurance contre les maladies graves, reportez-vous à la Partie 16.

Effectivement au travail

Vous devez être effectivement au travail à temps plein à la date à laquelle vous êtes admissible à l'assurance. Toutefois, si vous êtes absent du travail à cette date, votre couverture ne prend effet qu'à la date à laquelle vous reprenez effectivement le travail à temps plein. Pour ce qui est du régime d'invalidité de longue durée, vous devez aussi pouvoir accomplir toutes les fonctions de votre profession habituelle.

Si, pour quelque raison que ce soit, vous cessez d'être effectivement au travail, vous devez communiquer avec le gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue afin d'établir la situation de vos garanties.

Si des améliorations sont apportées à l'assurance-vie et au régime d'invalidité de longue durée, vous devez, pour y avoir droit, être effectivement au travail à temps plein à la date à laquelle les modifications prennent effet. Si vous êtes absent du travail à cette date, les modifications de votre couverture ne prendront effet qu'à la date à laquelle vous reprendrez effectivement le travail à temps plein. Pour ce qui est du régime d'invalidité de longue durée, vous devez aussi pouvoir accomplir toutes les fonctions de votre profession habituelle.

Personne(s) à charge

La couverture de toute personne à votre charge prend effet à l'occasion suivante qui survient en dernier :

- Si la personne est à votre charge à la date à laquelle vous êtes admissible au régime, la couverture prend effet à cette date.
- Si la personne acquiert la qualité de personne à charge après la date de prise d'effet de votre couverture, la couverture prend effet à la date à laquelle elle acquiert cette qualité, si le collègue reçoit votre demande de couverture dans les 31 jours suivant cette date.
- Si vous présentez votre demande de couverture après l'expiration de ce délai, la couverture prend effet à la date à laquelle la Sun Life accepte votre demande de couverture (à l'exclusion de l'assurance-santé complémentaire et de l'assurance dentaire).
- En ce qui concerne l'assurance-santé complémentaire et l'assurance dentaire, la couverture prend effet à la date de la demande.
- Cependant, la personne à charge, autre qu'un nouveau-né, qui est hospitalisée le jour où la couverture prendrait normalement effet n'est couverte qu'à compter du jour où elle reçoit son congé de l'hôpital.

Partie 6 - Adhésion

Formulaire d'adhésion

À votre entrée au service du collègue, le gestionnaire des avantages sociaux passera en revue avec vous les garanties collectives auxquelles vous avez droit.

Vous devrez remplir et signer un formulaire d'adhésion sur lequel vous devrez fournir des renseignements détaillés à votre sujet et au sujet des personnes à votre charge (s'il y a lieu). Ces renseignements serviront à la gestion du programme d'assurance collective par le collègue et au règlement des prestations par la Sun Life. Vous devez impérativement lire ce formulaire, répondre à toutes les questions, le signer et le dater aux endroits prévus à cet effet et l'envoyer à votre gestionnaire des avantages sociaux dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle vous êtes admissible à la couverture pour ne pas compromettre votre droit à la couverture.

Ce formulaire d'adhésion contient également des renseignements sur la date d'expiration des périodes probatoires qui s'appliquent dans votre cas et sur la date de prise d'effet de vos garanties obligatoires et

facultatives. Vous pourrez adhérer aux garanties obligatoires et aux garanties facultatives qui vous sont offertes, après l'expiration des périodes probatoires pertinentes.

Votre numéro de certificat

Le collègue vous donnera un numéro de certificat qui servira à établir les renseignements relatifs à vos garanties. Vous pourrez utiliser ce numéro pour produire en ligne une carte d'identité pour le cas où vous auriez à présenter une attestation de votre assurance. Ce numéro de certificat est un numéro unique et il contient un code indiquant le groupe dont vous faites partie, le collègue dont vous relevez et votre dossier. La Sun Life a besoin de ce numéro pour traiter vos demandes de règlement, et vous devez l'utiliser pour pouvoir accéder aux renseignements que la Sun Life possède au sujet de vos demandes de règlement.

Confidentialité

Votre vie privée est protégée et les renseignements personnels qui sont recueillis sont conservés par votre collègue et par la Sun Life de manière confidentielle. À la Financière Sun Life, l'accès à vos renseignements personnels est strictement réservé aux personnes mentionnées au paragraphe *Protection des renseignements personnels* qui se trouve à la fin de la présente brochure.

Tenue de vos dossiers

Pour toujours bénéficier de la protection appropriée, il est important que vous informiez le gestionnaire des avantages sociaux du collègue :

- de tout changement de nom;
- de tout changement de bénéficiaire;
- de tout changement de situation quant au conjoint/partenaire ou aux enfants à charge;
- de tout changement de votre état matrimonial;
- du décès de votre conjoint/partenaire ou de tout enfant à charge.

Partie 7 - Modification de la couverture

Modification de votre couverture

Il peut se produire, dans votre situation professionnelle ou personnelle, des changements qui influent sur votre couverture. Il est important que vous communiquiez avec le gestionnaire des avantages sociaux pour discuter des modifications à apporter à votre couverture avant la prise d'effet du changement de votre situation professionnelle ou dans les 31 jours qui suivent un changement de votre situation personnelle.

Maintien de la couverture pendant les absences autorisées, les absences pour cause de maladie, etc.

Votre contrat collectif comporte une disposition qui vous permet de maintenir votre couverture en vigueur pendant toute période où vous n'êtes pas effectivement au travail, pour autant que certaines conditions soient remplies. Pendant toute absence, payée ou non, autorisée par votre employeur, pendant tout congé de maternité ou tout congé parental, tout congé de perfectionnement professionnel, tout congé de maladie ou toute période d'invalidité, votre couverture peut être maintenue.

Dans le cas d'une absence autorisée non payée, la période maximale pendant laquelle la couverture peut être maintenue est de 24 mois consécutifs.

Changement de situation personnelle et assurance-santé complémentaire et assurance dentaire

Vous pouvez remplacer votre couverture individuelle par une couverture familiale et vice versa au titre de l'assurance-santé complémentaire (qui comprend également l'assurance frais d'optique et l'assurance prothèses auditives) et de l'assurance dentaire dans les situations suivantes :

- votre état matrimonial change;
- vous voulez inscrire à l'assurance une personne à charge ou en radier une.

Pour modifier votre couverture, vous devez informer le gestionnaire des avantages sociaux du collègue du changement de situation dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle le changement s'est produit.

Pour savoir quand un conjoint/partenaire cesse de répondre à la définition de personne à charge, voir la définition de «Conjoint/partenaire» à la partie 3.

Adhésion à la garantie ou augmentation de la couverture

Si vous voulez demander l'assurance-vie facultative ou en modifier le montant, ou demander l'assurance-vie pour une nouvelle personne à charge, vous pouvez le faire sans examen médical ni attestation d'assurabilité si vous êtes effectivement au travail et si vous faites votre demande pour vous ou pour la personne à votre charge dans les 31 jours qui suivent les dates ci-dessous :

- la date à laquelle votre situation matrimoniale change,
- la date à laquelle vous avez pour la première fois une personne à votre charge ou une personne à charge qui s'ajoute.

**Attestation de
bonne santé**

Pour augmenter votre assurance-vie ou pour demander l'assurance-vie pour personnes à charge dans des circonstances autres que celles qui précèdent, vous devrez présenter une attestation de bonne santé en remplissant un questionnaire médical que vous pouvez vous procurer auprès du gestionnaire des avantages sociaux du collègue.

**Couverture refusée
antérieurement**

Si vous avez déjà demandé une augmentation de votre assurance-vie et que votre demande ait été refusée, le délai de 31 jours dont il est question dans les paragraphes précédents ne s'applique pas. Vous devrez présenter une nouvelle attestation de bonne santé à la Sun Life et, selon votre situation particulière, vous pourriez ne jamais être admissible à l'assurance demandée.

**Date de prise d'effet
de la couverture**

- Lorsqu'une attestation de bonne santé est exigée, la modification de l'assurance ne peut prendre effet avant que la Sun Life n'accepte votre demande.
- Si vous n'êtes pas effectivement au travail à temps plein 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 au travail effectif à temps plein.
- En ce qui concerne toute personne à charge, autre qu'un nouveau-né, qui est hospitalisée à la date du changement, la modification de son assurance ne peut prendre effet que lorsque la personne à charge reçoit son congé de l'hôpital.

Partie 8 - Cessation de la couverture

**Cessation de la
couverture**
*Employés en service
actif*

Votre couverture au titre des garanties prend fin à la date suivante qui survient en premier :

- date à laquelle vos services prennent fin.
- fin du mois au cours duquel vous prenez votre retraite, si vous n'avez pas choisi d'adhérer au programme d'assurance des retraités;
- date de résiliation du contrat collectif;
- fin de la période couverte par la dernière prime payée en votre nom;
- date de votre décès;
- dans le cas du régime d'invalidité de longue durée (ILD), date à laquelle vous prenez votre retraite ou date à laquelle vous

atteignez l'âge de 64 ans et 6 mois;

- dans le cas de l'assurance-vie complémentaire, de l'assurance-vie complémentaire avec prime intégralement payée par l'employé et de l'assurance-vie pour personnes à charge, fin du mois au cours duquel vous prenez votre retraite ou vous atteignez l'âge de 65 ans;
- dans le cas de l'assurance contre les maladies graves, reportez-vous à la partie 16.

En cas de cessation ou de réduction de votre couverture d'assurance-vie collective, reportez-vous à la partie 15 pour savoir comment transformer votre assurance en un contrat d'assurance-vie individuelle.

Personnes à charge des employés en service actif

La couverture de la personne à charge prend fin à la date suivante qui survient en premier :

- date à laquelle votre couverture prend fin;
- date de résiliation du contrat collectif;
- fin de la période couverte par la dernière prime payée pour l'assurance pour personnes à charge;
- date à laquelle la personne à charge perd la qualité de personne à charge admissible;
- date de votre décès. Pour de plus amples renseignements sur les prestations aux survivants, reportez-vous à la partie 9.

Couverture après le départ à la retraite

À votre départ à la retraite, vous pourriez être admissible au maintien de la couverture au titre de certaines garanties. Vous devez vous inscrire au programme d'assurance des retraités des CAAT dans les 31 jours qui suivent votre départ à la retraite. Vous pouvez communiquer avec le gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue ou aller sur le site Web du Conseil à l'adresse www.thecouncil.on.ca, pour connaître les conditions d'admissibilité et les garanties qui sont offertes au personnel à la retraite.

Partie 9 - Prestations aux survivants

Prestations aux survivants *pour les personnes à charge survivantes admissibles des employés*

Si, à votre décès, les personnes à votre charge étaient couvertes au titre de l'assurance-santé complémentaire (assurance frais d'optique et assurance prothèses auditives y compris) ainsi qu'au titre de l'assurance dentaire, la couverture des personnes à charge sera maintenue jusqu'à ce que se réalise l'une des situations suivantes :

- dernier jour du sixième mois qui suit celui au cours duquel votre décès a eu lieu, sauf si la personne à charge survivante décide de maintenir la couverture;
- fin de la période couverte par la dernière prime payée par la personne survivante;
- date de résiliation de la garantie couvrant la personne à charge;
- date de résiliation du contrat collectif;
- date à laquelle la personne à charge survivante cesse de répondre à la définition de personne à charge prévue par le régime même si l'employé était toujours vivant;
- date à laquelle la personne à charge survivante annule la couverture;
- date à laquelle vous auriez atteint l'âge de 65 ans;
- date à laquelle la personne à charge survivante décède.

Qui paie la prime?

Le collège paie intégralement la prime des six premiers mois de l'assurance-santé complémentaire (qui comprend l'assurance frais d'optique et l'assurance prothèses auditives) et de l'assurance dentaire. Après cette période de six mois, la personne à charge survivante peut choisir de demeurer couverte, auquel cas elle doit payer d'avance au collège, trimestriellement, le montant intégral des primes de ces garanties.

Si la personne à charge survivante admissible reçoit une rente mensuelle viagère de survivant, au titre du Régime de retraite des CAAT ou du Régime de retraite des enseignantes et des enseignants, elle peut alors choisir de participer au programme d'assurance des retraités des CAAT pour autant que sa demande soit faite dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle vous auriez atteint l'âge de 65 ans et si la personne à charge survivante est toujours admissible au titre de l'Assurance-santé de l'Ontario ou d'un régime d'assurance maladie d'une autre province ou d'un autre territoire du Canada.

La personne à charge survivante admissible doit tenir le collègue informé de tout changement d'adresse ou de tout autre renseignement dont le collègue ou l'assureur pourrait avoir besoin. Elle doit fournir les renseignements ci-après afin que les prestations soient réglées correctement et sans retard :

- sa date de naissance;
- son numéro d'assurance sociale;
- une preuve qu'elle reçoit une rente mensuelle viagère de survivante au titre du Régime de retraite des CAAT ou au titre du Régime de retraite des enseignantes et des enseignants.

Partie 10 - Assurance-santé complémentaire (Complément frais médicaux)

Description générale de la garantie L'assurance-santé complémentaire prévoit le remboursement de certains frais engagés pour des services et des fournitures nécessaires au traitement d'une maladie et elle vous est offerte à titre de complément de vos régimes d'assurance hospitalisation et maladie provinciaux (ex. : le RASO). 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. Les prestations prévues par l'assurance-santé complémentaire sont payables conformément au pourcentage de remboursement prévu par le régime et uniquement en ce qui a trait aux frais figurant dans la liste des frais remboursables. La *Loi sur l'assurance-santé de l'Ontario* interdit de couvrir des soins ou des services qui sont déjà couverts par les régimes d'assurance hospitalisation et maladie provinciaux. Pour bénéficier de cette garantie, vous devez être résident du Canada et être admissible à la couverture prévue par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) ou par le régime d'assurance-maladie d'une autre province ou d'un territoire, ou par un régime fédéral du gouvernement canadien comportant des garanties analogues.

Dans certains cas, selon que les lois pertinentes le permettent, les frais couverts par la présente garantie (l'assurance-santé complémentaire) peuvent être intégrés à ceux qui sont couverts par certains programmes provinciaux comme le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF) de l'Ontario et le Programme de médicaments de l'Ontario (PMO). Reportez-vous à la fin de la présente partie pour avoir une brève description de ces programmes.

Qui est couvert? Tous les membres du personnel administratif à temps plein qui ont accompli la période probatoire sont couverts par l'assurance-santé complémentaire, qui comprend les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée.

Période probatoire La période probatoire est accomplie lorsque vous comptez un mois d'emploi continu à temps plein. L'assurance prend effet le lendemain de l'expiration de la période probatoire, pour autant que vous soyez effectivement au travail à temps plein ce jour-là. Si vous n'êtes pas

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

Prestations payables

- Les frais d'hospitalisation remboursables en chambre semi-privée au Canada sont couverts à 100 %.
- Les frais remboursables au titre de l'assurance frais d'optique sont couverts à 100 % à concurrence de 400 \$ par année de référence pour les personnes de moins de 18 ans, ou par période de deux années de référence consécutives pour les personnes de 18 ans ou plus. (Voir le paragraphe sur l'assurance frais d'optique pour plus de renseignements.)
- Les frais remboursables au titre de l'assurance prothèses auditives sont couverts à 100 %, à concurrence de 3 000 \$ par période de 3 années de référence consécutives. (Voir le paragraphe sur l'assurance prothèses auditives pour plus de renseignements.)

Nota : Comme les années de référence sont précisées (les renseignements à ce sujet sont donnés plus loin dans la présente brochure), il est recommandé de communiquer avec la Sun Life avant d'engager des frais d'optique ou des frais reliés aux soins de troubles auditifs pour vérifier si vous avez droit au remboursement de ces frais.

Dans le cas des frais remboursables engagés pour ce qui suit, le pourcentage de remboursement est de 85 % :

- soins d'infirmières autorisées exerçant à titre privé hors de l'hôpital, si médicalement nécessaire, sous réserve d'un maximum de 25 000 \$ par personne assurée;
- médicaments sur ordonnance admissibles;
- services médicaux admissibles;
- soins dentaires nécessaires par suite d'un accident;
- services paramédicaux.

Prestations après la cessation de la couverture

Si l'assurance-santé complémentaire prend fin alors que vous êtes atteint d'une invalidité totale, le traitement relié à votre invalidité sera couvert tant que l'invalidité totale demeure, comme si votre assurance au titre du régime demeurait en vigueur pendant 6 mois de plus.

Cette garantie s'applique également en cas de grossesse, pour autant que la grossesse ait commencé avant la cessation de votre emploi au collègue.

**Coordination des prestations
(Couverture au titre de plus d'un contrat)**

Une personne à charge qui est atteinte d'invalidité totale peut aussi bénéficier de ce type de prolongation de la couverture.

Si vous êtes couvert par l'assurance-santé complémentaire du présent régime et d'un autre régime, la Sun Life applique le principe de la coordination des prestations conformément aux normes établies dans l'industrie de l'assurance. Reportez-vous à la partie «Demandes de règlement» de la présente brochure qui indique la marche à suivre.

**Frais d'hospitalisation engagés au Canada
Prestations payables**

Le régime prévoit le remboursement de 100 % des frais engagés pour ce qui suit :

- la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre semi-privée dans le cas d'une hospitalisation dans un hôpital situé dans une province ou un territoire du Canada;
- les services reçus à l'hôpital à titre de bénéficiaire ambulatoire au Canada, à l'exception de tout service expressément exclu au titre de la présente garantie.

Médicaments et vaccins sur ordonnance

À l'occasion, les médecins prescrivent des médicaments pouvant être offerts en vente libre ou des vaccins qui ne nécessitent pas une ordonnance du médecin aux termes de la loi. Le régime ne couvre pas ces médicaments et vaccins, à moins d'indication contraire ci-dessous, dans la liste des frais remboursables. Lorsque vous ferez exécuter votre ordonnance, renseignez-vous auprès de votre pharmacien au sujet de la catégorie de médicaments à laquelle appartient le produit qui vous a été prescrit.

Pour obtenir des précisions ou pour vous renseigner sur la couverture, appelez la Sun Life au 1-800-361-6212 ou au 416-753-4300 (vous devez avoir à portée de la main vos numéros de contrat et de certificat). Vous pouvez également envoyer un courriel à l'adresse questions@sunlife.ca.

Prestations payables

La garantie couvre 85 % du coût des médicaments et des articles suivants qui sont délivrés par un pharmacien sur l'ordonnance du médecin ou du dentiste. Les médicaments couverts au titre de la présente garantie doivent avoir un numéro d'identification du médicament (numéro DIN) pour être admissibles.

- médicaments nécessitant une ordonnance écrite aux termes de la

loi.

- médicaments essentiels à la survie qui pourraient ne pas nécessiter une ordonnance aux termes de la loi.
- médicaments et vitamines injectables.
- préparations composées, pour autant que le principal ingrédient actif soit admissible et qu'il possède un numéro DIN.
- articles pour diabétiques.
- médicaments pour le traitement de la stérilité.
- médicaments pour le traitement de la dysfonction sexuelle.

Limitation au prix du médicament équivalent

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

Les frais engagés pour les articles suivants doivent faire l'objet d'une demande de règlement; ils ne peuvent être réglés au moyen de la carte-médicaments :

- vaccins nécessitant une ordonnance aux termes de la loi; la garantie couvre toutefois les vaccins contre l'hépatite B et la grippe.
- stérilets et diaphragmes.
- articles devenus nécessaires à la suite d'une colostomie.
- injections sclérosantes pour le traitement des varices, si elles sont nécessaires pour des raisons d'ordre médical.

Les prestations versées pour chaque achat d'articles ou de médicaments des catégories ci-dessus se limitent au coût de ceux qu'il est raisonnable d'utiliser pendant une période de 34 jours ou, dans le cas des médicaments d'entretien ci-après, pendant une période de 100 jours, selon l'ordonnance du médecin.

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

- mélanges pour biberon (lait et substituts du lait), minéraux, protéines, vitamines et traitements au collagène.
- frais d'administration de sérums, de vaccins et d'injections;
- traitements de l'obésité, y compris les médicaments, les protéines et les suppléments alimentaires ou diététiques;
- stimulants de la pousse des cheveux;
- auxiliaires antitabagiques;
- médicaments en vente libre, à moins d'indication contraire dans la liste des frais remboursables ci-dessus.
- médicaments utilisés à des fins esthétiques.
- produits de santé naturels, qu'ils aient ou non un numéro de produit naturel (NPN).
- médicaments et traitements administrés dans un hôpital à la personne couverte à titre de malade hospitalisé ou de bénéficiaire ambulatoire, dans une clinique ou un centre de soins financé au moyen de fonds publics, incluant les frais pour tout service ou article ayant trait à l'administration du médicament et du traitement.
- médicaments et articles qui ne sont pas des frais médicaux admissibles en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada).

***Autres professionnels
de la santé autorisés à
prescrire des
médicaments***

La garantie prévoit le remboursement des frais de 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 pertinentes leur permettent de prescrire ces médicaments.

Services médicaux <i>Prestations payables</i>	L'assurance-santé complémentaire couvre 85 % des frais engagés pour les services médicaux ci-dessous (à l'exclusion des pompes à insuline) prescrits par le médecin (les services donnés par un dentiste autorisé n'ont pas à être prescrits par le médecin).
<i>Soins d'infirmières exerçant à titre privé</i>	<p>Une détermination préalable de l'admissibilité est requise pour cette garantie, pour vous et pour la personne à charge. Procurez-vous et envoyez le Questionnaire sur les soins infirmiers à domicile, qui doit être rempli par le médecin traitant. Les frais pour des soins d'infirmières exerçant à titre privé, en dehors de l'hôpital, sont admissibles, si les soins :</p> <ul style="list-style-type: none">■ sont donnés par une infirmière autorisée ou une infirmière auxiliaire autorisée. Le fournisseur de services doit être autorisé à exercer sa profession dans la province de votre domicile et ne doit pas résider normalement avec vous.■ sont médicalement nécessaires et s'ils sont prescrits par le médecin traitant autorisé.■ et ne peuvent être donnés que par une infirmière autorisée ou une infirmière auxiliaire autorisée.■ consistent en des soins infirmiers et ne visent pas la surveillance du malade.
<i>Ambulance</i>	<p>Le RASO couvre les frais de transport local dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est nécessaire pour des raisons d'ordre médical. La quote-part de ces frais qui est à votre charge est actuellement de 45 \$ (sous réserve de modification). L'assurance-santé complémentaire couvre 85 % du montant de cette quote-part.</p> <p>En cas d'urgence (ex. : maladie ou blessure soudaine nécessitant une attention immédiate), le transport aérien par service ambulancier autorisé à destination de l'hôpital approprié le plus proche est couvert dans la province de l'Ontario par le RASO. L'assurance-santé complémentaire couvre ces frais à concurrence de la somme qui serait payable dans le cas du transport local terrestre par service ambulancier.</p>
<i>Soins dentaires consécutifs à un accident</i>	Traitement des dents naturelles endommagées lors d'un accident survenu pendant que vous ou les personnes à votre charge êtes couverts, y compris les frais d'attelles et d'arcs dentaires. Les soins doivent être donnés dans les six mois de l'accident. Les frais couverts

sont limités aux honoraires prévus dans le tarif publié à l'intention des dentistes généralistes par l'association des chirurgiens-dentistes de la province de l'Ontario. Le tarif utilisé est celui qui est en vigueur à la date du traitement.

Nota : Lorsque vous présentez à la Sun Life votre demande de règlement au titre de l'assurance-santé complémentaire, elle doit être accompagnée d'une description détaillée de l'accident ayant causé la blessure.

Fournitures et appareils médicaux

La garantie couvre le coût de la location d'appareils qui sont médicalement nécessaires et qui répondent aux besoins médicaux fondamentaux de la personne. Il est à noter que, s'il est moins coûteux d'acheter un appareil durable que de louer cet appareil, la Sun Life prendra en considération la possibilité de rembourser les frais d'achat de l'appareil.

Si plus d'un appareil répond adéquatement aux besoins médicaux fondamentaux, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil le moins cher. Par exemple, les fauteuils roulants non motorisés sont normalement considérés comme suffisants pour répondre aux besoins médicaux fondamentaux, à moins que l'état de santé de la personne justifie l'utilisation d'un fauteuil roulant motorisé.

- Location d'un poumon d'acier, d'un fauteuil roulant ou d'autres appareils durables pour usage thérapeutique temporaire. Il est à noter que, s'il est moins coûteux d'acheter un appareil durable que de louer cet appareil, la Sun Life prendra en considération la possibilité de rembourser les frais d'achat de l'appareil.
- Plâtres, attelles, bandages herniaires, orthèses et béquilles.
- Prothèses mammaires et soutiens-gorge nécessaires à la suite d'une mastectomie (maximum de 600 \$ par assurée par année civile).
- Yeux ou membres artificiels (sont exclus les appareils myoélectriques), y compris la réparation ou le remplacement d'yeux ou de membres artificiels nécessaires pour des raisons d'ordre médical.
- Oxygène et frais d'administration d'oxygène.
- Perruques nécessaires en raison d'une maladie ou à la suite d'une chimiothérapie.

-
- Bas à varices, y compris les bas à compression régressive, sous réserve d'un maximum global de 4 paires par personne par année civile.
 - 50 % des frais engagés pour l'achat d'une pompe à insuline (maximum de 2 500 \$ par assuré par période de 10 années consécutives).

Nota : Les prestations sont coordonnées avec celles qui sont prévues par le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels géré par le gouvernement provincial. Vous trouverez de plus amples renseignements à ce sujet à la fin de la présente partie.

*Chaussures
orthopédiques*

Chaussures orthopédiques, jusqu'à un maximum de 2 paires par personne âgée de moins de 8 ans, et de une paire par personne âgée de 8 ans ou plus, par année civile.

Pour être admissibles à la couverture, les chaussures (ou les orthèses) doivent être prescrites par un spécialiste qualifié particulier, être médicalement nécessaires pour le traitement d'une affection du pied et être délivrées par un spécialiste des soins des pieds.

- Prescription par :
 - Médecin (M.D.)
 - Podiatre (D.P.M.)
 - Chiropodiste (D.Ch. ou D.Pod.M.)
- Délivrance par :
 - Podiatre (D.P.M.)
 - Chiropodiste (D.Ch. ou D.Pod.M.)
 - Podo-orthésiste (C.Ped (c) ou C.Ped.MC)
 - Orthésiste (C.O. (c) ou CPO (c))

L'achat d'orthèses faites sur mesure, qui peut être moins coûteux, peut être couvert à la place de chaussures orthopédiques, lorsqu'elles sont prescrites par un professionnel, et elles sont assujetties aux mêmes limites et fréquence que les chaussures orthopédiques. Au titre du régime, les chaussures orthopédiques et les orthèses sont assujetties à un maximum global indiqué ci-dessus, c'est-à-dire que, au cours d'une année civile, le régime ne couvre que les frais reliés à des chaussures orthopédiques ou à des orthèses, le régime ne peut couvrir les deux à la fois.

Avant d'engager des frais, il est recommandé que vous obteniez la

confirmation que les frais seront remboursables. Pour ce faire, vous pouvez envoyer directement au Service des règlements de la Sun Life les renseignements que vous a donnés le fournisseur de service.

Services paramédicaux La garantie couvre 85 % des frais engagés pour tous les services admissibles ci-dessous, à concurrence d'un maximum global de 1 500 \$ par personne par année civile, ce qui comprend la différence entre la prestation maximale prévue pour les services de podiatres par le RASO, et les frais effectivement engagés.

Les services paramédicaux doivent être considérés par l'organisme de réglementation des activités de la profession comme entrant dans les limites définies par les règles de la profession. Tout service qui n'est pas considéré comme tel est exclu de la garantie.

Nota : Le fournisseur des services paramédicaux doit être autorisé à exercer sa profession dans la province où les services sont donnés.

Ordonnance du médecin non requise :
Ostéopathe (cette catégorie de spécialistes paramédicaux comprend également les praticiens en ostéopathie)*, chiropraticien*, podiatre*, podologue*, naturopathe*, massothérapeute, orthophoniste, physiothérapeute, audiologiste, ophtalmologiste, optométriste, ergothérapeute, psychologue et acupuncteur autorisés.
*y compris les frais d'un examen radiologique par année civile pour chaque catégorie de praticiens.

Ce qui n'est pas
couvert

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit :

- services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainés par l'État, sous réserve des dispositions énoncées ci-dessous sous la rubrique *Intégration du régime avec les programmes de l'État*;
- services ou fournitures couverts en tout ou en partie par le régime ou programme public d'assurance-maladie de la province du domicile de la personne;
- fournitures ou services hospitaliers qui sont couverts par le régime d'assurance-hospitalisation de la province du domicile de la personne ou qui sont couverts en tout ou en partie par le régime public d'assurance-maladie de la province du domicile de la personne, que vous-même ou les personnes à votre charge soyez ou non inscrits à ces régimes;

- services ou fournitures pour lesquels des prestations sont payables en vertu de toute garantie collective de remboursement des frais médicaux, hospitaliers ou chirurgicaux;
- excédent sur les frais raisonnables habituellement exigés dans la région où les fournitures ou services sont donnés.
- 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 *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada).

Aucune prestation n'est payable relativement 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 le collègue qui offre le présent régime;
- cause ouvrant droit à réparation aux termes de la *Loi de 1997 sur*

Coordination du régime avec les programmes de l'État

la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail, de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels ou d'une loi analogue.

- participation à la perpétration d'un acte criminel.

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

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

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

Assurance frais d'optique

Lorsqu'il s'agit de corriger un trouble visuel, la garantie couvre les lentilles cornéennes, les services de correction de la vision par le laser et les lunettes (lentilles et monture), y compris les frais engagés pour l'ajout d'une teinte ou pour rendre les lentilles sensibles à la lumière, les lunettes de soleil et les lunettes de protection, ainsi que leur remplacement. Les lentilles cornéennes et les lunettes doivent être fournies par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien autorisés, sur l'ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste autorisé.

Les prestations relatives à l'intervention visant à corriger la vision par le laser qui est pratiquée par un ophtalmologiste, peuvent être coordonnées avec celles qui sont prévues par la catégorie des services paramédicaux.

La garantie couvre 100 % de ces frais, à concurrence de 400 \$ par année de référence pour les personnes de moins de 18 ans, l'année de référence commençant le 1^{er} septembre, ou par période de deux années de référence consécutives pour les personnes de 18 ans ou plus, la

période dans ce cas commençant le 1^{er} septembre de chaque année se terminant par un chiffre pair. Le maximum payable est rétabli chaque année dans le cas des personnes de moins de 18 ans, et tous les deux ans dans le cas des personnes de 18 ans ou plus.

Aucune prestation n'est payable pour les lunettes de toutes sortes en vente libre ni pour les examens de la vue.

**Services d'optique
PVS Inc.**

La Sun Life offre également le programme Services d'optique PVS. Vous pourriez réaliser des économies sur les frais d'optique si vous utilisez un fournisseur inscrit à ce programme. Vous pourriez aussi vouloir vous renseigner sur les prix d'autres fournisseurs de votre région. Vous pouvez vous renseigner sur les Services d'optique PVS auprès du gestionnaire des avantages sociaux du collègue.

**Assurance
prothèses auditives**

La garantie couvre les frais engagés pour des appareils auditifs ou des appareils d'aide à l'audition, y compris les frais de réparation et d'entretien de ceux-ci, engagés à l'origine sur l'ordonnance d'un oto-rhino-laryngologiste, d'un médecin ou d'un audiologiste, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par personne pour la période de référence actuellement en cours qui prendra fin le 31 août 2006. Par la suite, la prestation maximale s'élèvera à 3 000 \$ par période de 3 années consécutives.

La garantie couvre également les appareils d'aide à l'audition ci-dessous qui sont prescrits par le médecin :

1. appareils produisant des signaux sonores extra forts, par exemple une sonnerie ou un avertisseur sonore;
2. appareils qui permettent de régler le volume d'un appareil téléphonique plus haut que les niveaux habituels;
3. combiné téléphonique à conduction osseuse;
4. les piles nécessaires à ces appareils ainsi que les réparations aux appareils;
5. téléscripteurs ou appareils similaires pour malentendants qui comprennent un indicateur de sonnerie de téléphone et qui permettent de faire et de recevoir des appels téléphoniques;
6. décodeurs de sous-titrage pour malentendants permettant de regarder des émissions sous-titrées;
7. appareils produisant un signal visuel ou vibratoire, y compris les avertisseurs d'incendie qui produisent une alerte visuelle.

Les frais ci-dessus sont assujettis au maximum de 3 000 \$ par personne pour la période de référence en cours se terminant le 31 août 2006. Par

la suite, la prestation maximale s'élèvera à 3 000 \$ par période de 3 années consécutives.

Les prestations peuvent être coordonnées avec celles qui sont prévues par le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels géré par le gouvernement provincial.

Coordination des prestations

Si vous êtes couvert par l'assurance frais d'optique et l'assurance prothèses auditives du présent régime et d'un autre régime, la Sun Life applique le principe de la coordination des prestations conformément aux normes établies dans l'industrie de l'assurance. Reportez-vous à la partie «Demandes de règlement» de la présente brochure qui indique la marche à suivre.

Coordination du régime avec les régimes publics

Vous trouverez le détail de la couverture qui est actuellement offerte au titre des régimes d'assurance-maladie de la province de l'Ontario en consultant le site Web du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, à l'adresse www.health.gov.on.ca. Nous vous donnons ci-après une brève description de certains des services qui sont intégrés à votre garantie assurance-santé complémentaire.

Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF) : Ce programme géré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario procure une assistance aux résidents de l'Ontario qui sont couverts par le RASO et qui sont frappés d'une incapacité physique de longue durée. Veuillez consulter votre médecin si vous voulez des précisions à ce sujet. Le programme couvre par exemple, les frais de prothèses auditives, les orthèses, les articles nécessaires à la suite d'une colostomie, les prothèses (telles que les prothèses mammaires), les pompes à insuline, etc. Étant donné que des modifications peuvent être apportées de temps à autre à la couverture, nous vous invitons à consulter le site Web du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario pour de plus amples renseignements.

Programme d'oxygénothérapie à domicile (POD) : Le programme paye pour l'oxygène et l'équipement de la livraison d'oxygène tels que les concentrateurs, les systèmes d'oxygène liquide, les masques, la canalisation, etc. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le service de soutien opérationnel du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) : Vous et/ou votre

**Départ de la
province**

conjoint êtes admissible au Programme de médicaments de l'Ontario à compter du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel vous atteignez d'âge de 65 ans.

Si vous vous installez dans une autre province ou dans un autre territoire du Canada, il est important que vous vous inscriviez le plus tôt possible auprès du régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire dans lequel vous vous installez (dans un délai de 90 jours ou selon ce qui est prescrit dans cette province ou ce territoire), de manière à assurer la continuité de la protection que vous procure votre assurance collective. Vous n'êtes pas admissible au présent programme d'assurance collective si vous n'êtes pas couvert par un régime d'assurance-maladie provincial.

Partie 11 - Frais engagés hors de votre province et assurance-santé complémentaire

Frais engagés hors de votre province

La garantie couvre 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, la garantie couvre ce qui suit :

- hospitalisation dans une chambre semi-privée.
- autres services hospitaliers reçus hors du Canada.
- soins reçus à l'hôpital à titre de bénéficiaire ambulatoire.
- 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

La garantie prévoit le règlement des frais qui sont engagés pour les services admissibles reçus en cas d'urgence à 100 %.

La garantie ne couvre 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, nécessaire pour des raisons d'ordre médical, 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), tomодensitométrie) 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 garantie prévoit le règlement de 80 % des frais qui sont engagés pour ces services. Le programme d'assurance-maladie de votre province doit avoir accepté par écrit de verser des prestations relativement à ces services.

Les services donnés à la recommandation du médecin doivent être :

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

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

*Services hors Canada
reçus en cas d'urgence*

Les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services reçus en cas d'urgence sont assujettis à une prestation viagère maximale de 2 000 000 \$ par personne, ou à toute autre prestation viagère maximale applicable si le montant de cette dernière est inférieur.

**Programme Voyage
Assistance**

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

*Description générale de
la garantie*

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. (Pour des renseignements sur Europ Assistance, veuillez vous rendre sur le site Web des Services aux participants de la Financière Sun Life, à l'adresse www.masunlife.ca.)

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

Cette garantie, appelée **Médi-Passeport**, complète la section de l'assurance-santé complémentaire 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 l'assurance-santé complémentaire. 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 l'assurance-santé complémentaire 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 personne qui vous accompagne 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 de votre part à votre domicile, à votre lieu de travail ou à 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.

**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 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 votre 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 :

Contrat n° 50833

Personnel administratif

**Frais engagés hors de votre province et
assurance-santé complémentaire**

- 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.

Partie 12 - Assurance dentaire

Description générale de la garantie

Prestations payables

- 100 % des frais remboursables – soins dentaires de prévention;
- 100 % des frais remboursables – services de restauration et de chirurgie dentaire;
- 100 % des frais remboursables – services de prothèse;
- 50 % des frais remboursables – incrustations en profondeur, incrustations de surface, couronnes et leur réparation, réparation de ponts, confection et mise en place de ponts;
- 50 % des frais remboursables – soins orthodontiques.

Prestations maximales

	Pourcentage de remboursement	Prestations maximales
Catégories A, B et C Frais remboursables : Soins de base, prothèses amovibles comprises	100 %	2 500 \$ Catégories A, B et C réunies (par année civile)
Catégorie E Frais remboursables : Couronnes et ponts	50 %	2 500 \$ (par année civile)
Catégorie D Frais remboursables : Soins orthodontiques	50 %	2 500 \$ (maximum viager)

Frais couverts

Nous couvrons les frais remboursables engagés, quel que soit l'endroit où les soins sont reçus, à concurrence du montant des honoraires indiqués en regard de ces soins dans le tarif des dentistes généralistes de l'association des chirurgiens-dentistes de l'Ontario qui était en vigueur un an avant la date d'engagement des frais remboursables.

Soins dentaires temporaires

Les soins dentaires temporaires sont considérés comme faisant partie intégrante du traitement définitif donné pour corriger le problème, et non comme des soins distincts.

Soins dentaires de prévention
(Catégorie A – 100 %)

L'assurance dentaire couvre les soins destinés à la prévention de problèmes dentaires, c'est-à-dire les soins que le dentiste donne régulièrement pour maintenir les dents en bonne santé.

Examens buccaux

- Un examen initial par période de 24 mois consécutifs.
- Un examen de rappel par période de 5 mois consécutifs; limite de 2 examens par année civile.
- Examens d'urgence ou examens particuliers.
- Services périodiques de prévention groupés.

Radiographies

- Une panographie ou série complète de radiographies par période de 24 mois consécutifs.
- Un ensemble de radiographies interproximales par période de 5 mois consécutifs; limite de 2 ensembles par année civile.
- Radiographies prises pour établir un diagnostic ou pour vérifier l'efficacité d'un traitement particulier.

Autres services

- Consultations nécessaires d'un autre dentiste à d'autres fins que des services orthodontiques.
- Entretiens du dentiste avec le patient à d'autres fins que des services orthodontiques.
- Obturations - amalgame, silicate, résine acrylique ou composite ou un matériau équivalent.
- Un polissage (nettoyage) et une application topique de fluorure par période de 5 mois consécutifs; limite de 2 polissages et applications topiques de fluorure par année civile.
- Appareil devant être porté dans l'exercice d'un sport (protège-dents).
- Détartrage.
- Autres services de prévention.
- Examens de diagnostic et examens de laboratoire, à l'exclusion des radiographies, modèles d'étude ou dossiers comparables produits en vue de soins orthodontiques.
- Mainteneurs d'espace pour dents primitives manquantes.

**Restauration et
chirurgie dentaire**
(Catégorie B – 100 %)

L'assurance dentaire couvre les soins ci-dessous donnés pour le traitement des problèmes dentaires de base.

Consultations nécessaires entre votre dentiste et un autre dentiste.

Tenons dentinaires.

Couronnes complètes préfabriquées.

Caries et traumatismes, et contrôle de la douleur.

Visites professionnelles.

Extraction de dents

- Extraction de dents.

Endodontie

- Traitements radiculaires et obturation des canaux, et traitement des maladies de la pulpe.

Parodontie

- Traitement des maladies des gencives et des autres éléments de soutien.

Chirurgie buccale

- Traitement chirurgical comprenant l'anesthésie, à l'exception des implants, des transplants et de la modification des rapports entre maxillaires.
- Injections thérapeutiques : administration de médicaments par injection intraveineuse ou intramusculaire.
- Services généraux complémentaires.

Services de prothèse
(Catégorie C – 100 %)

L'assurance dentaire couvre les prothèses amovibles ci-dessous destinées à corriger des problèmes dentaires :

- Une prothèse amovible complète (supérieure et/ou inférieure) par maxillaire par période de 3 années consécutives.
- Une prothèse amovible partielle par période de 3 années consécutives.
- Ajustement de prothèses amovibles.
- Réparation de prothèses amovibles.
- Rebasage ou regarnissage de prothèses amovibles complètes ou

partielles.

- Frais de laboratoire commercial habituellement exigés qui sont associés aux frais dentaires ci-dessus.

Couronnes et ponts
(Catégorie E – 50 %)

L'assurance dentaire couvre les prothèses dentaires permanentes qui servent à résoudre des problèmes dentaires, notamment :

- les ponts.
- les réparations de ponts.
- les incrustations en profondeur.
- les incrustations de surface.
- les tenons sur des incrustations en profondeur et de surface, et sur des couronnes.
- l'installation de pivots.
- les couronnes et les réparations de couronnes.

[Dispositions particulières en ce qui a trait aux implants : **Les implants et les interventions chirurgicales qui s'y rapportent ne sont pas couverts** par le régime. Toutefois, si une demande de règlement portant sur un implant est présentée, le régime peut couvrir les frais engagés jusqu'à concurrence des frais qui sont prévus pour le type de service applicable aux termes de la clause relative à la méthode de traitement équivalente.

La Sun Life remboursera les frais en tenant compte de la méthode de traitement équivalente la moins coûteuse suivante :

- Si une couronne représente la «méthode de traitement équivalente la moins coûteuse», la Sun Life remboursera les frais engagés correspondant aux frais admissibles pour une couronne ordinaire.
- Si une prothèse amovible représente la «méthode de traitement équivalente la moins coûteuse», la Sun Life remboursera les frais engagés correspondant aux frais admissibles pour une prothèse amovible, complète ou partielle.
- Si un pont représente la «méthode de traitement équivalente la moins coûteuse», la Sun Life remboursera les frais engagés correspondant aux frais admissibles pour un pont.

Pour de plus amples renseignements sur la clause relative à la méthode de traitement équivalente, reportez-vous à la partie «**Ce qui n'est pas couvert**». La détermination préalable des prestations permettra de déterminer la portion des frais qui sera remboursée, le cas échéant.

Prothèses et ponts de remplacement

Confection et mise en place de ponts ou de prothèses amovibles standard - une fois tous les 3 ans. Les frais engagés pour des ponts ou prothèses amovibles standard de remplacement moins de 3 ans après la confection ou la mise en place précédente ne sont remboursables qu'aux conditions suivantes :

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

**Soins
orthodontiques
(Catégorie D – 50 %)**

L'assurance dentaire couvre les services donnés pour traiter les malpositions des dents, sous réserve d'une prestation viagère maximale de 2 500 \$ par personne, pour ce qui suit :

Frais d'examen d'orthodontie, notamment les services de diagnostic et les appareils fixes ou amovibles comme les arcs dentaires.

Les soins orthodontiques couverts sont les suivants :

- services de diagnostic – moulage orthodontique;
- observations et ajustements;
- réparations;
- modifications;
- recimentations;
- séparation;

- appareils orthodontiques fixes – bilatéraux/unilatéraux ou amovibles;
- appareils servant à la suppression de mauvaises habitudes buccales;
- thérapie myofonctionnelle;
- appareils de contention.

**Détermination
préalable des
prestations
*Recommandée pour les
frais susceptibles de
dépasser 300 \$***

Nous vous recommandons fortement d'envoyer à la Sun Life, avant d'entreprendre le traitement, un formulaire de détermination préalable des prestations indiquant le traitement prévu et son coût approximatif dans le cas de soins majeurs, pour que vous et le dentiste puissiez savoir quels sont les frais couverts par la garantie.

Comment procéder?

Vous pouvez demander à votre dentiste de transmettre les renseignements pertinents à la Sun Life par courrier électronique ou, au besoin :

- procurez-vous un formulaire de demande de règlement auprès du service des ressources humaines de votre collègue;
- demandez au dentiste de remplir les parties pertinentes du formulaire;
- remplissez vous-même les parties nécessaires du formulaire, que vous devez ensuite signer et envoyer à la Sun Life.

La Sun Life vous informera du montant des prestations payables, en tenant compte des méthodes de traitement équivalentes admises dans la pratique de la médecine dentaire, et de la part des frais à votre charge, avant que le traitement ne soit entrepris.

Frais de laboratoire

- Certains soins s'accompagnent de frais de laboratoire et, le cas échéant, les frais de laboratoire raisonnables et de pratique courante seront remboursés sous réserve des mêmes maximums globaux. Veuillez noter que bien que la détermination préalable ne prenne pas en considération les frais de laboratoire, ceux-ci seront remboursés avec la demande de règlement.

Le seul cas où des prestations peuvent être versées relativement à des frais non remboursables, c'est lorsque le dentiste indique par écrit que le traitement proposé est à la fois plus approprié pour vous et moins coûteux que le traitement qui aurait été couvert par la garantie.

Coordination des prestations

Si vous êtes couvert par l'assurance dentaire du présent régime et d'un autre régime, la Sun Life applique le principe de la coordination des prestations conformément aux normes établies dans l'industrie de l'assurance. Ces normes déterminent à qui vous devez envoyer votre demande de règlement en premier lieu. Reportez-vous à la partie «Demandes de règlement» de la présente brochure qui indique la marche à suivre.

Ce qui n'est pas couvert

La garantie ne couvre pas ce qui suit :

- fournitures ou services couverts, en tout ou en partie, par un régime de l'État, à l'exception des frais d'utilisateurs et des honoraires supplémentaires si la loi autorise la couverture de ces frais par un régime privé;
- fournitures ou services auxquels on n'a pas habituellement recours pour le traitement d'un problème dentaire, y compris les traitements expérimentaux;
- excédent sur les frais raisonnables de pratique courante normalement exigés pour les fournitures et services courants les moins coûteux, dont la qualité est également reconnue en médecine dentaire;
- frais de soins dentaires donnés à des fins principalement esthétiques;
- frais de remplacement d'appareils perdus, égarés ou volés;
- frais de rendez-vous non respectés;
- frais pour remplir les demandes de règlement;
- frais de fournitures ou de services normalement utilisés ou donnés à la maison.

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;
- perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel par l'assuré;
- cause ouvrant droit à réparation aux termes de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*, de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* ou d'une loi analogue.

Prestations après la cessation de la couverture

Si votre couverture prend fin, le traitement des dents naturelles endommagées dans un accident demeure couvert, pourvu que les conditions suivantes soient remplies :

- l'accident doit être survenu en cours de couverture;
- et les soins doivent être donnés dans les 6 mois de l'accident.

Frais engagés à l'extérieur de la province ou du Canada

Les frais engagés pour des soins dentaires d'urgence hors du Canada sont considérés comme remboursables jusqu'à concurrence du montant qui correspond aux honoraires raisonnables de pratique courante normalement exigés dans la région où les soins sont donnés, pour autant que des prestations soient payables pour ce genre de soins donnés en Ontario.

Les frais engagés hors du Canada pour des soins dentaires autres que des soins d'urgence sont considérés comme remboursables jusqu'à concurrence du montant qui correspond aux honoraires raisonnables de pratique courante normalement exigés dans la région où les soins sont donnés. Toutefois, les prestations versées ne peuvent être supérieures à celles qui auraient été payées si le traitement avait été donné en Ontario.

Partie 13 - Régime d'invalidité de courte durée (ICD)

Description générale du régime	<p>Les collègues assument l'entière responsabilité de la présente garantie sur le plan légal, financier et administratif. Les questions ou les demandes de renseignements relatives à la garantie doivent être adressées au gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue.</p> <p>Le régime d'invalidité de courte durée (ICD) n'est pas un régime d'assurance. Il s'agit plutôt de prestations que le collègue vous verse directement.</p>
Adhésion	À compter du 1 ^{er} juillet 1991, tous les employés à temps plein sont couverts par ce régime.
Financement du régime	Le régime est financé intégralement par le collègue.
Période probatoire	Les nouveaux employés couverts par ce régime auront droit aux prestations d'invalidité de courte durée dès la fin du premier jour de travail effectif au collègue et la protection annuelle sera alors inscrite à leur crédit.
Année d'effet du régime	L'année d'effet du régime s'étend du 1 ^{er} juillet de chaque année et se termine le 30 juin de l'année suivante. La protection annuelle intégrale sera inscrite au crédit de tous les employés admissibles se trouvant en service actif auprès du collègue, en vacances ou en congé autorisé sans perte de salaire (à l'exception du congé de maladie prévu par ce régime) le 1 ^{er} juillet de chaque année.
Prestations en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou d'une autre assurance	Si vous touchez des prestations en vertu de la <i>Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail</i> ou de toute autre assurance invalidité de courte durée, vos prestations ICD s'ajouteront aux sommes payables au titre de la <i>Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail</i> ou de toute autre assurance, à concurrence de la somme normalement payable au titre du présent régime.

Aucun cumul aux fins d'indemnités ou d'avantages au départ à la retraite ou à la cessation d'emploi

Rien dans ce régime ne doit être interprété comme signifiant que la protection accordée peut être utilisée ou accumulée en vue d'un paiement ou d'un avantage quelconque au moment du départ du collègue, quelle qu'en soit la raison.

- (a) Si un employé couvert par ce régime est absent en raison d'une maladie ou d'un accident, il recevra la totalité de son salaire jusqu'à concurrence de cent trente (130) jours de travail au cours de l'année d'effet du régime. Sauf dans le cas décrit en c), aucune journée de maladie non utilisée à la fin de l'année d'effet du régime ne pourra être reportée à une année du régime subséquente.
- (b) Au commencement de chaque année d'effet du régime, la protection décrite en a) sera réinscrite au crédit de chaque employé couvert par ce régime et en service actif auprès du collègue, pourvu que l'employé ne soit pas absent de nouveau pour une raison identique ou connexe à celle pour laquelle il a reçu des prestations au cours de l'année de régime précédente.
- (c) Si un employé couvert par ce régime n'est pas en service actif le premier jour de travail d'une année d'effet du régime, tout reliquat de la protection décrite en a) ci-dessus restera au crédit de l'employé et pourra être utilisé pour l'absence en cours, si elle est due à une maladie ou à un accident.
- (d) Lorsqu'un employé décrit en c) ci-dessus reprend son travail, la protection annuelle décrite en a) ci-dessus lui sera de nouveau accordée après vingt (20) jours consécutifs de travail effectif. Toutefois, si l'employé est absent en raison de la même maladie ou invalidité, il ne recevra que le reste des prestations auxquelles il avait droit pendant l'année de régime précédente.
- (e) Lorsqu'un employé couvert par ce régime est absent en raison d'une maladie ou d'un accident, les journées d'absence seront déduites de son crédit annuel jour pour jour.
- (f) Aux fins de la protection décrite ci-dessus, l'expression «en service actif auprès du collègue» inclut les absences dues à des vacances ou à des congés rémunérés, mais ne comprend pas les absences en vertu du présent régime ou du régime d'assurance-invalidité de longue durée.

- (g) Au cours des absences dues à une maladie ou à un accident et couvertes par ce régime, tous les avantages assurés seront maintenus et les absences admissibles en vertu de ce régime ne modifieront aucunement les dispositions de partage des primes.

Crédits bloqués en vertu de l'ancien régime de congés de maladie cumulatifs

Qu'arrivera-t-il aux crédits de congés de maladie que j'ai accumulés si je quitte le collège?

Crédits acquis au titre de l'ancien régime de congés de maladie cumulatifs.

Tout reliquat de crédits accumulés par les membres du personnel administratif engagés par le collège pour y travailler à temps plein avant le 1^{er} juillet 1974 en vertu de l'ancien régime de congés de maladie cumulatifs et bloqués à partir du 30 juin 1974 seront payés à l'employé de l'une des façons suivantes :

- Sous forme de paiement effectué au moment de l'expiration des avantages prévus au titre du régime d'invalidité courte durée, si l'employé choisit cette formule, jusqu'à épuisement des crédits bloqués ou jusqu'au retour de l'employé au travail. Il est important de noter que les avantages prévus dans le régime d'invalidité de longue durée ne peuvent pas commencer avant l'épuisement du reliquat des crédits bloqués de l'employé en question.
- Au moment de la cessation d'emploi ou à la fin du délai de carence prévu par le régime d'invalidité de longue durée, tout employé ayant des droits acquis aura droit à un paiement comptant ou une indemnité dont le montant sera calculé selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Nombre de jours de crédits}}{2} \times \frac{1}{261} \times \text{Salaire}$$

La gratification versée ne peut dépasser 50 % du salaire annuel.

La période d'admissibilité aux droits acquis en vertu de ce régime est de dix années de services accomplies auprès d'un même collègue.

Partie 14 - Régime d'invalidité de longue durée (ILD)

Description générale de la garantie

À titre de membre du personnel administratif à temps plein, vous bénéficiez d'un régime d'invalidité de longue durée qui prévoit le versement de 66 2/3 % de votre salaire de base mensuel, **sous réserve d'une prestation maximale de 25 000\$** si vous êtes frappé d'invalidité totale.

Les prestations mensuelles d'invalidité de longue durée vous seront versées si vous y êtes admissible après l'expiration de la période de 130 jours ouvrables commençant à la date à laquelle vous avez été frappé d'invalidité ou après l'épuisement de tous vos crédits bloqués en vertu de l'ancien régime de congés de maladie cumulatifs (si vos services pour le compte du collègue ont débuté avant 1974), compte tenu du délai de carence établi aux termes du régime et moyennant présentation à la Sun Life d'une attestation établissant à sa satisfaction :

- que vous avez été frappé d'invalidité totale en cours de couverture,
- et que vous êtes suivi par un médecin pour cette invalidité.

Les prestations d'invalidité de longue durée continueront à vous être versées tant que vous serez frappé d'«invalidité totale» au sens où on l'entend dans le contrat collectif.

Qu'entend-on par «invalidité totale» ?

Vous êtes considéré comme totalement invalide au titre du régime d'invalidité de longue durée :

- durant le délai de carence et pendant une période subséquente d'au plus 36 mois, si vous êtes continuellement empêché par la maladie, une blessure ou une affection d'accomplir quelque tâche que ce soit de votre travail habituel,
- et, par la suite, soit après que les prestations vous ont été versées pendant 36 mois, si vous êtes continuellement dans l'incapacité totale d'exercer quelque activité rémunérée ou lucrative qui convienne raisonnablement à votre éducation, formation ou expérience.

Nous vous encourageons à participer à des activités de réadaptation s'inscrivant dans un programme de réadaptation approuvé; la

participation à ce genre de programme n'entraîne pas la cessation des prestations d'invalidité de longue durée.

Prestations d'ILD et impôts

Puisque le collègue paie 66 2/3 % de la prime de ce régime, les prestations que vous touchez sont imposables.

Comment les prestations sont-elles calculées?

Les prestations qui vous sont versées sont égales à 66 2/3 % de votre salaire de base mensuel, cette somme étant diminuée des revenus de toute autre source. Toute référence à des revenus faite dans la présente garantie se rapporte au montant brut, avant déductions.

Salaire de base mensuel

Le salaire de base mensuel est le salaire que vous touchez au début du délai de carence.

Impôt sur le revenu

Les prestations payables par la Sun Life constituent un revenu imposable.

Revenus d'autres sources

Les revenus d'autres sources ci-dessous sont déduits de vos prestations d'invalidité de longue durée :

- Somme payable à l'employé par tout employeur pour des services accomplis avant le début du délai de carence.
- Prestations prévues par une autre assurance collective ou par un régime conventionnel.
- Prestations prévues pour l'employé par tout régime de retraite de l'employeur.
- Prestations prévues pour l'employé par tout régime établi ou parrainé par l'État, par exemple le Régime de rentes du Québec, le Régime de pensions du Canada et par la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* ou par toute autre loi similaire, 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 pour l'employé au titre de toute législation, pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure de l'employé.

Veillez noter ce qui suit :

Vous êtes tenu de demander toutes les sommes ci-dessus auxquelles vous avez droit.

Il vous incombe de faire en sorte de recevoir toutes les prestations

auxquelles vous avez droit et de vérifier si vos prestations ont fait l'objet des déductions appropriées.

Les revenus ci-dessous ne sont pas compris dans les «revenus d'autres sources» :

- prestations d'assurance-emploi;
- prestations payables en vertu de tout contrat individuel d'assurance vie ou invalidité.

Participants du Régime de retraite des Collèges d'arts appliqués et de technologie de l'Ontario (CAAT)

Les participants du Régime de retraite des Collèges d'arts appliqués et de technologie de l'Ontario auraient intérêt à communiquer directement avec les responsables du Régime de retraite des CAAT ainsi qu'avec le gestionnaire des avantages sociaux de leur collègue pour discuter des incidences de l'invalidité sur le régime de retraite du collègue.

Délai de carence

Le versement des prestations d'invalidité de longue durée commence après l'expiration du délai de carence. Le délai de carence commence au début de votre invalidité totale et se termine à la date suivante qui survient en dernier :

- fin d'une période de 130 jours ouvrables d'absence pour cause de maladie (y compris les jours fériés et les congés offerts par le collègue) comprise dans les 12 derniers mois,
- ou épuisement des congés bloqués en vertu de l'ancien régime de congés de maladie cumulatifs, si vous en avez.

Cessation de la couverture

Votre couverture prend fin à l'occasion suivante qui survient en premier :

- fin du mois au cours duquel vous cessez d'être employé;
- vous atteignez l'âge de 64 ans et 6 mois;
- la date de votre départ à la retraite;
- la période couverte par la dernière prime payée en votre nom prend fin;
- le contrat collectif est résilié.
- vous décédez.

Comment les prestations sont-elles versées?

Les prestations d'invalidité de longue durée sont versées d'avance. Les premières prestations sont donc versées le lendemain de l'expiration du délai de carence tel qu'indiqué sur le formulaire de demande présenté par le collègue à la Sun Life. Les prestations sont par la suite versées le premier jour de chaque mois pendant lequel vous continuez à avoir droit à des prestations aux termes du contrat collectif.

Vous pouvez choisir de recevoir vos prestations par chèque ou par transfert électronique des fonds à votre compte bancaire.

Pour toucher les prestations auxquelles vous avez effectivement droit, vous devez informer immédiatement le gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue :

- de tout changement qui se produit dans votre état de santé;
- et de tout autre revenu que vous commencez à toucher (ex. : rente d'invalidité du Régime de pensions du Canada, salaire résultant de votre retour au travail à temps plein ou à temps partiel).

Dès que vous reprenez le travail, le gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue doit en informer immédiatement la Sun Life.

**Attestation
d'invalidité**

Une fois que votre demande de prestations est acceptée, la Sun Life peut exiger à l'occasion que vous lui présentiez une attestation que votre invalidité totale subsiste, selon les attestations médicales que votre médecin aura déjà présentées. Elle vous fera parvenir les documents pertinents au moment voulu. Les renseignements demandés permettront à la Sun Life de déterminer si vous avez droit aux prestations d'invalidité de longue durée. Veuillez donc recueillir ces renseignements et les faire parvenir à la Sun Life dans les plus brefs délais (normalement dans un délai de 90 jours) afin d'éviter toute interruption et tout retard dans le versement de vos prestations.

Si la Sun Life estime que vous n'êtes plus totalement invalide au sens où on l'entend dans le contrat, elle en informe le gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue, qui a la responsabilité de vous en informer.

**Examen par un
médecin
indépendant**

Toute demande de prestations d'invalidité de longue durée doit être accompagnée de renseignements médicaux. Si la Sun Life estime que les renseignements médicaux que vous avez fournis ne sont pas suffisants pour lui permettre de décider s'il y a matière à règlement, elle peut prendre des dispositions pour que vous subissiez, à ses frais, un examen fait par un médecin indépendant.

Il est de la plus haute importance que vous acceptiez de voir un médecin indépendant lorsque la Sun Life le demande, car si les renseignements médicaux que la Sun Life possède à votre sujet ne suffisent pas à établir votre droit aux prestations, la Sun Life refusera la demande et elle ne vous versera pas de prestations.

Un examen par un médecin indépendant peut aussi être exigé pour établir que l'invalidité totale subsiste.

Retour au travail

Une fois que vous êtes rétabli et capable de retourner au travail à temps plein, vous cessez de recevoir des prestations d'invalidité de longue durée à la date à laquelle vous retournez au travail. Le collègue est tenu, en vertu du *Code des droits de la personne*, de prévoir des mesures d'«accommodement raisonnable» pour ses employés frappés d'invalidité. Il peut s'agir de modifier les tâches à accomplir ou le poste de travail de l'employé.

S'il y a une possibilité de réadaptation, le gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue ou un conseiller de la Sun Life communiquera avec vous. Cependant, vous pouvez de votre propre chef demander à participer à un programme de réadaptation en communiquant avec le gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue ou avec le conseiller de la Sun Life qui s'occupe de votre dossier.

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 ne 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 130 jours, pour autant que votre couverture ait été maintenue.

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

Programme de réadaptation

Si vous êtes incapable de retourner au travail à temps plein, nous vous encourageons à participer à un programme de retour au travail progressif selon lequel vous pourriez retourner au travail à temps partiel pendant un certain temps avant d'y retourner à temps plein. Pendant cette période, vous pourriez avoir droit à une rente de réadaptation au titre du régime d'invalidité de longue durée, pour autant que votre programme de réadaptation ait été approuvé par la Sun Life par écrit.

Si'il est possible que la participation à un programme de réadaptation vous permette de retourner au travail, vous, votre médecin, le collègue ou la Sun Life pouvez entamer la démarche.

La réadaptation est avant tout un travail d'équipe. Pour que le programme réussisse, il faut que chacun des intervenants y participe, notamment le collègue, le représentant de l'APACO de votre collègue, votre médecin traitant, la Sun Life et vous-même.

Rente de réadaptation

Vous avez droit à une rente égale à 50 % de la rémunération que vous touchez dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par la Sun Life.

Si votre revenu total au cours d'un mois donné est supérieur à 100 % du salaire de base que vous touchiez avant votre invalidité, les prestations d'invalidité de longue durée sont réduites de l'excédent.

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 frappé d'invalidité totale en raison des mêmes causes ou de causes connexes, vous n'avez pas à attendre l'expiration d'un nouveau délai de carence pour que des prestations vous soient versées, à moins que vous ne soyez de retour au travail à temps plein depuis au moins 6 mois. Les prestations d'invalidité de longue durée sont payables à compter du premier jour de la nouvelle période d'invalidité et le montant des prestations est égal à la somme qui vous était versée pendant la période d'invalidité totale précédente.

Si vous souffrez d'une affection ou d'une maladie chronique et que

vous fassiez une rechute après être retourné au travail à temps plein pendant au moins 6 mois, la Sun Life peut, à sa discrétion, considérer la nouvelle période d'invalidité totale comme le prolongement de la précédente et vous verser des prestations d'un montant égal à la somme qu'elle vous versait pendant la période d'invalidité totale précédente, sans qu'un nouveau délai de carence s'applique. Lorsqu'elle évalue les demandes de ce genre, la Sun Life se base sur la situation particulière en cause, mais, dans tous les cas, le contrat collectif doit être en vigueur au moment où la demande est présentée. Les prestations sont déterminées d'après la couverture qui s'appliquait au début de la première période d'invalidité totale.

Comment l'assurance-santé complémentaire et l'assurance dentaire seront-elles touchées?

Votre couverture au titre de l'assurance-santé complémentaire (comprenant l'assurance frais d'optique et l'assurance prothèses auditives) et de l'assurance dentaire est maintenue pendant que vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée, pour autant que votre couverture soit en vigueur à la date à laquelle vous commencez à toucher des prestations d'invalidité de longue durée. Vous devez cependant prendre les dispositions nécessaires à cette fin auprès du gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue et prendre à votre charge la totalité de la prime.

Le collègue paie la totalité de la prime de l'assurance-santé complémentaire et de l'assurance dentaire pour votre compte pendant une période de deux ans commençant à la date à laquelle vous commencez à toucher des prestations d'invalidité de longue durée. Si vous souhaitez maintenir votre couverture au titre de ces garanties au-delà de cette période de deux ans, vous devrez payer la totalité (100 %) de la prime au collègue à l'avance, trimestriellement. Les dispositions quant au paiement de la prime de l'assurance-santé complémentaire et de l'assurance dentaire doivent être prises avec le gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue.

Comment mon assurance-vie sera-t-elle touchée?

Votre couverture au titre de l'assurance-vie est maintenue pendant que vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée, sans que vous ayez à payer la prime.

Exonération des primes du régime ILD

Aucune prime n'est payable relativement au régime d'invalidité de longue durée pour la période pendant laquelle vous recevez les prestations mensuelles prévues par cette garantie.

- Vos responsabilités** Pendant toute période d'invalidité totale, vous devez faire des efforts raisonnables pour :
- tenir régulièrement le collègue et la Sun Life au courant de l'état de votre invalidité;
 - vous remettre de votre invalidité, par exemple suivre tout traitement raisonnable ou tout programme de réadaptation qui vous est proposé et accepter toute offre raisonnable, que le collègue peut vous faire, de modifier vos tâches;
 - reprendre votre travail habituel pendant les 36 premiers mois de la période d'indemnisation;
 - recevoir la formation qui vous permettra d'exercer un autre travail au cas où vous serez dans l'incapacité de reprendre l'exercice de votre travail habituel dans les 36 premiers mois de la période d'indemnisation;
 - trouver du travail dans une autre profession après les 36 premiers mois de la période d'indemnisation;
 - obtenir toutes les autres prestations auxquelles vous pouvez avoir droit.
- Fin de l'indemnisation** Le versement des prestations d'invalidité de longue durée prend fin à l'occasion suivante qui survient en premier :
- vous cessez d'être frappé d'«invalidité totale» au sens où on l'entend dans le contrat;
 - fin du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans;
 - fin du mois au cours duquel vous prenez votre retraite;
 - fin du mois au cours duquel vous décédez.
- Cas où les prestations ne sont pas payables** Aux termes du contrat collectif, aucune prestation d'invalidité de longue durée n'est payable par la Sun Life pour une invalidité totale attribuable à l'une des causes ci-dessous :
- participation à une émeute, à une insurrection ou à un mouvement populaire;
 - guerre déclarée ou non, ou service actif dans les forces armées de quelque pays que ce soit en temps de guerre;
 - blessures intentionnellement provoquées par l'employé, notamment à l'occasion de la manipulation d'une arme à feu, que l'employé soit sain d'esprit ou non;
 - perpétration ou tentative de perpétration par l'employé d'un acte criminel.

Situations où les prestations cessent d'être versées

Aucune prestation n'est versée pour toute période :

- pendant laquelle vous n'êtes pas suivi par un médecin;
- postérieure à la date à laquelle vous atteignez l'âge auquel l'assurance doit prendre fin;
- postérieure à l'expiration de la période maximale d'indemnisation;
- pendant laquelle vous exercez une activité rémunérée ou lucrative (qui ne s'inscrit pas dans un programme de réadaptation), à moins que la Sun Life n'accepte de le faire;
- pendant laquelle vous refusez de participer à un programme de réadaptation qui a été approuvé par votre médecin traitant, par votre collègue et par la Sun Life.
- d'absence autorisée 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.
- de plus de 4 semaines durant laquelle vous êtes à l'extérieur 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.
- durant laquelle vous purgez une peine de prison ou êtes incarcéré dans un établissement analogue.

Réclamation à un tiers

La présente clause s'applique à chaque employé qui présente une demande de prestations d'invalidité de longue durée en vertu du présent contrat collectif. Cependant, les demandes seront toutes examinées individuellement.

Recours contre les tiers responsables

Lorsque vous avez le droit de faire une réclamation en justice contre un tiers en vue d'obtenir réparation pour la perte du salaire qui vous aurait été versé pendant la période de votre invalidité, des prestations d'invalidité de longue durée vous sont payables conformément aux conditions énoncées dans le contrat collectif.

Cependant, avant que des prestations puissent vous être versées, vous devez remplir un formulaire attestant que vous vous engagez à rembourser à la Sun Life les prestations d'invalidité qui vous auront été versées en vertu du contrat. La somme que vous devez rembourser ne peut dépasser le montant des prestations versées par la Sun Life.

Vous devez verser à la Sun Life une somme égale à 75 % de

l'indemnité nette obtenue du tiers, ou égale au montant total des prestations d'invalidité qui vous auront été payées conformément au présent régime, si ce dernier montant est moins élevé. L'indemnité nette est diminuée du montant de vos frais juridiques. Une somme égale à 75 % de l'indemnité nette doit être détenue en fidéicommiss pour la Sun Life.

Partie 15 - Assurance-vie

Description générale de la garantie

L'assurance-vie du personnel est une assurance temporaire qui vous couvre 24 heures sur 24 tant que vous demeurez au service du collègue et que vous satisfaites aux conditions d'admission à l'assurance énoncées dans le contrat collectif. Les trois paliers de couverture offerts sont décrits ci-dessous.

Garantie obligatoire (palier I)

Assurance-vie de base

Le capital de l'assurance-vie de base est égal aux deux tiers de votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$ (s'il n'est pas déjà un multiple de 1 000 \$). Le capital maximal est de 500 000 \$.

Garantie facultative (palier II)

Assurance-vie complémentaire

Vous pouvez souscrire un capital complémentaire égal à une, deux ou trois fois votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$ (s'il n'est pas déjà un multiple de 1 000 \$). Le capital maximal est de 1 000 000 \$.

Garantie facultative (palier III)

Assurance-vie complémentaire avec prime intégralement payée par l'employé

Pour autant que vous ayez souscrit le maximum de trois fois votre salaire de base annuel au titre de l'assurance-vie complémentaire, vous pouvez souscrire un capital additionnel égal à un multiple de 10 000 \$ et pouvant atteindre un maximum de 100 000 \$ au titre de l'assurance-vie complémentaire avec prime intégralement payée par l'employé.

L'assurance-vie de base, l'assurance-vie complémentaire et l'assurance-vie complémentaire avec prime intégralement payée par l'employé ne sont assujetties à aucune exclusion.

Garantie en cas d'invalidité totale

Si vous êtes frappé d'invalidité totale en cours de couverture et avant la cessation de votre emploi, l'âge de 65 ans ou votre départ à la retraite selon l'événement qui survient en premier, votre assurance-vie de base est automatiquement maintenue en vigueur.

Vous pouvez demander que le capital de votre assurance soit réglé au bénéficiaire que vous avez désigné ou à vos ayants droit. Si vous décédez en cours de couverture, le capital de votre assurance est réglé

au dernier bénéficiaire que vous avez désigné légalement et qui est inscrit dans les dossiers du gestionnaire des avantages sociaux du collège. À défaut de désignation de bénéficiaire, le capital de l'assurance est versé à vos ayants droit.

La désignation de bénéficiaire peut être modifiée en tout temps, sauf si la loi l'interdit. Les lois de la province de l'Ontario et de la province de Québec diffèrent à ce sujet.

Décès et mutilation accidentels

Description générale de la garantie (obligatoire)

L'assurance Décès et mutilation accidentels (D et MA) prévoit le versement d'un capital si, par suite d'un accident survenu en cours de couverture, vous décédez ou subissez l'une des pertes indiquées dans le *Tableau des prestations*. Le capital versé en cas de décès aux termes de la présente garantie s'ajoute au capital de l'assurance-vie de base.

Accident

Un accident est une blessure corporelle causée directement par l'action violente, soudaine et imprévue d'une cause extérieure.

Votre assurance Décès et mutilation accidentels

Le capital de l'assurance-vie de base est égal aux deux tiers de votre salaire de base annuel, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$ (s'il n'est pas déjà un multiple de 1 000 \$). Le capital maximal est de 500 000 \$.

Le capital est réglé intégralement en cas de décès accidentel. En cas de mutilation accidentelle, la somme payable est égale à un pourcentage du capital. Le pourcentage diffère selon la nature du dommage, comme l'indique le *Tableau des prestations* ci-après.

Prestations

La Sun Life verse des prestations si vous :

- décédez accidentellement par noyade;
- disparaîsez 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 si votre corps n'est pas retrouvé dans l'année qui suit. Il ne doit exister aucune indication que vous êtes toujours vivant.
- subissez un accident, y compris tout accident causé par un phénomène naturel, qui conduit directement à l'un des dommages ci-dessous, dans l'année qui suit l'accident ou l'exposition au phénomène naturel.

La somme que la Sun Life verse est égale à un pourcentage du capital de votre assurance Décès et mutilation accidentels. Le pourcentage diffère selon la nature du dommage. Le tableau ci-après indique le pourcentage prévu pour chaque dommage subi.

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 œil	100 %
Perte d'un bras ou d'une jambe	50 %
Perte d'une main ou d'un pied	50 %
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 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	50 %
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied	50 %
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 œil	50 %
Perte de l'usage de la parole	50 %
Surdité des deux oreilles	50 %
Surdité d'une oreille	25 %
Quadrupl�gie	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 quadrupl gie, de paraplégie ou d'hémiplégie.

Définitions

- La perte d'un bras s'entend de l'amputation au coude ou plus haut.
- La perte d'une jambe s'entend de l'amputation au genou ou plus haut.
- La perte d'une main s'entend de l'amputation au poignet ou plus haut.
- La perte d'un pied s'entend de l'amputation à la cheville ou plus haut.
- La perte du pouce et de l'index 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 d'un membre, d'une main ou d'un pied doit être totale et elle doit avoir subsisté pendant au moins un an. Avant que la Sun Life verse des prestations, vous devez présenter une attestation établissant que la perte est définitive.

Transport de la dépouille

Si vous décédez   100 kilomètres ou plus de votre domicile et que le décès résulte directement d'un accident, la Sun Life rembourse, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, les frais engagés pour la préparation et le transport de la dépouille au lieu de l'inhumation ou de l'incinération. La Sun Life règle les frais raisonnables et de pratique courante pour ce service et elle ne verse 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.

La Sun Life a 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, la Sun Life règle 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.

La Sun Life doit approuver le programme de réadaptation et les frais doivent être engagés en cours de couverture et dans les 3 ans qui suivent l'accident. La Sun Life ne verse 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.

La Sun Life approuve le programme de réadaptation en fondant sa 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, la Sun Life règle, 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 la Sun Life et être engagés dans les 3 ans qui suivent l'accident. La Sun Life ne verse 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.

La Sun Life approuve le programme de formation en fondant sa décision sur les chances de succès de la formation.

Etudes des enfants

Si vous décédez et que le décès résulte directement d'un accident, la Sun Life règle 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 si vous êtes hospitalisé dans un hôpital situé à au moins 150 kilomètres de votre domicile, la Sun Life règle, 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 sœur.

Seuls les frais de transport qui sont raisonnables et de pratique courante sont réglés. La Sun Life rembourse 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. La Sun Life ne verse 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.

Garderie

Si vous décédez et que le décès résulte directement d'un accident, la Sun Life règle les frais engagés pour la garde d'un enfant à charge dans une garderie. La prestation annuelle maximale payable 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 être inscrit dans une garderie autorisée dans l'année qui suit votre décès. Seuls les frais de garderie qui sont raisonnables et de pratique courante sont réglés. Les frais courants comme les frais de transport ou d'habillement ne sont pas remboursés. En outre, aucun paiement n'est effectué pour les frais de garderie engagés avant votre décès.

La Sun Life ne verse 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.

Adaptation du domicile ou du véhicule

Si vous subissez une perte résultant directement d'un accident et si vous ne pouvez vous déplacer qu'en fauteuil roulant, la Sun Life règle, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, les frais engagés pour ce qui suit :

- une adaptation de votre résidence principale pour que vous puissiez y accéder et y vivre en fauteuil roulant.
- une adaptation d'un véhicule motorisé utilisé par vous pour que vous puissiez y accéder ou le conduire.

Tous les frais doivent être approuvés par la Sun Life et être engagés dans l'année qui suit l'accident.

La Sun Life ne verse 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.

Ceinture de sécurité

Si vous subissez une perte attribuable à un accident tandis que vous vous trouviez dans un véhicule motorisé privé comme conducteur ou passager et si vous aviez attaché convenablement votre ceinture de sécurité, la Sun Life règle une somme égale à 10 % du capital de la garantie. Le rapport officiel sur l'accident ou une attestation de la police

doit confirmer, à la satisfaction de la Sun Life, que la ceinture de sécurité était réellement attachée. Vous devez détenir un permis de conduire valide si vous étiez le conducteur du véhicule.

Ce qui n'est pas couvert

Aucune prestation n'est payable relativement aux dommages :

- résultant d'un suicide ou de blessures provoquées intentionnellement par l'assuré, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- résultant de l'absorption, volontaire ou involontaire, de poisons, de drogues ou de médicaments;
- résultant de l'inhalation, volontaire ou involontaire, d'un gaz, sauf si l'assuré exerçait alors une fonction s'inscrivant dans les tâches qu'il devait normalement accomplir dans son emploi;
- résultant d'une infirmité physique ou mentale, d'une affection ou d'une maladie quelle qu'elle soit, ou d'une autre infection que celle qui se déclare au moment où l'assuré subit une coupure ou une blessure accidentelle et qui est attribuable à la coupure ou à la blessure;
- occasionnés 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 :
 - l'assuré recevait une formation en aéronautique,
 - il exerçait une fonction rattachée à l'appareil (sauf si la fonction en question s'inscrivait dans les tâches qu'il devait accomplir dans son emploi),
 - il était transporté pour faire du parachutisme,
 - il était militaire et l'appareil était nolisé par l'armée ou placé sous l'autorité de celle-ci;
- résultant d'une guerre, d'une insurrection ou d'un acte d'hostilité de forces armées de quelque pays que ce soit.

Garantie en cas d'invalidité totale

Si vous êtes frappé d'invalidité totale en cours de couverture et avant la cessation de votre emploi, l'âge de 65 ans ou votre départ à la retraite selon l'événement qui survient en premier, votre assurance Décès et mutilation accidentels est automatiquement maintenue en vigueur.

La Sun Life doit recevoir une attestation de votre invalidité totale dans les 12 mois qui suivent la date du début de votre invalidité totale.

Assurance-vie pour personnes à charge

Description générale de la garantie (facultative) L'assurance-vie pour personnes à charge est une assurance temporaire qui couvre votre conjoint et les personnes à votre charge pendant que vous demeurez au service du collègue et tant que ceux-ci satisfont aux conditions ouvrant droit à la garantie.

Capital Conjoint : 10 000 \$ Chaque enfant : 5 000 \$

Cette garantie a pour objet de vous venir en aide financièrement, à vous et à votre famille, en cas de décès de votre conjoint ou de l'un de vos enfants à charge. Le capital vous est payable à vous-même.

Garantie en cas d'invalidité totale Si vous êtes frappé d'invalidité totale avant la cessation de votre emploi, l'âge de 65 ans ou votre départ à la retraite selon l'événement qui survient en premier, l'assurance-vie pour personnes à charge est maintenue sans que vous ayez à en payer la prime. La Sun Life doit recevoir une attestation de votre invalidité totale dans les 12 mois qui suivent la date du début de votre invalidité totale.

Désignation de bénéficiaire

Désignation de bénéficiaire(s) Vous pouvez désigner comme bénéficiaire du capital de votre assurance une ou plusieurs personnes ou vos ayants droit. Si vous décédez en cours de couverture, le capital de votre assurance est réglé au dernier bénéficiaire que vous avez désigné légalement et qui est inscrit dans les dossiers du gestionnaire des avantages sociaux du collègue. À défaut de désignation de bénéficiaire, le capital de l'assurance est versé à vos ayants droit.

Désignation d'un bénéficiaire dans la province de l'Ontario La désignation de bénéficiaire peut être modifiée en tout temps, sauf si la loi l'interdit. Dans la province de l'Ontario, la désignation de bénéficiaire est révocable, c'est-à-dire que l'assuré peut la modifier en tout temps sans le consentement du bénéficiaire.

Désignation d'un bénéficiaire dans la province de Québec Les lois de la province de Québec exigent que l'assuré indique au moment de son adhésion aux garanties si sa désignation de bénéficiaire est révocable ou irrévocable. Si, lorsqu'il adhère aux garanties, l'assuré indique que sa désignation de bénéficiaire est irrévocable, il ne peut pas par la suite la modifier sans le consentement écrit du bénéficiaire qu'il a désigné. Le formulaire d'adhésion que le collègue vous demande de remplir contient ce renseignement.

La désignation de bénéficiaire est une question plutôt complexe, et dans certains cas vous feriez mieux de consulter un conseiller juridique avant de désigner un bénéficiaire ou de modifier une désignation de bénéficiaire. Vous pouvez vous procurer un formulaire auprès du gestionnaire des avantages sociaux du collègue.

Transformation de l'assurance-vie collective

Transformation de l'assurance-vie collective

En cas de cessation ou de réduction de votre assurance-vie pour toute autre raison qu'à votre demande expresse, vous pouvez demander la transformation de l'assurance-vie collective et de l'assurance Décès et mutilation accidentels qui ont pris fin en une assurance-vie individuelle de la Sun Life, sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé.

Il vous appartient de prendre l'initiative de demander la transformation de votre assurance-vie auprès de la Sun Life. Le collègue vous remettra un formulaire de demande de transformation qui contiendra des renseignements détaillés au sujet de votre emploi, par exemple, la date de votre embauche, le capital de l'assurance-vie en vigueur à la date à laquelle vous quittez le collègue, la date à laquelle votre assurance prendra fin et la liste des numéros de téléphone de la Sun Life que vous pouvez composer pour obtenir des précisions sur les options qui vous sont offertes relativement au contrat individuel. Vous disposez d'un délai de 31 jours suivant la cessation ou la réduction de votre assurance pour présenter une demande de transformation de l'assurance-vie en un contrat d'assurance-vie individuelle de la Sun Life.

Quel est le montant du capital qui peut être transformé?

Le montant maximal du capital de l'assurance-vie qui peut être transformé est de 200 000 \$.

Si vous décédez pendant le délai de transformation

Si vous décédez pendant le délai de transformation de 31 jours, le capital de l'assurance-vie transformable qui était en vigueur au moment de la réduction ou de la cessation de l'assurance est réglé au dernier bénéficiaire que vous avez désigné légalement et qui est inscrit dans les dossiers du service des ressources humaines du collègue.

Transformation de l'assurance-vie pour personnes à charge

En cas de cessation de l'assurance-vie pour personnes à charge, vous pouvez demander la transformation de l'assurance-vie de votre conjoint qui a pris fin en un contrat d'assurance-vie individuelle souscrit auprès de la Sun Life, sans que votre conjoint ait à présenter d'attestation de bonne santé.

Dans le cas où il est nécessaire de le faire pour respecter les lois pertinentes : Si la couverture prévue par l'assurance-vie de votre enfant

prend fin en raison de la cessation de votre assurance-vie, vous pouvez demander la transformation de l'assurance-vie collective qui a pris fin en assurance-vie individuelle, sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé.

Quel est le délai de transformation de l'assurance-vie pour personnes à charge?

Vous disposez d'un délai de 31 jours suivant la cessation de l'assurance-vie pour personnes à charge pour présenter une demande de transformation de l'assurance-vie pour personnes à charge en un contrat d'assurance-vie individuelle de la Sun Life.

Qu'advient-il si mon conjoint décède pendant le délai de transformation?

Si la personne à votre charge décède pendant le délai de transformation de 31 jours, le capital de l'assurance-vie pour personnes à charge transformable vous est réglé en totalité.

Partie 16 – Assurance contre les maladies graves

Description générale du régime	<p>L'assurance contre les maladies graves procure une protection que le régime d'invalidité, l'assurance-vie et l'assurance-santé complémentaire n'offrent pas. S'il est établi par un diagnostic que vous souffrez d'une maladie grave, l'assurance contre les maladies graves prévoit le règlement du capital en un seul versement, pourvu que vous surviviez après la période de survie prescrite. Le capital vous est versé que vous soyez capable ou non de travailler et que les frais que vous deviez engager soient de nature médicale ou autre. Vous touchez la totalité du capital même si vous vous rétablissez complètement. De plus, vous pouvez utiliser cette somme comme bon vous semble, que ce soit pour recevoir un traitement médical particulier, acheter de l'équipement spécial, rembourser un prêt hypothécaire ou effectuer un placement pour l'avenir.</p>
Admissibilité à la couverture	<p>Vous pouvez demander la couverture pour vous-même et/ou pour votre conjoint si vous êtes membre du personnel scolaire à temps plein des Collèges d'arts appliqués et de technologie.</p> <p>Pour être admissible à la couverture, vous devez remplir les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">■ avoir entre 18 et 65 ans;■ résider au Canada;■ être effectivement au travail;■ produire une attestation d'assurabilité. <p>Une personne qui est admissible à la fois à titre de salarié et de conjoint ne peut être couverte qu'à titre de salarié ou de conjoint, mais non les deux à la fois.</p>
Date d'admissibilité	<p>Dès la fin de la période probatoire qui est d'un mois de service continu à temps plein.</p>
Couverture	<p>Vous pouvez demander, vous et votre conjoint, un montant d'assurance pouvant aller jusqu'à 200 000 \$ par tranches de 25 000 \$.</p>

Prise d'effet de l'assurance

- Si vous et votre conjoint demandez l'assurance à la date à laquelle vous devenez admissible (ou avant), tout montant d'assurance pour lequel il n'est pas nécessaire de présenter des renseignements médicaux (50 000 \$ ou moins) prend effet à la date d'admissibilité.
- Si vous et votre conjoint demandez l'assurance dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle vous devenez admissible, tout montant d'assurance pour lequel il n'est pas nécessaire de présenter des renseignements médicaux (50 000 \$ ou moins) prend effet à la date à laquelle le formulaire de demande d'adhésion a été signé. Pour que la couverture prenne effet, votre service des ressources humaines doit avoir reçu votre formulaire de demande d'adhésion dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle vous êtes admissible.
- Si vous demandez une couverture de plus de 50 000 \$ pendant la période d'admissibilité, vous devrez remplir un questionnaire médical. Si la demande est approuvée, la Sun Life vous informera de la date à laquelle votre couverture prend effet.

Si vous demandez l'assurance après le délai d'admissibilité de 31 jours, vous devrez remplir un questionnaire médical quel que soit le montant de couverture demandé.

Maladies graves couvertes

Le programme d'assurance contre les maladies graves des Collèges d'arts appliqués et de technologie prévoit la couverture d'un grand nombre d'affections – 25 au total. En voici la liste :

1. Cancer
2. Crise cardiaque (infarctus du myocarde)
3. Accident vasculaire cérébral
4. Intervention chirurgicale à l'aorte
5. Transplantation d'organe majeur
6. Brûlures graves
7. Maladie nécessitant la transplantation d'un organe majeur
8. Insuffisance rénale
9. Maladie d'Alzheimer
10. Perte de l'usage de la parole
11. Maladie de Parkinson
12. Pontage coronaire
13. Cécité

14. Sclérose en plaques
15. Perte d'autonomie
16. Surdité
17. Paralyse
18. Coma
19. Tumeur bénigne du cerveau
20. Infection professionnelle par le VIH
21. Anémie aplasique
22. Méningite bactérienne
23. Remplacement ou réparation des valves du cœur
24. Pertes de membres
25. Maladie du neurone moteur

Pour de plus amples renseignements sur les affections couvertes, demandez au gestionnaire des avantages sociaux de votre collège de vous remettre la brochure intitulée Assurance contre les maladies graves.

Restrictions et exclusions

Aucun capital n'est payable dans le cas où le sinistre est directement ou indirectement attribuable à l'une des situations ci-après :

- guerre, déclarée ou non, insurrection ou rébellion;
- participation volontaire à une émeute ou à un acte de désobéissance civile;
- tentative de suicide ou blessure que l'assuré s'inflige intentionnellement pendant qu'il est sain d'esprit, ou toute blessure que l'assuré s'inflige pendant qu'il n'est pas sain d'esprit;
- perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
- consommation illégale ou illicite de drogues, usage impropre ou abusif de drogues ou d'alcool;
- tout symptôme ou problème médical qui donne lieu à un diagnostic ou à une intervention chirurgicale, et qui s'est manifesté avant la date d'échéance de la première prime;
- tout symptôme ou problème médical qui donne lieu à un diagnostic de cancer et qui s'est manifesté dans les 90 jours suivant la date d'échéance de la première prime;
- décès se produisant au cours de la période de survie prescrite.
- dans le cas de toute couverture ne nécessitant pas la présentation de renseignements médicaux (couverture de 50 000 \$ ou moins), aucune prestation n'est versée relativement à une affection

couverte qui s'est déclarée dans les 12 mois suivant la date d'effet de couverture de l'assuré et qui est attribuable à une blessure, à une maladie ou à une affection (qu'un diagnostic ait été établi ou non) pour lesquelles l'assuré, au cours des 12 mois précédant la date d'effet de son assurance :

- a présenté des symptômes;
- a consulté un médecin ou un autre praticien;
- a reçu des soins, des conseils ou des traitements d'ordre médical, ou aurait consulté un médecin ou un autre praticien si elle avait agi comme l'aurait fait toute personne raisonnablement prudente ayant subi la blessure en cause, ou souffrant de la maladie ou de l'affection en cause.

**Cessation de la
couverture**

La couverture au titre de l'assurance contre les maladies graves prend fin à la moins tardive des dates suivantes :

- le jour de votre départ à la retraite.
- le jour de votre 65^e anniversaire de naissance.
- la date à laquelle vous n'êtes plus résident du Canada.
- le jour où un paiement est effectué au titre de l'assurance pour la première affection couverte.
- le jour où vos services prennent fin.
- le jour où le présent contrat collectif prend fin.
- le jour où la période couverte par la dernière prime payée prend fin.
- le jour de votre décès.

La couverture de votre conjoint au titre de l'assurance contre les maladies graves prend fin à la moins tardive des dates suivantes :

- la date à laquelle le conjoint ne répond plus à la définition de conjoint.
- la date à laquelle vous ou votre conjoint atteignez l'âge de 65 ans.
- le jour où votre conjoint ne réside plus au Canada.
- le jour où un paiement est effectué au titre de l'assurance pour la première affection couverte.
- le jour où vos services prennent fin.
- le jour où le présent contrat collectif prend fin.
- le jour où la période couverte par la dernière prime payée prend fin.
- le jour de votre décès ou du décès de votre conjoint.

Transformation de la couverture

Si vous perdez votre couverture d'assurance contre les maladies graves en raison d'un changement d'emploi, d'un changement de situation matrimoniale ou d'un départ à la retraite, vous et/ou votre conjoint pouvez maintenir votre couverture, sous réserve d'un maximum de 100 000 \$, en appelant la Financière Sun Life dans les 31 jours suivant la perte de votre couverture. Votre couverture prend fin lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans. Cependant, votre conjoint a tout de même le droit de transformer sa couverture (sous réserve d'un maximum de 100 000 \$) s'il est âgé de moins de 65 ans.

Nota : La couverture ne peut être transformée après l'âge de 65 ans.

Présentation d'une demande d'adhésion

Pour demander l'assurance, communiquez avec le gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue pour obtenir un dossier d'adhésion.

Partie 17 - Demandes de règlement

Présentation d'une demande de règlement

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

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

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

Aux fins de l'évaluation d'une demande de règlement, la Sun Life peut exiger que des dossiers ou des rapports médicaux, des preuves de paiement, des factures détaillées ou d'autres renseignements qu'elle juge nécessaires lui soient présentés. Les frais reliés à la présentation d'une attestation de sinistre sont à votre charge.

Actions en justice

À l'exception des cas où les lois en cause permettent l'application d'un délai différent, une fin de non-recevoir absolue sera opposée à toute action ou poursuite intentée contre un assureur relativement au règlement de prestations d'assurance en vertu du présent contrat, à moins qu'elle n'ait été déposée dans les délais prévus par la Loi sur les assurances ou par toute autre loi applicable à toute réclamation, action ou poursuite engagée relativement au règlement de prestations d'assurance.

Lorsque les lois en cause permettent l'application d'un délai différent, aucune action ni poursuite ne peut être engagée contre la Sun Life :

- pour des demandes de règlement n'ayant donné lieu à aucun paiement par la Sun Life, plus d'un an après la fin du délai au cours duquel une preuve de sinistre est requise, conformément aux dispositions du contrat, ou
- pour des demandes de règlement portant sur des prestations d'invalidité versées par la Sun Life au cours d'une certaine période, plus d'un an après la date du dernier paiement de prestations d'invalidité, ou
- pour toute autre demande de règlement ayant donné lieu à un versement de prestations par la Sun Life, plus d'un an après la date du dernier paiement de la Sun Life à l'égard de la demande de règlement, ou
- pour des demandes au titre de la clause *Garantie en cas d'invalidité totale* qui ont été initialement approuvées, plus d'un an après la date de cessation de la couverture ou de la date de cessation de l'exonération des primes.

Présentation d'une demande de règlement de frais médicaux

Carte-médicaments

La carte-médicaments peut être utilisée exclusivement pour régler les frais de médicaments sur ordonnance. Elle est acceptée par la majorité des pharmacies au Canada. La carte-médicaments ne peut pas servir au paiement d'autres frais comme les frais de physiothérapie ou d'hospitalisation en chambre semi-privée. Dans ces cas, une demande de règlement de frais médicaux doit être présentée à la Sun Life sur le formulaire de demande de règlement de frais médicaux. La carte-médicaments ne peut être utilisée à l'extérieur du Canada. Dans le cas de frais engagés à l'extérieur du Canada, une demande de règlement de frais médicaux doit être présentée à la Sun Life sur le formulaire de demande de règlement de frais médicaux.

Que se passe-t-il si je n'utilise pas ma carte-médicaments lorsque j'achète des médicaments?

Le fait de ne pas utiliser votre carte-médicaments chaque fois que vous achetez des médicaments peut avoir des répercussions sur la somme qui vous est remboursée, en raison des marges bénéficiaires sur coût d'achat des médicaments imposées par les pharmaciens. Par conséquent, vous pourriez devoir payer plus de frais de votre poche.

Délais prescrits pour la présentation d'une demande de règlement

Les demandes de règlement doivent parvenir à la Sun Life au plus tard à la plus hâtive des situations suivantes :

- dans les 548 jours (18 mois) suivant la date à laquelle les frais sont engagés,
- ou, au plus tard, 90 jours après la cessation de votre assurance-santé complémentaire ou la résiliation de cette garantie, selon le cas.

Si vous êtes couvert au titre de plus d'un régime d'assurance collective, veuillez prendre connaissance des dispositions relatives à la coordination des prestations qui s'appliquent avant de présenter une demande de règlement

Coordination des prestations
(Couverture au titre de plus d'un régime)

Si vous êtes couvert par l'assurance-santé complémentaire du présent régime et si vous et votre conjoint êtes couverts par un autre régime, la Sun Life applique le principe de la coordination des prestations conformément aux normes établies dans l'industrie de l'assurance.

Ces normes déterminent à qui vous devez envoyer votre demande de règlement en premier. Nous vous donnons quelques indications à ce sujet :

- Si vous demandez le remboursement de frais engagés par votre conjoint et que celui-ci soit couvert par un autre régime pour ces frais, vous devez présenter la demande au titre du régime de votre conjoint en premier.
- Si vous demandez le remboursement de frais engagés par vos enfants et si vous et votre conjoint êtes couverts par des régimes différents, vous devez présenter la demande au titre du régime de celui d'entre vous (père ou mère) dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année civile. Ainsi, si votre anniversaire tombe le 1^{er} mai et celui de votre conjoint, le 5 juin, la demande doit être présentée en premier au titre de votre régime.

- Les prestations provenant de l'ensemble des régimes ne peuvent dépasser les frais remboursables effectivement engagés.
- Si votre conjoint est âgé de 65 ans ou plus et est admissible au Programme de médicaments de l'Ontario, certaines règles s'appliquent. Veuillez communiquer avec le gestionnaire des avantages sociaux du collègue, qui pourra vous donner des précisions à ce sujet.

Programme d'appareils et accessoires fonctionnels de l'Ontario (PAAF)

Le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels de l'Ontario, qui est géré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, aide les personnes qui sont frappées d'une incapacité physique de longue durée à se procurer les appareils et les accessoires dont elles ont besoin. Pour en savoir plus sur ce programme, veuillez communiquer avec la Direction des appareils et accessoires fonctionnels du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Processus de règlement

La première fois que vous présentez une demande de règlement, vous pouvez vous procurer un formulaire auprès du gestionnaire des avantages sociaux du collègue ou sur le site Web des Services aux participants de la Sun Life, à l'adresse www.masunlife.ca. La Sun Life vous fait parvenir le paiement directement, accompagné d'un formulaire de demande de règlement personnalisé que vous pourrez utiliser la prochaine fois que vous présenterez une demande de règlement. La même marche à suivre s'applique chaque fois que vous présentez une demande de règlement.

Si vous égarez le formulaire personnalisé, vous pouvez vous procurer un formulaire standard auprès du gestionnaire des avantages sociaux du collègue.

Pour communiquer avec la Sun Life

L'adresse du site Web de la Sun Life est la suivante : www.sunlife.ca. L'adresse électronique de la Sun Life est la suivante : questions@sunlife.com.

Le numéro de téléphone de la Sun Life est le 416-753-4300 si vous appelez de Toronto.

Le numéro sans frais de la Sun Life est le 1-800-361-6212.

Si vous avez besoin d'assistance, veuillez communiquer avec le gestionnaire des avantages sociaux du collègue pour lui demander le document donnant de plus amples renseignements sur les personnes à contacter à la Sun Life.

Règlement des frais engagés pour des soins d'infirmières exerçant à titre privé

Les soins d'infirmières exerçant à titre privé doivent être prescrits par le médecin pour le traitement d'une maladie. En plus de la demande de règlement et des reçus, vous devez présenter une lettre du médecin décrivant la nature de votre maladie ou de celle de la personne à votre charge, le diagnostic, la mesure dans laquelle ces soins d'infirmières permettront d'améliorer ou de stabiliser l'état du malade et la période pendant laquelle ils seront nécessaires.

Fournitures et appareils médicaux

Les fournitures et les appareils médicaux faisant l'objet de la demande de règlement doivent être prescrits par le médecin pour le traitement d'une maladie. En plus de la demande de règlement et des reçus, vous devez présenter une lettre du médecin décrivant la nature de votre maladie ou de celle de la personne à votre charge, le diagnostic, la mesure dans laquelle les fournitures ou les appareils médicaux permettront d'améliorer ou de stabiliser l'état du malade et la période pendant laquelle ces fournitures ou appareils seront nécessaires.

Combien de temps le traitement de ma demande peut-il prendre?

Il faut prévoir 7 jours pour le traitement d'une demande de règlement, pour autant que tous les renseignements nécessaires soient fournis et que la demande de règlement soit correctement remplie. La Sun Life vous fait parvenir le paiement directement, accompagné d'un formulaire de demande de règlement personnalisé que vous pourrez utiliser la prochaine fois que vous présenterez une demande de règlement. La même marche à suivre s'applique chaque fois que vous présentez une demande de règlement.

Si vous égarez le formulaire de demande de règlement personnalisé, vous pouvez vous procurer un formulaire standard auprès du gestionnaire des avantages sociaux du collègue.

Pour faire le suivi d'une demande de règlement

Si les prestations ne vous sont pas réglées dans le délai prévu, vous pouvez vous renseigner sur la situation de la demande de règlement que vous avez présentée en communiquant directement avec la Sun Life.

Demandes de règlement du conjoint survivant d'un employé décédé

Si vous avez droit aux prestations offertes à la personne survivante et que vous ayez exercé cette option, la marche à suivre ci-dessus s'applique. Le numéro de certificat sera votre numéro d'assurance sociale et non le numéro de certificat de votre conjoint décédé.

Frais engagés à l'extérieur de la province

En cas d'urgence, communiquez avec Europe Assistance USA, Inc.

Avant votre départ, imprimez votre carte d'assistance-voyage personnalisée à partir du site Web de la Sun Life, à l'adresse www.masunlife.ca.

Présentez d'abord une demande au RASO

- Votre demande de règlement de frais engagés à l'extérieur de la province doit être présentée en premier lieu au RASO.
- Les originaux des reçus doivent être joints à votre demande, et vous devez en conserver une copie pour votre dossier et/ou pour présenter ultérieurement une demande de règlement à la Sun Life.

Présentez ensuite une demande à la Sun Life

- La partie des frais engagés qui n'est pas remboursée aux termes du RASO peut faire l'objet d'une demande de règlement présentée à la Sun Life sur le formulaire de demande de règlement que votre groupe utilise habituellement.
- Le relevé des prestations du RASO ainsi que les copies de vos reçus doivent être joints à la demande de règlement que vous présentez à la Sun Life.
- Conservez une copie de tous les documents que vous envoyez à la Sun Life pour votre dossier.

Pour communiquer avec la Sun Life

L'adresse du site Web de la Sun Life est la suivante : www.sunlife.ca
L'adresse électronique de la Sun Life est la suivante : questions@sunlife.com.
Le numéro de téléphone de la Sun Life est le 416-753-4300 si vous appelez de Toronto.
Le numéro sans frais de la Sun Life est le 1-800-361-6212.

Si vous avez besoin d'assistance, veuillez communiquer avec le gestionnaire des avantages sociaux du collège pour lui demander le document donnant de plus amples renseignements sur les personnes à contacter à la Sun Life.

Présentation d'une demande de règlement de frais dentaires

Délais prescrits pour la présentation d'une

Les demandes de règlement doivent parvenir à la Sun Life au plus tard à la plus hâtive des situations suivantes :

demande de règlement

- avant la fin de l'année civile suivant l'année au cours de laquelle les frais sont engagés,
- ou, au plus tard, 90 jours après la cessation de votre assurance dentaire ou la résiliation de cette garantie, selon le cas.

Coordination des prestations
(Couverture au titre de plus d'un régime)

Si vous êtes couvert par l'assurance dentaire du présent régime et si vous ou votre conjoint êtes couvert par un autre régime, la Sun Life applique le principe de la coordination des prestations conformément aux normes établies dans l'industrie de l'assurance.

Processus de règlement

Votre dentiste peut transmettre votre demande de règlement par voie électronique ou, si c'est la première fois que vous présentez une demande de règlement, vous pouvez vous procurer un formulaire de demande de règlement auprès du gestionnaire des avantages sociaux du collège.

- Demandez au dentiste de remplir les parties pertinentes de la demande de règlement.
- Remplissez vous-même les parties nécessaires de la demande de règlement et signez la demande, puis envoyez-la au Bureau des règlements de la Sun Life en veillant à y joindre tous les renseignements nécessaires. L'adresse du bureau le plus proche est indiquée sur le formulaire même.
- Conservez une copie du formulaire et de vos reçus pour pouvoir vous y reporter au besoin.

Si votre dentiste transmet votre demande de règlement par voie électronique à la Sun Life, voici la marche à suivre :

- Votre dentiste doit remplir les parties pertinentes de la demande de règlement.
- Vous devez remplir vous-même les parties nécessaires de la demande de règlement et signer la demande.

Votre dentiste transmet la demande de règlement par voie électronique directement à la Sun Life, et le chèque est établi immédiatement. Si vous avez cédé les prestations au dentiste, le règlement lui sera versé directement. Si les prestations doivent vous être versées et que vous vous êtes inscrit au service de virement automatique des prestations auprès de la Sun Life (www.masunlife.ca), vous recevrez les sommes dans votre compte dans un délai de quelques jours. Si vous n'êtes pas inscrit, un chèque sera expédié par la poste à votre domicile.

Règlement des frais de

Quoique la plupart des orthodontistes donnent une estimation écrite du

soins orthodontiques

coût total des traitements donnés sur une période de plusieurs années, les frais engagés sont remboursés sur une base mensuelle ou trimestrielle à mesure que les traitements sont donnés. La garantie ne prévoit pas le règlement préalable des frais de services qui n'ont pas encore été donnés.

Combien de temps le traitement de ma demande peut-il prendre?

Il faut prévoir 7 jours pour le traitement d'une demande de règlement, pour autant que tous les renseignements nécessaires soient fournis et que la demande de règlement soit correctement remplie. La Sun Life vous fait parvenir le paiement directement, accompagné d'un formulaire de demande de règlement personnalisé que vous pourrez utiliser la prochaine fois que vous présenterez une demande de règlement. La même marche à suivre s'applique chaque fois que vous présentez une demande de règlement.

Si vous égarez le formulaire de demande de règlement personnalisé, vous pouvez vous procurer un formulaire standard auprès du gestionnaire des avantages sociaux du collège.

Pour faire le suivi d'une demande de règlement

Si les prestations ne vous sont pas réglées dans le délai prévu, vous pouvez vous renseigner sur la situation de la demande de règlement que vous avez présentée en communiquant directement avec la Sun Life.

Pour communiquer avec la Sun Life

L'adresse du site Web de la Sun Life est la suivante : www.sunlife.ca.
L'adresse électronique de la Sun Life est la suivante : questions@sunlife.com.
Le numéro de téléphone de la Sun Life est le 416-753-4300 si vous appelez de Toronto.
Le numéro sans frais de la Sun Life est le 1-800-361-6212.
Si vous avez besoin d'assistance, veuillez communiquer avec le gestionnaire des avantages sociaux du collège pour lui demander le document donnant de plus amples renseignements sur les personnes à contacter à la Sun Life.

Présentation d'une demande de prestations d'invalidité de longue durée

Quand et comment présenter la demande de prestations

Il vous incombe d'informer le collège de votre invalidité et de vous procurer les formulaires ci-dessous auprès du gestionnaire des avantages sociaux du collège :

Vos responsabilités

- (a) Déclaration du participant
- (b) **Consentement pour permettre à Service Canada et à l'assureur d'échanger des renseignements sur les prestations d'invalidité;**
- (c) Retenue et paiement des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC) à un administrateur d'un régime ou d'un programme d'assurance-invalidité;
- (d) Demande de prestations d'invalidité prévues par le Régime de pensions du Canada (RPC);
- (e) Déclaration d'invalidité par le médecin traitant.

Nous vous recommandons de présenter la demande officielle de prestations d'invalidité de longue durée le plus tôt possible, et ce normalement dans les 90 jours suivant l'expiration du délai de carence.

Veillez remplir les formulaires a), b) et c) et les envoyer à la Sun Life.

Vous devez signer la Déclaration d'invalidité par le médecin traitant [formulaire e)] et la remettre au médecin. Vous devez également communiquer avec le bureau des Programmes de la sécurité du revenu, Santé et Bien-être social Canada, pour présenter une demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada [formulaire d)].

Les frais engagés pour remplir les formulaires médicaux qui doivent être présentés à l'appui de votre demande de règlement sont à votre charge. Les formulaires en question comprennent ceux qui sont décrits ci-dessus, les questionnaires médicaux supplémentaires et tout autre formulaire à remplir par le médecin.

Les responsabilités du médecin

Une fois la Déclaration d'invalidité par le médecin traitant dûment remplie, vous ou le médecin pouvez l'envoyer directement à la Sun Life ou, si vous le préférez, vous pouvez la retourner au gestionnaire des avantages sociaux du collègue pour qu'il l'envoie à la Sun Life.

Les responsabilités de l'employeur

Le collègue doit remplir la Déclaration de l'employeur et la faire parvenir à la Sun Life.

Délai prescrit pour la présentation d'une demande de prestations

La demande officielle de prestations d'invalidité de longue durée doit parvenir à la Sun Life dans les 90 jours suivant l'expiration du délai de carence. Le fait que vous cessiez d'être effectivement au travail auprès du collègue n'est pas considéré en soi comme une absence pour cause d'invalidité totale.

La Sun Life reçoit la demande de prestations

La Sun Life ne pourra donner suite à votre demande qu'une fois qu'elle aura reçu la Déclaration du salarié (comprenant l'Autorisation de transmettre des renseignements), la Déclaration de l'employeur et la Déclaration d'invalidité par le médecin traitant. La Sun Life donne suite à la demande de prestations lorsqu'elle a reçu tous les formulaires dûment remplis.

Renseignements incomplets ou insuffisants

Si la Sun Life a besoin de renseignements complémentaires pour déterminer si vous avez droit aux prestations, elle en informera le collègue par écrit le plus tôt possible. Le gestionnaire des avantages sociaux du collègue vous en informera à son tour. Les frais associés à l'obtention des renseignements qui doivent être présentés à l'appui de votre demande de règlement sont à votre charge, à l'exception des frais engagés pour passer un examen médical indépendant (EMI) à la demande de la Sun Life.

La Sun Life donne suite à la demande

Le personnel du Bureau des règlements de la Sun Life examine votre demande de prestations, conjointement avec des médecins, pour déterminer si vous avez droit aux prestations d'invalidité conformément aux termes du contrat. Selon la nature de votre demande de prestations, un ou plusieurs rapports de médecins spécialistes pourraient être exigés.

Si ma demande est acceptée, comment va-t-on m'en informer?

La Sun Life communiquera avec le collègue par lettre pour lui confirmer le montant des prestations d'invalidité que vous recevrez, la date à laquelle des prestations commenceront à vous être versées et la période pendant laquelle elles vous seront versées (si cette période a été déterminée). Le gestionnaire des avantages sociaux du collègue vous transmettra ces renseignements.

Combien de temps faut-il prévoir pour le traitement d'une demande de prestations d'ILD?

Il faut prévoir de 4 à 6 semaines environ pour le traitement d'une demande de prestations d'invalidité de longue durée, pour autant que tous les formulaires soient remplis correctement et que la Sun Life n'ait aucun suivi à faire. Si les formulaires ne sont pas remplis correctement, le traitement de la demande de prestations d'invalidité prendra plus de temps, et vous pourriez alors vous retrouver pendant un certain temps sans revenu.

La Sun Life fait tout en son pouvoir pour éviter ce genre de situation. Elle vous recommande de rester en contact avec le gestionnaire des avantages sociaux du collègue afin de réduire au minimum le risque qu'une situation de ce genre se produise. Si jamais la situation se produisait, vous pourriez demander des prestations spéciales pour maladie de l'assurance-emploi.

Que puis-je faire si ma demande de prestations est refusée?

Si votre demande de prestations est refusée, la Sun Life en informera le gestionnaire des avantages sociaux du collège et elle lui remettra un aperçu des démarches qui devront être faites et des renseignements médicaux qui devront être présentés pour que votre demande de prestations puisse faire l'objet d'un nouvel examen. Vous pouvez en appeler de cette décision. Votre demande peut être réexaminée lorsque vous présentez les renseignements exigés.

Votre demande pourra être réexaminée, pour autant que vous présentiez tous les nouveaux renseignements médicaux qui seront exigés. Pour à la Sun Life permettre de procéder à un nouvel examen de votre demande de manière efficace, veuillez présenter tous les renseignements manquants mentionnés dans la lettre de refus de votre demande de prestations.

Si votre demande de prestations est refusée de nouveau après que vous aurez présenté les renseignements médicaux exigés, et que vous et le gestionnaire des avantages sociaux du collège aurez pris toutes les dispositions normalement prévues pour demander que votre dossier soit réexaminé, vous pourrez présenter votre demande au représentant de l'APACO de votre collège ou au représentant du Sous-comité APACO-Conseil sur les garanties d'assurance.

Écarts dans les montants des prestations

Nous vous recommandons de vérifier tous les mois le montant des prestations qui vous sont versées. Si vous relevez une erreur, il est de la plus haute importance que vous la portiez à l'attention du gestionnaire des avantages sociaux du collège pour qu'il puisse prendre les dispositions nécessaires pour corriger l'erreur. S'il s'agit d'un trop-perçu, la Sun Life prendra avec vous des arrangements pour vous permettre de le rembourser; s'il s'agit d'un moins-perçu, elle apportera la correction et vous versera la somme nécessaire.

Présentation d'une demande de règlement Décès

Présentation de la demande

Le gestionnaire des avantages sociaux du collège doit être informé du décès immédiatement, de façon à pouvoir vous aider, ou aider votre bénéficiaire, à amorcer le processus de présentation de la demande de règlement.

Votre demande de règlement Décès

Advenant votre décès, les mesures suivantes doivent être prises dans les plus brefs délais :

- Le collègue doit remplir une demande de règlement.
- Le bénéficiaire désigné doit remplir une demande de règlement.
- Les demandes de règlement remplies, accompagnées d'une attestation de décès signée par le médecin traitant ou l'entrepreneur de pompes funèbres, doivent être envoyées à la Sun Life, qui étudiera la demande.

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

***Demandes de règlement
au titre de l'assurance
Décès et mutilation
accidentels
(Employé seulement)***

Si vous subissez un dommage autre que le décès, les mesures suivantes doivent être prises dans les six mois qui suivent la date à laquelle vous subissez le dommage :

- Le collègue doit remplir une demande de règlement.
- Vous devez remplir une demande de règlement.
- Les demandes de règlement remplies, accompagnées d'une Déclaration du médecin traitant indiquant la date et les circonstances de l'accident, et des précisions sur la nature de la blessure, ainsi que la date et la gravité du dommage, doivent être envoyées à la Sun Life, qui étudiera la demande.

*Demande de règlement
en cas de décès d'une
personne à charge*

En cas de décès d'une personne à charge assurée, les mesures suivantes doivent être prises dans les plus brefs délais :

- Le collègue doit remplir une demande de règlement.
- Vous devez remplir une demande de règlement.
- Les demandes de règlement remplies, accompagnées d'une attestation de décès signée par le médecin traitant ou l'entrepreneur de pompes funèbres, doivent être envoyées à la Sun Life, qui étudiera la demande.

Il faut normalement prévoir de 3 à 4 semaines pour le traitement d'une demande de règlement. Selon les circonstances entourant chaque cas cependant, le délai pourrait être plus long. La Sun Life fera tout en son pouvoir pour tenir le gestionnaire des avantages sociaux du collègue au courant de la situation de la demande que vous aurez présentée.

Présentation d'une demande de règlement au titre de l'assurance contre les maladies graves

**Présentation de la
demande**

Le gestionnaire des avantages sociaux du collègue doit être informé du sinistre immédiatement pour qu'il puisse vous aider à amorcer le processus de présentation de la demande de règlement.

*Votre demande de
règlement au titre de
l'assurance contre les
maladies graves*

Si l'on diagnostique chez vous une ou plusieurs des affections couvertes au titre de l'assurance contre les maladies graves, les mesures suivantes doivent être prises dans les plus brefs délais :

- vous devez remplir un formulaire de demande de règlement;
- le formulaire de demande de règlement rempli, accompagné des attestations médicales nécessaires, doit être envoyé à la Sun Life, qui examinera la demande.

Pour toute question au sujet de votre demande de règlement, communiquez avec le gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue ou appelez le Centre de service à la clientèle de la Sun Life en composant le numéro sans frais 1-800-669-7921 (ou le numéro 416-408-7390 si vous appelez de Toronto).

Il faut normalement prévoir de 3 à 4 semaines pour le traitement d'une

demande de règlement. Selon les circonstances entourant chaque cas cependant, le délai pourrait être plus long. La Sun Life fera tout en son pouvoir pour tenir le gestionnaire des avantages sociaux du collègue au courant de la situation de la demande que vous aurez présentée.

Vous devez faire parvenir le formulaire de demande de règlement rempli directement à la Sun Life à l'adresse suivante :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Régimes d'associations et de groupes d'affinités
CP 4097 Succ A
Toronto ON M5W 2Z5

Protection des renseignements personnels

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

À votre choix

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

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

