



Vos garanties

PROGRAMME D'ASSURANCE COLLECTIVE

offert au

**personnel de soutien
Collèges d'arts appliqués
et de technologie
de l'Ontario**

**Contrats numéros 50834 et 50090
À effet du 4 novembre 2025**

Table des matières

Partie 1 - Conditions générales.....	1
Votre brochure	1
Le programme d'assurance collective.....	2
Partie 2 - Rôles et responsabilités	3
Conseil des employeurs des collèges	3
Renseignements sur le comité mixte des assurances (CMA)	3
Collèges.....	3
SEFPO.....	4
Sun Life.....	4
Employés.....	4
Partie 3 - Définitions	4
Accident	4
Effectivement au travail	4
Traitement approprié.....	5
Salaire de base.....	5
Année de référence & Année civile	5
Dentiste	5
Personne(s) à charge	5
Médecin.....	6
Conditions d'admission	6
Employé	7
Hôpital.....	7
Maladie.....	8
Frais engagés.....	8
Frais raisonnables habituellement exigés	8
Survivant(s).....	8
Partie 4 - Garanties	8
Garanties obligatoires.....	8
Garanties facultatives	9
Partie 5 - Prise d'effet de la couverture	10
Nouveaux employés	10
Prise d'effet de la couverture	11
Personne(s) à charge	12

Partie 6 - Adhésion	12
Formulaire d'adhésion	12
Votre numéro de certificat.....	13
Confidentialité.....	13
Tenue de vos dossiers.....	13
Accès à vos dossiers.....	13
Partie 7 - Modification de la couverture.....	14
Modification de votre couverture	14
Adhésion à la garantie ou augmentation de la couverture	15
Attestation de bonne santé.....	15
Date de prise d'effet de la couverture	16
Partie 8 - Cessation de la couverture	16
Cessation de la couverture.....	16
Couverture après le départ à la retraite.....	17
Partie 9 - Prestations aux survivants	17
Prestations aux survivants	17
Partie 10 - Assurance-maladie complémentaire (Complément frais médicaux).....	20
Description générale de la garantie	20
Coordination des prestations (<i>Couverture au titre de plus d'un contrat</i>)	22
Frais d'hospitalisation engagés au Canada	22
Médicaments et vaccins sur ordonnance	23
Services médicaux.....	27
Services paramédicaux.....	30
Ce qui n'est pas couvert.....	31
Coordination du régime avec les programmes de l'État	32
Assurance frais d'optique	32
Assurance pour prothèses auditives	33
Coordination des prestations (<i>Couverture au titre de plus d'un contrat</i>)	34
Coordination du régime avec les régimes publics	34
Si vous quittez la province	35
Partie 11 - Frais engagés hors de votre province et assurance-maladie complémentaire	36
Frais engagés hors de votre province	36
Partie 12 - Assurance dentaire	46
Description générale de la garantie	46

Soins dentaires de prévention.....	47
Restauration et chirurgie dentaire.....	48
Services de prothèse.....	49
Restaurations majeures : Couronnes, ponts et implants	49
Soins orthodontiques.....	50
Détermination préalable des prestations.....	51
Couverture au titre de plus d'un contrat.....	52
Ce qui n'est pas couvert.....	52
Prestations après la cessation de la couverture.....	53
Frais engagés à l'extérieur de la province ou du Canada.....	53
Partie 13 - Régime d'invalidité de courte durée (ICD).....	54
Description générale de la garantie	54
Partie 14 - Régime d'invalidité de longue durée (ILD)	58
Description générale de la garantie	58
Prestations d'ILD et impôts	59
Attestation d'invalidité	61
Examen par un médecin indépendant.....	61
Comment les prestations sont-elles calculées?.....	61
Programme de réadaptation.....	64
Périodes successives d'invalidité au cours du délai de carence	65
Périodes successives d'invalidité après le début de l'indemnisation.....	66
Vos responsabilités.....	67
Fin de l'indemnisation	67
Retour au travail	68
Cas où les prestations ne sont pas payables.....	69
Réclamation à un tiers.....	69
Partie 15 - Assurance-vie	71
Description générale de la garantie	71
Assurance-vie de base	71
Assurance-vie complémentaire	71
Assurance- vie facultative des employés.....	71
Capital maximal global	71
Aucune attestation d'assurabilité	72
Décès et mutilation accidentels.....	73
Description générale de la garantie	73
Accident	73
Votre assurance Décès et mutilation accidentels.....	73
Prestations	73

Définitions.....	74
Ce qui n'est pas couvert.....	75
Assurance-vie des personnes à charge.....	76
Description générale de la garantie	76
Attestation de bonne santé.....	76
Assurance-vie supplémentaire pour le conjoint.....	76
Description générale de la garantie	76
Attestation de bonne santé.....	77
Désignation de bénéficiaire.....	77
Désignation de bénéficiaire(s).....	77
Transformation de l'assurance-vie collective.....	78
Partie 16 – Assurance contre les maladies graves	80
Description générale du régime.....	80
Admissibilité à la couverture.....	80
Date d'admissibilité	80
Couverture.....	80
Prise d'effet de l'assurance.....	81
Maladies graves couvertes	81
Restrictions et exclusions	82
Cessation de la couverture.....	84
Transformation de la couverture	84
Présentation d'une demande d'adhésion	84
Partie 17 - Demandes de règlement	85
Présentation d'une demande de règlement	85
Actions en justice.....	85
Présentation d'une demande de règlement de frais médicaux	86
Carte-médicaments.....	86
Délais prescrits pour la présentation d'une demande de règlement	86
Coordination des prestations	87
Frais engagés à l'extérieur de la province.....	89
Pour communiquer avec la Sun Life	90

Présentation d'une demande de règlement de frais dentaires	90
Délais prescrits pour la présentation d'une demande de règlement	90
Coordination des prestations	90
Pour communiquer avec la Sun Life	92
 Présentation d'une demande de prestations d'invalidité de longue durée .	93
Quand et comment présenter la demande de prestations.....	93
Écarts dans les montants des prestations	96
 Présentation d'une demande de règlement Décès.....	96
Présentation de la demande	96
 Présentation d'une demande de règlement au titre de l'assurance contre les maladies graves.....	98
Présentation de la demande	98
 Annexe A.....	99
À propos de cette annexe	99

Partie 1 - Conditions générales

Votre brochure

La présente brochure a été rédigée à votre intention et à l'intention de votre famille par un groupe composé de personnes siégeant au comité mixte des assurances (CMA) du personnel de soutien, qui représente le Syndicat des employées et employés de la fonction publique de l'Ontario (SEFPO), les Collèges d'arts appliqués et de technologie (CAAT), le Conseil des employeurs des collèges (CEC), ainsi que de 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 liées 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 des avantages sociaux de votre collège.

Veuillez 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.

**Le programme
d'assurance
collective**

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 collègue ou à votre représentant syndical local.

Le programme d'assurance collective et les ententes sur le partage des coûts relatives aux primes qui sont offerts aux membres du personnel de soutien des Collèges d'arts appliqués et de technologie sont le fruit de négociations et sont précisés dans la convention collective du personnel de soutien.

Partie 2 - Rôles et responsabilités

Conseil des employeurs des collèges (titulaire du contrat)

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

Renseignements sur le comité mixte des assurances (CMA)

Un CMA du personnel de soutien, qui se compose de représentants du Syndicat des employées et employés de la fonction publique de l'Ontario (SEFPO), des Collèges d'arts appliqués et de technologie (CAAT) et du Conseil des employeurs des collèges (CEC), a été mis sur pied conformément aux conditions énoncées à l'Annexe A de la convention collective du personnel de soutien. Ce comité se réunit périodiquement pour discuter des questions relatives aux garanties collectives. Les responsabilités du CMA comprennent l'examen des demandes de règlement litigieuses et la formulation de recommandations relativement à ces demandes, lorsque le processus administratif en place n'a pas permis de résoudre le problème.

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.

**SEFPO
(représentant des
employés)**

Le Syndicat des employées et employés de la fonction publique de l'Ontario (SEFPO) a la responsabilité de :

- représenter les employés qui sont visés par la convention collective du personnel de soutien pour ce qui est du programme d'assurance collective;
- renseigner les membres du syndicat sur les garanties;
- communiquer avec le titulaire du contrat (CEC) au sujet des questions touchant le programme d'assurance collective;
- prendre part avec le Conseil des employeurs des collèges à des discussions sur des questions touchant le programme d'assurance collective, par l'entremise du CMA, conformément aux conditions énoncées dans la convention collective relativement au rôle de ce comité.

**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 des employeurs des collèges 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.

Partie 3 - Définitions

Accident

Un accident est une blessure corporelle causée 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 à l'employé, à l'exclusion de toute gratification, rémunération des heures supplémentaires et prime de rendement.
Année de référence & Année civile	Période d'un an allant du 1 ^{er} janvier au 31 décembre.
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 ou votre enfant, qui réside au Canada ou aux États-Unis.
Conjoint/partenaire	Par conjoint/partenaire, on entend : ■ votre conjoint ou partenaire en vertu de toute union formelle reconnue par la loi; ■ votre partenaire, quel que soit son sexe, qui est représenté publiquement comme étant votre partenaire ayant cohabité avec vous de façon continue pendant une période d'au moins un an (12 mois consécutifs); ■ si vous êtes les parents naturels ou adoptifs d'un enfant, aux termes de la Loi sur le droit de la famille, 1990 (Ontario); 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 ■ sans «accord de séparation», 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

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

L'enfant de moins de 25 ans qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et dont vous assurez entièrement le soutien sur le plan financier est également considéré comme un enfant. Dans ce cas, vous devez informer votre gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue dans les 31 jours suivant la date à laquelle l'enfant atteint l'âge limite.

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

Si un enfant devient invalide avant l'âge limite, vous devez fournir une attestation à votre gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue dans les 31 jours suivant la date à laquelle l'enfant atteint l'âge limite. De plus, le formulaire «Couverture pour les enfants invalides» doit être rempli et envoyé à la Sun Life dans les 6 mois suivant la date à laquelle l'enfant atteint l'âge limite. Votre employeur peut vous donner des précisions à ce sujet.

Médecin

Médecin ou chirurgien autorisé à pratiquer la médecine, dans la région où il offre des services médicaux.

Conditions d'admission

Conditions que les employés doivent remplir pour participer au régime et avoir droit aux garanties.

Employé

Membre du personnel de soutien à temps plein du collège, aux termes de la convention collective du personnel de soutien.

Hôpital

On entend par *hôpital* 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.

Par dérogation à ce qui précède, est considéré comme un *hôpital*, 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.

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.

Établissements et soins qui ne sont pas couverts

Le Programme ne couvre pas les frais engagés pour séjourner ou recevoir des services dans un établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, une résidence pour personnes âgées ou malades chroniques, un sanatorium, un hôpital de convalescence ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie. Sont également exclus de la garantie les lits réservés à l'une ou l'autre des fins ci-dessus dans un hôpital.

Soins palliatifs

Les soins palliatifs donnés dans un hôpital au sens où on l'entend dans le Règlement 964 de la *Loi sur les hôpitaux publics*, L.R.O. 1990, chap. P. 40, sont couverts par l'assurance-maladie complémentaire.

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 *Loi sur les hôpitaux publics*, sont couverts par l'assurance-maladie complémentaire.

Maladie	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 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 collège 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 (D et MA)
- Régime d'invalidité de longue durée
- Assurance-maladie complémentaire (comprenant l'assurance frais d'optique, l'assurance pour prothèses auditives et la couverture des coûts exorbitants en médicaments)
- Assurance dentaire

Prime

<u>Garantie</u>	<u>Part payée par le collège</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	75 %	25 %

Contrats n°s 50834 et 50090 - Personnel de soutien Conditions générales

Assurance-maladie complémentaire	100 %	0 %
Assurance frais d'optique	75 %	25 %
Assurance pour prothèses auditives	75 %	25 %
Couverture des coûts exorbitants en médicaments	0 %	100 %
Assurance dentaire	100 %	0 %

Garanties facultatives

Vous pouvez choisir d'adhérer aux garanties suivantes :

- Assurance-vie complémentaire
- Assurance-vie facultative des employés
- Assurance-vie des personnes à charge
- Assurance-vie supplémentaire pour le conjoint
- Assurance contre les maladies graves

Prime

<u>Garantie</u>	<u>Part payée par le collège</u>	<u>Part payée par vous</u>
Assurance-vie complémentaire	60 %	40 %
Assurance-vie facultative des employés	0%	100%
Assurance-vie des personnes à charge	0 %	100 %
Assurance-vie supplémentaire pour le conjoint	0 %	100 %
Assurance contre les maladies graves	0 %	100 %

Primes d'assurance-vie payées par l'employeur

Les primes que le collège paie à l'assureur relativement à votre couverture au titre de l'assurance-vie de base et de l'assurance-vie complémentaire s'ajoutent à votre revenu imposable. Par conséquent, ces sommes font partie de votre revenu imposable et elles figurent à ce titre sur les feuillets fiscaux que le collège établit pour vous chaque année.

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 collège devez payer la taxe provinciale de vente au détail applicable sur la prime. Le gestionnaire du programme d'assurance collective de votre collège vous fournira, au moment de l'adhésion, les renseignements nécessaires sur les retenues salariales relatives aux primes.

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 :

<u>GARANTIE</u>	<u>PÉRIODE PROBATOIRE</u>
Assurance-vie de base Assurance Décès et mutilation accidentels Assurance-vie complémentaire Assurance-vie facultative des employés Assurance-vie des personnes à charge Assurance-vie supplémentaire pour le conjoint Assurance-maladie complémentaire (comprenant l'assurance frais d'optique, l'assurance pour prothèses auditives et la couverture des coûts exorbitants en médicaments)	Période prenant fin lorsque l'employé compte un mois d'emploi continu à temps plein.
Assurance dentaire	Période prenant fin à l'expiration de la période de probation de l'employé.
Régime d'invalidité de longue durée	Période prenant fin le

	premier du mois qui suit l'accomplissement d'une période de trois mois d'emploi continu à temps plein, ou le jour même s'il s'agit d'un premier du mois.
Assurance contre les maladies graves	Période prenant fin lorsque l'employé compte 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.

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, par suite de négociations, 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 (reportez-vous à la partie 3 - «Définitions»).

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.
- En ce qui concerne l'assurance-vie, 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.
- En ce qui concerne l'assurance-maladie 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 à votre collègue vous fournira des renseignements sur vos options en matière des 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. Il est important que vous lisiez ce formulaire et que vous donniez des réponses complètes aux questions qui y sont posées, que vous le signiez et le datiez aux endroits prévus à cet effet, et que vous l'envoyiez à votre gestionnaire des avantages sociaux dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle vous êtes admissible à la couverture d'assurance maladie complémentaire pour ne pas compromettre votre droit à la couverture.

Ce formulaire d'adhésion contient également des renseignements sur la date d'expiration de la période probatoire qui s'applique 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 collège 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 collège 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 qui sont recueillis sont conservés par les collèges 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 collège :

- 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.

Accès à vos dossiers

Dans le cas des garanties assurées, lorsque la loi l'exige, vous pouvez obtenir une copie des documents suivants :

- votre formulaire d'adhésion ou de demande d'assurance;
- toutes déclarations écrites ou tout autre document que vous avez fournis à la Sun Life à titre de preuve d'assurabilité et qui ne font pas partie intégrante de la demande de couverture.
- avec un préavis raisonnable, le contrat. Le premier exemplaire est fourni sans frais, mais des frais peuvent être demandés pour des exemplaires additionnels.

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

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

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. Ainsi, 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

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

consécutifs.

Vous pouvez remplacer votre couverture individuelle par une couverture familiale et vice versa au titre de l'assurance-maladie complémentaire (qui comprend également l'assurance frais d'optique, l'assurance pour prothèses auditives et la couverture des coûts exorbitants en médicaments) 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 service des ressources humaines 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

Vous pouvez adhérer à l'assurance-vie complémentaire ou modifier votre couverture au titre de cette garantie, ou inscrire une nouvelle personne à charge à l'assurance-vie des personnes à charge, sans qu'un examen médical ou une attestation d'assurabilité soient exigés, pour autant que vous soyez effectivement au travail et que vous présentiez votre demande de couverture dans les 31 jours qui suivent :

- la date à laquelle votre état matrimonial 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 des 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 de votre collège.

**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 pouvez présenter une nouvelle attestation de bonne santé à la Sun Life chaque année. Cependant, 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**

La couverture dont vous bénéficiez à titre d'employé prend fin à la date suivante qui survient en premier :

- la date à laquelle vous cessez d'être employé;
- fin du mois au cours duquel vous prenez votre retraite;
- 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, si cette date est antérieure;
- dans le cas de l'assurance-vie complémentaire, de l'assurance-vie facultative des employés, de l'assurance-vie des personnes à charge et de l'assurance-vie supplémentaire pour le conjoint, fin du mois au cours duquel 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 des personnes à charge;
- date à laquelle la personne à charge cesse d'avoir la qualité de personne à charge admissible;
- date de votre décès. La personne à charge peut opter pour le maintien de l'assurance-maladie complémentaire (qui comprend également l'assurance frais d'optique, l'assurance pour prothèses auditives et la couverture des coûts exorbitants en médicaments) et de l'assurance dentaire offertes à la personne survivante (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. Veuillez communiquer avec le gestionnaire du programme d'assurance collective de votre collège ou accéder au site web du Conseil des employeurs des collèges, à l'adresse www.collegeemployercouncil.ca, pour obtenir des renseignements sur les critères d'admissibilité et les garanties offertes aux employés à la retraite.

Partie 9 - Prestations aux survivants

***Prestations aux survivants
Pour les personnes à charge admissibles des employés en service actif***

Si vous décédez pendant que vous êtes couvert par l'assurance-maladie complémentaire (qui comprend l'assurance frais d'optique, l'assurance pour prothèses auditives et la couverture des coûts exorbitants en médicaments) ainsi qu'au titre de l'assurance dentaire, la couverture des personnes à charge admissibles 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;
- 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-maladie complémentaire (qui comprend l'assurance frais d'optique, l'assurance pour prothèses auditives et la couverture des coûts exorbitants en médicaments) et de l'assurance dentaire. Suite à cette période, 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, elle peut alors demander la couverture au titre des garanties offertes aux retraités, pour autant que sa demande soit faite dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle vous (employé décédé) 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 collège informé de tout changement d'adresse ou de tout autre renseignement dont le collège 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;
- une preuve qu'elle reçoit une rente mensuelle viagère de

survivante au titre du Régime de retraite des CAAT.

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

Description générale de la garantie

L'assurance-maladie 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). Toutefois, des conditions d'admissibilité supplémentaires s'appliquent dans le cas des médicaments (voir la section *Programme d'autorisation préalable* pour en savoir plus). Par *médicalement nécessaire*, on entend généralement reconnu par le corps médical canadien comme efficace, approprié et requis pour traiter une maladie d'après les normes médicales canadiennes. Les prestations prévues par l'assurance-maladie 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, lorsque la loi le permet, les frais couverts au titre de l'assurance-maladie complémentaire sont intégrés avec certains régimes d'assurance provinciaux tels que le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels de l'Ontario (PAAF) 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.

Le terme médecin peut également s'entendre d'une infirmière praticienne – Si les lois provinciales applicables permettent aux infirmières praticiennes de fournir des ordonnances pour certains produits ou services, la Sun Life rembourse les frais admissibles de la

même façon que si les ordonnances venaient d'un médecin. Pour les médicaments, veuillez vous reporter à la section *Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments*.

Qui est couvert?

Tous les membres du personnel de soutien à temps plein qui ont accompli la période probatoire sont couverts par l'assurance-maladie 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

- La différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre semi-privée au Canada est couverte à 100 %.
- Les frais remboursables au titre de l'assurance frais d'optique sont couverts à 100 % à concurrence de 550 \$ 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 pour prothèses auditives sont couverts à 100 %, à concurrence de 3 500 \$ par période de 3 années de référence consécutives. (Voir le paragraphe sur l'assurance pour prothèses auditives pour plus de renseignements.)

Nota : Comme les années de référence sont précisées pour l'assurance frais d'optique et l'assurance pour prothèses auditives (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 liés 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;
- services médicaux admissibles;
- soins dentaires nécessaires par suite d'un accident.

Dans le cas des frais remboursables engagés pour ce qui suit, le pourcentage de remboursement est de 85 %, à concurrence d'une contribution maximale aux frais de 2 500 \$ par personne par année civile. Le pourcentage de remboursement passe à 100 % dès que la contribution maximale aux frais est atteinte pour :

- médicaments sur ordonnance admissibles.

Dans le cas des frais remboursables engagés pour ce qui suit, le pourcentage de remboursement est de 90 % :

- services paramédicaux.

***Prestations après la
cessation de la
couverture***

Si vous êtes totalement invalide au moment de la cessation de votre couverture au titre de l'assurance-maladie complémentaire, vous avez droit au remboursement des frais engagés pour le traitement de la maladie à l'origine de votre invalidité, comme si votre assurance au titre de la garantie était maintenue en vigueur pendant une période additionnelle de six mois.

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

Si vous êtes couvert par l'assurance-maladie 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**

Veillez noter que les médecins prescrivent parfois des médicaments en vente libre ou des vaccins qui, en vertu de la loi, ne nécessitent pas une ordonnance. 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 prévoit le remboursement de 85 % des frais admissibles pour les médicaments sur ordonnance, à concurrence d'une contribution maximale de 2 500 \$ par personne. Le pourcentage de remboursement pour les frais admissibles passe à 100 % dès que la contribution maximale aux frais de 2 500 \$ par personne par année civile est atteinte.

Les médicaments couverts au titre de la présente garantie doivent avoir un numéro d'identification du médicament (numéro DIN) pour être admissibles.

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

- 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 d'une 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 se limitent au coût de la quantité qu'il est raisonnable d'utiliser pendant une période de 34 jours ou, dans le cas de médicaments d'entretien, pendant une période allant jusqu'à 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 de produits prescrits :

- mélanges pour biberon (lait et substituts du lait), minéraux, protéines, vitamines et traitements au collagène.

-
- administration d'injections, de sérums et de vaccins;
 - 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).
- Personnes de 65 ans ou plus*
- médicaments biologiques, à la condition qu'il y ait un médicament biosimilaire traitant les mêmes indications, que vous remplissiez les critères d'admissibilité sur le plan de l'âge prévus par le régime d'assurance-médicaments de votre province et que l'initiative ou le programme de ce régime qui porte sur les médicaments biosimilaires (le programme) cible le médicament biologique. Cette exclusion s'appliquera même si le programme ne vous oblige pas à prendre un médicament biosimilaire pour l'affection à traiter. Si une raison médicale exige que vous preniez un médicament biologique, vous et votre médecin devez remplir une demande d'exception et nous la soumettre.

Personnes de 65 ans

- médicaments complexes non biologiques, à la condition qu'il y ait

ou plus

une version ultérieure du médicament traitant les mêmes indications, que vous remplissiez les critères d'admissibilité sur le plan de l'âge prévus par le régime d'assurance-médicaments de votre province et que l'initiative ou le programme de ce régime qui porte sur les médicaments biosimilaires (le programme) cible le médicament complexe non biologique. Cette exclusion s'appliquera même si le programme ne vous oblige pas à prendre une version ultérieure du médicament pour l'affection à traiter. Si une raison médicale exige que vous preniez un médicament complexe non biologique, vous et votre médecin devez remplir une demande d'exception et nous la soumettre.

***Programme
d'autorisation
préalable***

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

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

Vous pourriez avoir droit au remboursement de ces médicaments si les renseignements que vous et votre médecin avez fournis satisfont aux critères cliniques que la Sun Life a établi en fonction de facteurs comme

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

-
- votre réponse au traitement médicamenteux privilégié.

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

Les formulaires d'autorisation préalable de la Sun Life sont accessibles auprès des sources suivantes :

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

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

Le régime prévoit le remboursement 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
Prestations payables***

L'assurance-maladie complémentaire couvre 85 % des frais engagés pour les services médicaux ci-dessous prescrits par le médecin (les services donnés par un dentiste autorisé n'ont pas à être prescrits par le médecin).

***Soins d'infirmières
exerçant à titre privé***

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 :

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.

Ces services doivent consister en soins infirmiers; ils ne doivent pas

avoir pour objet la surveillance du malade.

Ambulance

Le RASO couvre les frais de transport local par 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 est à votre charge. L'assurance-maladie complémentaire couvre 85 % du montant de cette quote-part.

En cas d'urgence (ex. : maladie ou blessure 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-maladie complémentaire couvre ces frais à concurrence de la somme qui serait payable dans le cas du transport local terrestre par service ambulancier.

Services diagnostiques

Services diagnostiques suivants reçus hors de l'hôpital, sauf si votre régime provincial considère ces frais comme un service assuré :

- analyses de laboratoire, prescrites par le médecin.
- échographies.

Soins dentaires consécutifs à un accident

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 12 mois de l'accident. Les frais couverts sont limités aux honoraires prévus dans le tarif publié à l'intention des dentistes généralistes par l'association des chirurgiens-dentistes de la province 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 de frais médicaux, 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.

- 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 et les appareils microprocesseurs), y compris la réparation ou le remplacement d'yeux ou de membres artificiels nécessaires pour des raisons d'ordre médical. Les prestations peuvent être 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.
- oxygène et frais d'administration d'oxygène. Les prestations peuvent être 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.
- 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.
- systèmes de surveillance du glucose en continu (systèmes de SGC) – récepteurs, transmetteurs ou capteurs – pour les personnes qui ont reçu un diagnostic de diabète de type 1, sous réserve d'un maximum global de 4 000 \$ par personne par année de référence. Vous devez nous fournir une note du médecin confirmant le diagnostic.
- cannabis utilisé à des fins médicales, si les renseignements que vous et votre médecin traitant avez inscrits sur le Formulaire de préapprobation de la Sun Life pour le cannabis thérapeutique satisfont aux critères cliniques, y compris les symptômes, qui

s'appliquent aux affections que nous avons approuvées. Si vous présentez une demande de règlement qui porte sur le cannabis thérapeutique et qui n'a pas été préapprouvée, votre demande de règlement sera refusée. Le cannabis thérapeutique doit être distribué selon la réglementation de Santé Canada. La prestation maximale payable est de 5 000 \$ par personne par année de référence. Pour obtenir le Formulaire de préapprobation de la Sun Life pour le cannabis thérapeutique, appelez le Centre de service à la clientèle de la Sun Life sans frais au 1-800-361-6212.

***Chaussures
orthopédiques et
orthèses plantaires***

Orthèses plantaires faites sur mesure, ou chaussures orthopédiques faites sur mesure et modifications apportées à des chaussures orthopédiques, sur l'ordonnance du médecin, du podiatre ou podologue, jusqu'à un maximum de 2 paires par personne âgée de moins de 8 ans, et d'une paire par personne âgée de 8 ans ou plus, par année civile.

**Services
paramédicaux**

La garantie couvre 90 % des frais engagés pour les services ci-dessous, à concurrence d'un maximum combiné de 4 750 \$ par personne par année civile, pour l'ensemble des catégories de spécialistes paramédicaux, 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.

Services pour lesquels une ordonnance du médecin n'est pas exigée :

Acupuncteur, audiologiste, chiropraticien*, diététiste, ergothérapeute, massothérapeute, naturopathe*, ophtalmologiste, optométriste, orthophoniste, ostéopathe (cette catégorie de spécialistes paramédicaux comprend également les praticiens en ostéopathie)*, physiothérapeute, podiatre*, podologue*, psychologue, psychothérapeutes, travailleurs sociaux autorisés, thérapeutes conjugaux et familiaux 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 *Coordination 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 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.

Coordination du régime avec les programmes de l'État

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

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

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

Assurance frais d'optique

Lorsqu'il s'agit de corriger un trouble visuel, la garantie couvre les lentilles cornéennes, la 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 articles doivent être fournis 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 550 \$ par année de référence pour les personnes de moins de 18 ans, l'année de référence commençant le 1^{er} janvier, 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} janvier 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.

**Assurance pour
prothèses auditives**

Lorsqu'il s'agit de corriger un trouble auditif, 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 3 500 \$ par personne pour la période de référence de trois ans commençant le 1^{er} janvier 2022.

En plus des appareils auditifs habituels, la garantie couvre les appareils ci-dessous qui sont prescrits par le médecin :

- appareils produisant des signaux sonores extra forts, par exemple une sonnerie ou un avertisseur sonore;
- appareils qui permettent de régler le volume d'un appareil téléphonique plus haut que les niveaux habituels;
- combiné téléphonique à conduction osseuse;
- les piles nécessaires à ces appareils ainsi que les réparations aux appareils;
- 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;
- décodeurs de sous-titrage pour malentendants permettant de regarder des émissions sous-titrées;
- appareils produisant un signal visuel ou vibratoire, y compris les avertisseurs d'incendie qui produisent une alerte visuelle.

Ces frais sont couverts sous réserve du maximum de 3 500 \$ et de la

période de référence indiqués ci-dessus.

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

Si vous êtes couvert par l'assurance frais d'optique, l'assurance pour prothèses auditives et la couverture des coûts exorbitants en médicaments du présent régime et d'un autre régime, nous appliquons le principe de la coordination des prestations conformément aux normes établies dans l'industrie de l'assurance. 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 présentons une brève description de certains des services qui sont intégrés à votre garantie assurance-maladie complémentaire.

Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF) : Le PAAF 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 de plus amples renseignements au sujet de ce programme. Le programme couvre par exemple, les frais de prothèses auditives, les orthèses, les articles nécessaires à la suite d'une stomie, les prothèses (telles que les prothèses mammaires), les pompes à insuline et fournitures, 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 POD couvre les frais 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 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 quittez la province

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 à l'assurance-santé complémentaire de ce 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-maladie 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 le fournisseur du PVA de la Sun Life. Tous les procédés invasifs et les procédés d'investigation (y compris toute intervention chirurgicale, angiographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographie par émission de positons (TEP), tomодensitométrie) doivent être autorisés au préalable par Le fournisseur du PVA de la Sun Life, sauf dans des circonstances extrêmes où une intervention chirurgicale doit être effectuée d'urgence immédiatement après l'admission à l'hôpital.

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

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

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

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

- services médicaux qui ne sont pas requis immédiatement ou qui

pourraient raisonnablement être reportés jusqu'à votre retour dans la province de votre domicile, à moins que votre état de santé soit tel que vous ne pouvez pas raisonnablement retourner dans cette province avant d'avoir reçu ces services.

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

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

Les *services reçus à la recommandation du médecin* doivent être donnés pour le traitement d'une maladie et prescrits par un médecin exerçant dans la province de votre domicile. 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, le fournisseur du Programme Voyage Assistance (PVA) de la Sun Life peut vous aider. (Pour des renseignements sur le fournisseur du PVA de la Sun Life, 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-maladie 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-maladie 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-maladie

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

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

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

**Assistance médicale
immédiate**

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

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

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

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

Le fournisseur du PVA de la Sun Life 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.

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

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

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

**Nourriture et
logement**

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

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

**Retour de personnes
en difficulté**

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

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

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

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

**Visite d'un membre
de la famille**

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

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

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

**Retour de la
dépouille**

Si vous décédez au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile, le fournisseur du PVA de la Sun Life veille à obtenir les autorisations prescrites par l'État et à régler les frais nécessaires pour le transport de 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

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

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, le fournisseur du PVA de la Sun Life vous apporte son aide en communiquant avec les autorités compétentes et en vous indiquant les mesures à prendre en vue de remplacer les articles perdus ou volés.

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 le fournisseur du PVA de la Sun Life assurent la coordination des prestations avec la plupart des régies provinciales d'assurance-maladie et avec tous les assureurs, et vous envoient un paiement couvrant les frais remboursables. Le fournisseur du PVA de la Sun Life vous demandera de signer une formule l'autorisant à agir en votre nom.

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.

**Sommes qui vous
sont remboursées**

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.

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

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

**Sommes que vous
devez rembourser**

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

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

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

Restrictions

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

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

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

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

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

Partie 12 - Assurance dentaire

Description générale de la garantie

Prestations payables

- 100 % des frais remboursables engagés pour les soins dentaires de prévention.
- 100 % des frais remboursables engagés pour la restauration et chirurgie dentaire.
- 100 % des frais remboursables engagés pour les services de prothèse.
- 50 % des frais remboursables engagés pour les incrustations en profondeur et de surface, les couronnes et leur réparation, les réparations de ponts, la confection et mise en place de ponts et des implants.
- 50 % des frais remboursables engagés pour les 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 : Restaurations majeures - Couronnes, ponts et implants	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

- Examen initial; un 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

- Panographie ou série complète de radiographies; une par période de 24 mois consécutifs.
- Un ensemble de radiographies interproximales par période de 6 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 6 mois consécutifs; limite de 2 polissages et applications topiques de fluorure par année civile.

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

- 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.

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

- Extraction de dents.
- Endodontie – Traitement radiculaire et obturation des canaux, et traitements des maladies de la pulpe.

- Parodontie – Traitement des maladies des gencives et des autres éléments de soutien.
- Chirurgie buccale – Traitement chirurgical et anesthésie à cette fin, sauf les frais de chirurgie relatifs à des implants (*Catégorie E*)
- 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 :

- Prothèses amovibles complètes (supérieure et/ou inférieure); une par maxillaire par période de 3 années consécutives.
- Prothèses amovibles partielles; une 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.

Confection et mise en place de prothèses amovibles standard. La garantie est limitée aux dents extraites en cours de couverture. Les frais engagés pour des prothèses amovibles standard de remplacement moins de 3 ans après la confection ou la mise en place précédente sont remboursables aux conditions suivantes :

- dans le cas du remplacement 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.

**Restaurations
majeures :
Couronnes, ponts et
implants
(Catégorie E – 50 %)**

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

- Ponts.
- Réparations de ponts.
- Incrustations en profondeur.
- Incrustations de surface.
- Tenons sur des incrustations en profondeur et de surface, et sur des

couronnes.

- Installation de pivots.
- Couronnes et réparations de couronnes.
- Implants.

Confection et mise en place de ponts. La garantie est limitée aux dents extraites en cours de couverture. Les frais engagés pour des ponts de remplacement moins de 3 ans après la confection ou la mise en place précédente sont remboursables dans le cas du remplacement d'un pont nuit à l'articulation temporo-mandibulaire et ne peut être réparée à peu de frais.

Implants

Implants, y compris les frais de chirurgie, sous réserve de toutes les restrictions qui auraient été appliquées au titre du présente régime pour une couronne sur dent ou une prothèse non reliée à un implant, respectivement, s'il n'y avait pas eu d'implant. La couverture des implants ne s'applique qu'aux dents extraites ou perdues à compter du 29 décembre 2022.

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.

La garantie couvre les frais d'examens d'orthodontie, notamment les services de diagnostic et les appareils fixes ou amovibles comme les arcs dentaires.

Les soins orthodontiques couverts sont les suivants :

- Entretien que le dentiste doit avoir avec le patient.
- Services de diagnostic - moulage orthodontique.
- Observations et ajustements.
- Réparations.
- Modifications.
- Recimentation.
- Séparation.
- Appareils orthodontiques fixes – bilatéraux/unilatéraux ou amovibles.
- Appareils servant à la suppression de mauvaises habitudes buccales.
- Thérapie myofonctionnelle.

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

Comment procéder?

- Appareils de contention.

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.

Vous pouvez demander à votre dentiste de nous transmettre les renseignements pertinents 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 détermine le montant des prestations payables en tenant compte des méthodes de traitement équivalentes les moins coûteuses admises dans la pratique de la médecine dentaire. Vous saurez donc quelle sera la part des frais à votre charge avant que le traitement ne soit entrepris.

Frais de laboratoire

- Certains soins nécessitent le recours aux services d'un laboratoire commercial et peuvent entraîner par conséquent des frais de laboratoire. L'assurance dentaire prévoit que les frais raisonnables et habituellement exigés entrent dans le calcul des prestations, sous réserve des mêmes conditions quant à la quote-part de l'assuré que celles qui s'appliquent aux frais dentaires auxquels les frais de laboratoire sont associés et du maximum global applicable à l'ensemble des frais dentaires. Veuillez noter que la détermination préalable des prestations ne tient pas compte des frais de laboratoire, mais que ces frais sont remboursés dans la proportion appropriée en même temps que les frais dentaires.

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.

Couverture au titre de plus d'un contrat

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

Ce qui n'est pas couvert

La garantie ne couvre pas ce qui suit :

- services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainés par l'État, sauf si le présent régime en prévoit expressément le remboursement.
- 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 ou dans l'exercice d'un sport, à l'exception des protège-dents.
- transplants et modification des rapports entre maxillaires.

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 d'un acte criminel;
- 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 de la province ou 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 de la garantie

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 collège.

Si vous avez été embauché comme employé à temps plein le 1^{er} septembre 2005, ou après cette date, vous avez droit aux prestations d'invalidité de courte durée (ICD) dès la fin du premier jour de travail effectif au collège.

Le régime ICD prévoit le versement de prestations pour les 130 premiers jours ouvrables où vous vous absentez en raison d'une maladie ou d'une invalidité pendant une « année de régime ».

Vous recevrez pour les dix (10) premiers jours ouvrables de « l'année de régime » un montant correspondant à 100 % de votre salaire de base normal; vous recevrez pour le reste des 130 jours ouvrables un montant correspondant à 75 % de votre salaire de base normal. Dans le cas des employés qui en sont à leur première année de service, le nombre de jours ouvrables donnant droit à un montant correspondant à 100 % du salaire sera calculé au prorata du nombre de jours travaillés dans l'année.

« L'année de régime » commence le 1^{er} septembre de chaque année.

Si vous revenez au travail une fois remise ou remis d'une maladie ou d'une invalidité mais que vous devez vous absenter de nouveau pour cause de maladie ou d'invalidité pendant l'année de régime, les prestations d'ICD reprendront là où elles ont été interrompues.

Les prestations intégrales d'ICD sont en général rétablies le premier jour ouvrable de chaque nouvelle année de régime, pourvu que vous

travailliez activement à temps plein ce jour-là et que vous ne soyez pas absente ou absent de nouveau pour une raison identique ou connexe à celle pour laquelle vous avez reçu des prestations au cours de l'année de régime précédente. Si vous êtes absente ou absent ce jour-là, les procédures suivantes s'appliqueront :

(1)(a) Les prestations intégrales du régime ICD seront rétablies un mois après votre retour à vos heures normales de travail, pourvu que vous ne soyez pas de nouveau absente ou absent en raison de la même maladie ou invalidité.

(b) Si vous êtes absente ou absent en raison de la même maladie ou invalidité, vous ne recevrez que le reste des prestations auxquelles vous aviez droit pendant l'année de régime précédente.

(2) Si vous retournez à vos heures normales de travail et que vous vous absentez dans les 30 premiers jours civils suivant votre retour en raison d'une maladie ou d'une invalidité différente, les prestations intégrales seront rétablies à la fin de cette période. Cependant, il est possible, tel qu'indiqué ci-après, d'utiliser le cumul des jours non utilisés de l'année de régime précédente pour couvrir cette absence.

Les prestations d'invalidité de courte durée seront réduites en fonction des autres prestations d'invalidité reçues, notamment du Régime de pensions du Canada ou de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail.

CUMUL DES JOURS NON UTILISÉS DU RÉGIME D'ICD

Le solde des dix (10) jours payables à 100 % non utilisés à la fin de l'année de régime sera reporté sur l'année de régime suivante, et pourra être utilisé dans les années subséquentes. Le cumul des jours non utilisés ne doit pas dépasser 120 jours ouvrables et ne peut être utilisé qu'aux fins des prestations d'ICD.

Cette disposition permet de vous servir du cumul des jours non utilisés du régime d'ICD pour accroître de dix (10) jours ouvrables, à un maximum de 130, le nombre de jours pendant lesquels vous

recevez un montant correspondant à 100 % de votre salaire de base normal. Une fois ces jours utilisés, vous recevrez, pour le reste des 130 jours ouvrables autorisés pour l'année de régime, un montant correspondant à 75 % de votre salaire de base normal.

Au moment de la retraite ou en cas de mise à pied ou de fin d'emploi, les jours non utilisés inscrits à votre crédit seront considérés nuls et nonavenus.

Après avoir épuisé les prestations des 130 jours ouvrables dans le cadre d'une année de régime d'invalidité de courte durée (en plus des prolongations disponibles, s'il y a lieu, aux termes des dispositions ci-dessous sur les crédits de congés de maladie accumulés), vous pourrez peut-être recevoir des prestations en vertu du régime d'assurance-invalidité de longue durée souscrit auprès de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Le coût intégral des prestations d'invalidité de courte durée est assumé par le collègue.

**CRÉDITS DE CONGÉS DE MALADIE ACCUMULÉS AVANT
LE 1^{ER} SEPTEMBRE 1973 QUI NE S'APPLIQUENT PAS AUX
MEMBRES DU PERSONNEL DE SOUTIEN EMBAUCHÉS
APRÈS LE 1^{ER} SEPTEMBRE 1973**

Vos crédits de congés de maladie accumulés avant le 1^{er} septembre 1973 seront maintenus. Cependant, il n'y aura plus de cumuls ou de transferts des congés de maladie après le 1^{er} septembre 1973. Les cumuls existants seront gelés et seront utilisés aux fins du régime ICD. Les cumuls existants seront gelés et seront utilisés aux fins du régime ICD. Un quart de chaque crédit figurant au cumul servira à porter de 75 % à 100 %, l'indemnité journalière prévue par le régime d'ICD.

Si, à la fin de la période de 130 jours ouvrables prévue par le régime ICD, il vous reste des crédits non utilisés dans votre cumul des congés de maladie, vous continuerez de recevoir un montant correspondant à 100 % de votre salaire de base normal jusqu'à ce que ces crédits soient épuisés. Le versement des prestations d'invalidité de

longue durée sera retardé jusqu'à ce que tous vos crédits aient été utilisés.

Toutes les dispositions d'acquisition établies ou acceptées par le collègue et applicables aux crédits antérieurs de congés de maladie reconnus au début de l'emploi continueront de s'appliquer aux crédits non utilisés du cumul, conformément aux conditions et aux règles établis par le collègue au début de l'emploi. Les dispositions d'acquisition établies par le collègue et applicables aux crédits actuels de congés de maladie accumulés au cours de l'emploi avec le collègue s'appliqueront à tous les crédits non utilisés du cumul. Le montant en dollars des prestations en espèces devant être versées conformément aux conditions pertinentes établies par le collègue sera fondé sur le salaire de l'employée ou de l'employé au 31 décembre 1977 ou, dans le cas de certains anciens fonctionnaires qui ont pris leur retraite avant le 31 décembre 1977, à la date de cette retraite. La gratification est calculée selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Nombre de jours de crédits}}{2} \times \frac{\text{Salaire au 31 décembre 1977}}{261}$$

Les prestations en espèces pouvant être versées suite au décès d'une employée ou d'un employé seront établies de la même façon que pour une retraite.

Les dispositions d'acquisition font une distinction entre les crédits de congés de maladie accumulés avant et après s'être joint au collègue. Le cumul sera donc déterminé selon la règle du tour de roulement (p. ex. les crédits transférés d'un autre régime seront utilisés avant les crédits tirés du régime du collègue).

Comme ces prestations s'appliquent à l'ancien régime de congés de maladie accumulés, celles-ci seront payées par le collègue.

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

Description générale de la garantie

À titre de membre du personnel de soutien, vous bénéficiez de la garantie Invalidité de longue durée qui prévoit le versement de 66 2/3 % de votre salaire normal pendant que vous demeurez frappé d'invalidité totale. Les employés qui reçoivent des prestations d'invalidité au titre du régime en vigueur jusqu'au 1^{er} septembre 1974, continueront de recevoir les prestations prévues par le régime original représentant 60 % du salaire normal tant que l'invalidité totale subsiste, sous réserve des dispositions du régime original.

Si vous êtes frappé d'invalidité totale en cours de couverture, la Sun Life vous verse, sous réserve des restrictions et des exclusions qui s'appliquent, des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée tant que votre invalidité totale subsiste après l'expiration du délai de carence. Le versement des prestations prend fin dès que cesse l'invalidité totale ou au plus tard le premier jour du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans. Vous avez droit à ces prestations si vous présentez à la Sun Life 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 depuis le début de l'invalidité.

Si le contrat collectif est résilié pour quelque raison que ce soit pendant que vous touchez des prestations d'invalidité de longue durée, l'indemnisation se poursuit conformément aux conditions du contrat collectif.

Qu'entend-on par «invalidité totale»?

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

- durant le délai de carence et les 24 mois subséquents (cette période est désignée sous le terme de **période relative à la profession habituelle**), si vous êtes continuellement incapable en raison d'une maladie d'accomplir les tâches essentielles de votre

profession habituelle, dans n'importe quel lieu de travail, y compris dans un autre service ou emplacement auprès de votre employeur ou auprès d'un autre employeur,

- et, par la suite, si vous êtes continuellement incapable, en raison d'une maladie, d'exercer auprès de tout employeur quelque profession qui convienne à la formation ou à l'expérience que vous avez ou que vous pourriez acquérir.

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

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 collège paie 75 % de la prime de ce régime, les prestations que vous touchez sont imposables.

Début de l'indemnisation

Le versement des prestations d'invalidité de longue durée commence **dès que toutes les conditions suivantes sont remplies :**

- vous avez été totalement invalide durant une période ininterrompue de 130 jours ouvrables (y compris les jours fériés et les congés offerts par le collège) au cours de 12 mois,
- vous cessez d'avoir droit à des prestations d'invalidité de courte durée, à des prestations pour perte de revenu, ou à toute forme de maintien du salaire.

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

Les prestations d'invalidité de longue durée ne vous sont pas versées automatiquement. Vous devez présenter une demande de prestations d'ILD. Vous pourriez aussi avoir droit aux prestations d'invalidité prévues par le Régime de pensions du Canada et nous vous recommandons de communiquer avec le bureau des Programmes de la sécurité du revenu, Développement des ressources humaines Canada (DRHC) le plus proche.

Si votre invalidité totale commence au cours d'une d'absence

autorisée durant laquelle votre couverture est maintenue, vous avez droit aux prestations à compter du jour où vous deviez normalement reprendre le travail à temps plein auprès de votre employeur. Vous devez avoir été totalement invalide pendant une période ininterrompue de 26 semaines et être encore totalement invalide à la date à laquelle vous deviez normalement reprendre le travail à temps plein auprès de votre employeur.

Le fait que vous cessiez d'être effectivement au travail n'est pas considéré en soi comme une absence pour cause d'invalidité totale.

***Admissibilité à la
couverture***

La période probatoire correspond à la période allant de la date de votre entrée au service du collège comme membre du personnel à temps plein jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel vous comptez trois mois de services à temps plein. La couverture prend effet le lendemain de l'expiration de la période probatoire, pour autant que vous soyez effectivement au travail 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.

***Cessation de la
couverture***

La couverture prévue par la garantie Invalidité de longue durée prend fin :

- le jour où il reste à courir, avant votre 65^e anniversaire, une période égale au délai de carence ou,
- le jour de votre départ à la retraite, si votre départ a lieu antérieurement.

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

Si votre invalidité totale commence au cours d'une d'absence autorisée durant laquelle votre couverture est maintenue, vous avez droit aux prestations à compter du jour où vous deviez normalement reprendre le travail à temps plein auprès de votre employeur. Vous devez avoir été totalement invalide pendant une période ininterrompue de 26 semaines et être encore totalement invalide à la date à laquelle vous deviez normalement reprendre le travail à temps plein auprès de votre employeur.

Le fait que vous cessiez d'être effectivement au travail n'est pas considéré en soi comme une absence pour cause d'invalidité totale.

**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 êtes toujours admissible 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 ne vous versera pas de prestations. Un examen par un médecin indépendant peut aussi être exigé pour établir que l'invalidité totale subsiste.

**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 normal 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 la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.
- Prestations prévues pour l'employé, au titre de toute législation, pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure de l'employé.
- Prestations d'invalidité prévues par tout régime d'assurance automobile, dans la mesure où cette déduction n'est pas interdite par la loi.

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

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

Si vous avez droit à l'un des montants ci-dessus, nous ferons une

estimation de ces prestations ou de ce revenu et déduirons le montant estimé de votre prestation d'invalidité mensuelle lorsque vous :

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

dans les 30 jours suivant notre demande de renseignements.

Nota :

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» :

- augmentations automatiques liées à l'indice du coût de la vie qui sont apportées aux prestations du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada pendant le délai de carence ou pendant que vous touchez des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée;
- prestations d'assurance-emploi;
- prestations payables en vertu de tout contrat individuel d'assurance vie ou invalidité;
- prestations prévues pour les personnes à charge de l'employé, au titre de toute législation, pour la même invalidité ou toute

invalidité ultérieure de l'employé.

**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.

**Programme de
réadaptation**

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. Dans le cas où un programme de réadaptation pourrait être avantageux dans votre cas, le gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue ou un conseiller de la Sun Life communiquera avec vous.

S'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, votre représentant syndical local, votre médecin traitant, la Sun Life et vous-même.

**Rente de
réadaptation**

Pendant votre participation au programme de réadaptation, vous pouvez recevoir des prestations d'invalidité de longue durée, ainsi que des revenus provenant d'autres sources. Toutefois, les prestations d'invalidité de longue durée sont réduites d'une somme égale à 50 % du revenu que vous touchez dans le cadre du programme de réadaptation.

Si votre revenu total au cours d'un mois donné est supérieur à 100 % du salaire de base, indexé sur l'inflation, que vous touchiez avant votre invalidité (diminué des impôts sur le revenu fédéral et provincial), les prestations d'invalidité de longue durée sont réduites de l'excédent.

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

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

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

Pendant une invalidité totale, si vous effectuez pour votre employeur des tâches modifiées pendant le délai de carence, vous continuerez d'être considéré comme totalement invalide, à condition que vous demeuriez incapable, en raison d'une maladie, d'accomplir les tâches essentielles de votre profession habituelle. Dans un tel cas, le fait d'accomplir des tâches modifiées n'a pas d'incidence sur la date du début du versement des prestations d'invalidité de longue durée ni sur le salaire de base qui est utilisé pour calculer les prestations.

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

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

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.

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 le
programme
d'assurance
collective sera-t-il
touché?**

Votre couverture au titre de l'assurance-vie du personnel, de l'assurance-santé complémentaire (comprenant l'assurance frais d'optique, l'assurance prothèses auditives et la couverture des coûts exorbitants en médicaments), de l'assurance dentaire et l'assurance contre les maladies graves 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.

Qui paie la prime?

Si vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée, le collège paie la totalité (100 %) de la prime pour l'assurance-maladie complémentaire, l'assurance frais d'optique, l'assurance pour prothèses auditives, la couverture des coûts exorbitants en médicaments et l'assurance dentaire pour autant que vous soyez couvert par ces garanties à la date à laquelle vous commencez à toucher des prestations d'invalidité de longue durée. Vous devrez payer la prime pour la garantie Maladies graves.

Vous n'avez aucune prime à payer pour votre assurance-vie, si vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée

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 collège 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 collège peut vous faire, de modifier vos tâches;
- reprendre votre travail habituel pendant les 24 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 24 premiers mois de la période d'indemnisation;
- trouver du travail dans une autre profession après les 24 premiers mois de la période d'indemnisation;
- obtenir toutes les autres prestations ou tous les autres revenus auxquels vous pouvez avoir droit.

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

Fin de l'indemnisation

Le versement des prestations d'invalidité de longue durée prend fin

dès que se réalise l'une des situations suivantes :

- 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 décédez.

Retour au travail

Lorsque vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée et que vous êtes médicalement apte à reprendre les fonctions de votre ancien poste dans les 24 mois qui suivent la date à laquelle vous avez eu droit aux prestations, vous serez affecté dans un délai raisonnable à l'un des postes ci-dessous :

- le poste que vous occupiez auparavant;
- ou un poste d'une classe comparable commandant le même échelon salarial que votre ancien poste, pour autant qu'un tel poste existe et que vous soyez apte à exercer les fonctions du poste.

Si vous travaillez selon un horaire réduit, c'est-à-dire vous n'effectuez pas le nombre d'heures normalement prévu pour le poste que vous occupez à votre retour au travail, votre salaire, les prestations d'invalidité de courte durée auxquelles vous avez droit (le cas échéant) et votre paie de vacances seront calculés au prorata.

Vous ne pouvez être tenu de reprendre le travail pendant la période de 24 mois suivant le début du versement des prestations d'invalidité de longue durée à moins que vous ne soyez médicalement apte à exercer les fonctions du poste que vous occupiez précédemment.

La recherche montre que les programmes de retour au travail les mieux réussis sont ceux qui sont entrepris le plus tôt possible après le début de l'invalidité.

Si vous avez des questions à poser au sujet du retour au travail, n'hésitez pas à communiquer avec le gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue, avec votre représentant syndical local ou avec la Sun Life.

**Cas où les
prestations ne sont
pas payables**

Restrictions

Aux termes du contrat collectif, aucune prestation d'invalidité de longue durée n'est payable par la Sun Life :

- pour toute période pendant laquelle vous n'êtes pas suivi par un médecin et recevez le traitement approprié;
- pour toute période 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;
- pour toute période 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.
- pour toute période 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 ce cas.
- pour toute période de plus de 4 mois 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.
- pour toute période au cours de laquelle vous purgez une peine de prison ou êtes incarcéré dans un établissement analogue.

**Cas où les
prestations ne
sont pas payables**

Exclusions

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 :

Aucune prestation n'est payable 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;
- perpétration d'un acte criminel.

**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.

***Recours contre les
tiers responsables***

**Contrat n° 50834
Personnel de soutien**

Régime d'invalidité de longue durée

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 ne comprend pas 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 de base a pour objet d'éviter que votre bénéficiaire n'éprouve des difficultés financières importantes advenant votre décès. Vous êtes couvert par cette garantie 24 heures sur 24 tant que vous demeurez au service du collège et que vous satisfaites aux conditions d'admission à la garantie énoncées dans le contrat collectif.

**Assurance-vie de base
(obligatoire)**

Le capital de l'assurance-vie de base est de 25 000 \$.

**Assurance Décès et mutilation accidentels
(obligatoire)**

En plus de l'assurance-vie de base, vous êtes couvert par l'assurance Décès et mutilation accidentels (D et MA), dont le capital s'élève à 25 000 \$. Des précisions à ce sujet sont données aux pages suivantes.

**Assurance-vie complémentaire
(facultative)**

Vous pouvez souscrire un capital complémentaire égal à un multiple de 10 000 \$ et pouvant atteindre un maximum de 50 000 \$.

**Assurance- vie facultative des employés
(facultative)**

Pour autant que vous ayez souscrit le maximum de 50 000 \$ 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 50 000 \$ au titre de l'assurance- vie facultative des employés.

Capital maximal global

Le capital maximal est de 125 000 \$ pour l'ensemble de votre assurance-vie de base, de votre assurance vie complémentaire et de votre assurance-vie facultative.

Contrairement à l'assurance Décès et mutilation accidentels, l'assurance-vie de base, l'assurance-vie complémentaire et l'assurance-vie facultative des employés ne sont assujetties à aucune exclusion.

Aucune attestation d'assurabilité

Vous et votre conjoint n'avez pas à subir d'examen médical ou à présenter d'autre attestation d'assurabilité pour être admis à l'assurance-vie facultative, pour autant que vous soyez effectivement au travail au moment où vous présentez votre demande d'adhésion et que celle-ci soit présentée dans les 31 jours qui suivent :

- l'expiration de la période probatoire,
- la date à laquelle vous avez une première ou une nouvelle personne à charge,
- ou la date à laquelle votre état matrimonial change.

Qu'advient-il si je ne présente pas ma demande dans le délai de 31 jours ou si je veux augmenter mon assurance-vie?

Vous devez présenter à la Sun Life une attestation d'assurabilité. Votre couverture ne prend effet qu'à la date à laquelle l'attestation d'assurabilité que vous avez présentée est acceptée par la Sun Life. Veuillez noter que votre demande d'adhésion pourrait être refusée. Il convient donc d'examiner soigneusement vos besoins en matière d'assurance-vie avant de refuser l'assurance-vie la première fois qu'elle vous est offerte.

Garantie en cas d'invalidité totale

(Le titulaire du contrat a l'entière responsabilité de la couverture sur les plans légal et financier en cas d'invalidité totale. La Sun Life agit uniquement comme gestionnaire de la garantie pour le compte du titulaire du contrat.)

Si vous êtes frappé d'invalidité totale avant votre départ à la retraite ou l'âge de 65 ans, selon l'événement qui survient en premier, l'assurance-vie pour vous et les personnes à charge est maintenue sans que vous ayez à en payer la prime pendant que vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée (ILD). L'assurance ainsi maintenue est assujettie aux dispositions du contrat qui étaient en vigueur au début de votre invalidité totale, y compris celles qui portent sur la réduction et sur la cessation de l'assurance. De plus, toute couverture maintenue auprès de la Sun Life prend fin à la date de cessation de la garantie couvrant la personne assurée.

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 est égal à 25 000 \$.

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 de 25 000 \$. 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;
- disparaissiez par suite de la destruction, de la submersion, de l'atterrissage forcé, de l'échouement ou de la disparition accidentels du véhicule dans lequel vous vous trouviez et 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 25 000 \$. Le pourcentage diffère selon la nature du dommage. Le tableau ci-après indique le pourcentage prévu pour chaque dommage subi. Cependant, seule la prestation la plus élevée est versée lorsque l'employé subit plusieurs pertes à un membre, par suite du même accident, et les prestations versées pour l'ensemble des pertes subies dans un même accident ne peuvent dépasser 25 000 \$.

TABLEAU DES PRESTATIONS

Décès	100 %
Perte des deux mains	100 %
Perte des deux pieds	100 %
Perte d'une main	50 %
Perte d'un pied	50 %
Perte du pouce et de l'index de la même main	33,33 %
Perte de l'usage des deux bras	100 %
Perte de l'usage d'une main et d'un pied	100 %
Perte de l'usage des deux jambes	100 %
Perte de l'usage d'un bras et d'une jambe	100 %
Perte de l'usage d'un bras	50 %
Perte de l'usage d'une jambe	50 %
Perte de la vision d'un œil	50 %
Perte de la vision des deux yeux	100 %
Perte de la vision d'un œil et perte d'une main ou d'un pied	100 %

Définitions

- 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 perte de la vision doit être totale et définitive.

La perte de l'usage d'un membre doit être totale et elle doit subsister pendant au moins 12 mois. Avant que les prestations ne puissent être versées, la perte doit avoir été reconnue comme étant définitive.

Ce qui n'est pas couvert

Aucune prestation n'est payable relativement aux dommages :

- résultant de blessures provoquées intentionnellement par l'assuré, notamment à l'occasion de la manipulation d'une arme à feu;
- 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'un suicide ou d'une tentative de suicide, que la personne ait ou non alors été atteinte d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non voulu ou compris les conséquences de son geste
- 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 pour le compte du collège),
 - ☐ il était transporté pour faire du parachutisme,
 - ☐ il était militaire et l'appareil était nolié par l'armée ou placé sous l'autorité de celle-ci;
- 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;

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, vous demeurez couvert par l'assurance Décès et mutilation accidentels (pour autant que votre couverture soit en vigueur au début de votre invalidité totale).

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 des personnes à charge

Description générale de la garantie (facultative)

L'assurance-vie des personnes à charge est une assurance temporaire qui couvre votre conjoint et les personnes à votre charge pendant que vous demeurez au service du collège et tant que ceux-ci satisfont aux conditions ouvrant droit à la garantie.

Capital

Conjoint : 15 000 \$ Chaque enfant : 3 000 \$

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.

Attestation de bonne santé

Une attestation de bonne santé est exigée pour tout montant d'assurance, sauf si vous demandez l'assurance dans les 31 jours qui suivent la date d'expiration de la période probatoire ou l'inscription d'une nouvelle personne à charge.

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 des personnes à votre charge est maintenue (pour autant que la couverture soit en vigueur au début de votre invalidité totale).

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 supplémentaire pour le conjoint

Description générale de la garantie (facultative)

(Cette assurance n'est offerte que si vous avez opté pour l'assurance-vie des personnes à charge.)

Cette garantie vous est offerte à titre de complément de l'assurance-vie des personnes à charge. Le capital de l'assurance vous est versé en cas de décès de votre conjoint.

Capital

Vous pouvez opter pour une assurance-vie facultative du conjoint d'un capital égal à un multiple de 10 000 \$ jusqu'à un maximum de 60 000 \$.

Attestation de bonne santé

Une attestation de bonne santé est exigée pour toute augmentation du capital de l'assurance-vie supplémentaire pour le conjoint. L'augmentation prend effet à la date à laquelle la Sun Life accepte l'attestation de bonne santé.

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 supplémentaire pour le conjoint est maintenue (pour autant que la couverture soit en vigueur au début de votre invalidité totale).

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 demander que le capital de votre assurance soit réglé à un bénéficiaire que vous désignez 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 sur le site masunlife.ca ou qui est inscrit dans les dossiers des services des ressources humaines du collège. 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 collège 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 connecter pour revoir et mettre à jour votre désignation de bénéficiaire sur masunlife.ca ou procurer un formulaire auprès du service des ressources humaines du collège.

Transformation de l'assurance-vie collective

Transformation de votre assurance-vie collective

En cas de cessation ou de réduction de votre assurance-vie par suite de changements liés à l'âge ou à la cessation de votre emploi, vous pouvez demander la transformation de l'assurance-vie collective qui a 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 collège 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 collège, 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.

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 collège.

Transformation de

En cas de cessation de l'assurance-vie des personnes à charge,

l'assurance-vie des 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 mon conjoint?

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

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

Si votre conjoint décède 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 vous est réglé en totalité.

Partie 16 – Assurance contre les maladies graves

Description générale du régime	L'assurance contre les maladies graves procure une protection que le régime d'invalidité, l'assurance-vie et l'assurance-maladie 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 (reportez-vous à la brochure sur l'assurance contre les maladies graves pour plus de renseignements).
Admissibilité à la couverture	Vous pouvez demander la couverture pour vous-même et/ou pour votre conjoint si vous êtes membre du personnel de soutien à temps plein des Collèges d'arts appliqués et de technologie. Pour être admissible à la couverture, vous devez remplir les conditions suivantes : ▪ avoir entre 18 et 69 ans; ▪ résider au Canada; ▪ être effectivement au travail; ▪ produire une attestation d'assurabilité.
Date d'admissibilité	Dès la fin de la période probatoire qui est d'un mois de service continu à temps plein.
Couverture	Vous pouvez demander, vous et votre conjoint, un montant d'assurance pouvant aller jusqu'à 200 000 \$ par tranches de 25 000 \$.

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 que cette personne ait ou non alors été atteinte d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non voulu ou compris les conséquences de son geste;
 - 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 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 70^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 70 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 60 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

Délai de prescription en Ontario :

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

Délai de prescription dans les autres provinces :

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

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 de fournitures médicales. 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 90 jours après la cessation de votre assurance-maladie 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

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

demande de règlement.

Si vous êtes couvert par l'assurance-maladie complémentaire du présent régime et que 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 lieu. Nous vous donnons quelques indications à ce sujet :

- Si vous demandez le remboursement de frais engagés par votre conjoint et si celui-ci est couvert par un autre régime pour ces frais, vous devez présenter la demande au titre du régime de votre conjoint en premier.
- Si vous demandez le remboursement de frais engagés par vos enfants et si vous et votre conjoint êtes couverts par des régimes différents, vous devez présenter la demande au titre du régime de celui d'entre vous (père ou mère) dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année civile. Ainsi, si votre anniversaire tombe le 1^{er} mai et celui de votre conjoint, le 5 juin, la demande doit être présentée en premier au titre de votre régime.
- Les prestations provenant de l'ensemble des régimes ne peuvent dépasser les frais remboursables effectivement engagés.
- 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 collège, qui pourra vous donner des précisions à ce sujet.

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

Le PAAF 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 collège ou sur le site Web des Services aux participants de la Sun Life, à l'adresse www.masunlife.ca. Par la suite, chaque fois que vous présentez une demande de règlement, la Sun Life vous fait parvenir avec le paiement un formulaire personnalisé que vous pourrez remplir pour la prochaine demande.

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

***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.

***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 particuliers permettront d'améliorer ou de stabiliser l'état du malade et la période pendant laquelle ils seront nécessaires.

***Règlement des frais
engagés pour l'achat
ou la location de
fournitures ou
d'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.

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 au conjoint survivant et que vous avez choisi cette option, la marche à suivre ci-dessus s'applique. Il vous a été assigné un nouveau numéro de certificat (pour identification) immédiatement lorsque vous avez informé le gestionnaire des avantages sociaux du collègue du décès de votre conjoint. Veuillez utiliser ce numéro et non le numéro de certificat de votre conjoint pour toutes les réclamations survenues après le décès de votre conjoint.

Frais engagés à l'extérieur de la province

En cas d'urgence, communiquez avec le fournisseur du Programme Voyage Assistance (PVA) de la Sun Life.

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.

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.
- Veuillez joindre à la demande de règlement que vous présentez à la Sun Life, le relevé des prestations du RASO ainsi que les copies de vos reçus.
- 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. 416-753-4300
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
demande de
règlement**

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

- avant la fin de l'année civile suivant l'année au cours de laquelle les
frais sont engagés,
- ou 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.

Par la suite, chaque fois que vous présentez une demande de règlement, la Sun Life vous fait parvenir avec le paiement un formulaire personnalisé que vous pourrez remplir pour la prochaine demande. La même marche à suivre s'applique chaque fois que vous présentez une demande de règlement.

- 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.

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

***Règlement des frais
de soins
orthodontiques***

Quoique la plupart des orthodontistes donnent une estimation écrite du 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.

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**

Vos responsabilités

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 :

- a) Déclaration du salarié;
- b) Consentement pour permettre à Service Canada et à l'assureur d'échanger des renseignements sur les prestations d'invalidité;
- c) Déclaration d'invalidité par le médecin traitant;
- d) Demande de prestations d'invalidité prévues par le Régime de pensions du Canada (RPC);
- e) 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.

Votre demande de prestations d'invalidité de longue durée doit être soumise dès que possible, et ce normalement deux mois avant l'expiration du délai de carence.

Veuillez remplir les formulaires a), b) et e) et les envoyer à la Sun Life.

Vous devez signer la Déclaration d'invalidité par le médecin traitant [formulaire c)] et la remettre au médecin. Vous devez également communiquer avec le bureau des Programmes de la sécurité du revenu, Développement des ressources humaines Canada (DRHC), 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 (formulaire c), 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 collège pour qu'il l'envoie à la Sun Life.

***Les responsabilités
de l'employeur***

Le collège 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 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 collège n'est pas considéré en soi comme une absence pour cause d'invalidité totale.

Le fait de ne pas présenter la déclaration ou l'attestation d'invalidité dans le délai prévu n'a pas pour effet d'invalidiser la demande de règlement, ni de réduire le montant des prestations auquel vous avez droit, si la Sun Life établit que la déclaration ou l'attestation a été présentée aussitôt qu'il était raisonnablement possible de le faire. Sauf en cas d'absence de capacité juridique, toutefois, la déclaration ou l'attestation d'invalidité ne peut être présentée plus d'un an après le moment où l'attestation d'invalidité est par ailleurs exigée.

***La Sun Life reçoit la
demande de
prestations***

La Sun Life donne suite à la demande de prestations lorsqu'elle a reçu tous les formulaires dûment remplis.

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. Les prestations sont payables tous les mois, d'avance.

***Renseignements
incomplets ou
complémentaires***

Si la Sun Life a besoin de renseignements complémentaires pour déterminer si vous avez droit aux prestations, elle en informera le collège par écrit le plus tôt possible. Le gestionnaire des avantages sociaux du collège 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.

***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.

***Comment vais-je
savoir si ma
demande a été
acceptée?***

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 collègue 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 réagir à cette décision :

- en portant cette décision en appel par l'intermédiaire du processus d'appel de la Sun Life.
- en poursuivant votre demande d'appel auprès du gestionnaire des avantages sociaux du collègue.

- en communiquant avec votre bureau syndical local.
- en communiquant avec un membre du comité mixte des assurances (CMA). La convention collective du personnel de soutien contient des renseignements au sujet de ce comité.

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

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 le 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 collège 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 collège 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 collège 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 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 collège 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 collège 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 collège 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 collège 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
C. P. 4097, succ. A
Toronto ON M5W 2Z5

Annexe A

**À propos de cette
annexe**

Vous trouverez ci-dessous un sommaire des modifications apportées à la régime faisant l'objet de la présente brochure, qui entrent en vigueur le 1^{er} mai 2025.

<i>Modification courante</i>	
Description du changement	Date d'effet
Partie 10 – Assurance-maladie complémentaire (Complément frais médicaux) ▪ Assurance frais d'optique – Maximum augmenté à 550 \$ par période de référence ▪ Assurance pour prothèses auditives – Maximum augmenté à 3 500 \$ par personne par période de référence	4 novembre 2025

<i>Modifications précédentes</i>	
Description du changement	Date d'effet
Partie 10 – Assurance-maladie complémentaire (Complément frais médicaux) ▪ Services médicaux – Ajout de services diagnostiques	1 ^{er} mai 2025

Protection des renseignements personnels

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

À votre choix

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

