



Vos garanties

Programme d'assurance collective

offert au

**personnel de soutien
des**

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

**Contrat numéro 50834
À effet du 1^{er} decembre 2006**

**Veillez noter qu'à des fins de simplification, le masculin est utilisé dans ce texte
pour toute information se rapportant aux hommes et aux femmes.**

Table des matières

Partie 1 - Conditions générales	1
Votre brochure	1
Le Programme d'assurance collective.....	1
Partie 2 - Rôles et responsabilités	2
Conseil de la rémunération et nominations dans les collèges	2
Comité mixte des assurances (CMA).....	2
Collèges.....	2
Sun Life.....	2
Employés.....	2
SEFPO.....	3
Partie 3 - Définitions	3
Effectivement au travail	3
Année de référence.....	3
Année civile	3
Dentiste	3
Personne(s) à charge	3
Médecin.....	4
Conditions d'admission	4
Employé	4
Hôpital.....	4
Maladie.....	5
Frais engagés.....	5
Frais raisonnables habituellement exigés	5
Survivant(s).....	5
Partie 4 - Prise d'effet de la couverture.....	5
Employés (garanties obligatoires).....	5
Employés (garanties facultatives)	6
Effectivement au travail	6
Personne(s) à charge	6
Partie 5 - Période probatoire.....	7
Nouveaux employés.....	7

Partie 6 - Adhésion	8
Formulaire d'adhésion.....	8
Votre numéro de certificat.....	8
Confidentialité.....	8
Tenue de vos dossiers.....	8
Partie 7 - Modification de la couverture	9
Modification de votre couverture.....	9
Adhésion à la garantie ou augmentation de la couverture.....	10
Attestation de bonne santé.....	10
Date de prise d'effet de la couverture.....	10
Partie 8 - Cessation de la couverture	11
Cessation de la couverture.....	11
Couverture après le départ à la retraite.....	11
Partie 9 - Prestations aux survivants	12
Prestations aux survivants.....	12
Partie 10 - Garanties	13
Garanties obligatoires.....	13
Garanties facultatives.....	13
Partie 11 - Assurance-maladie complémentaire (Complément frais médicaux)	14
Description générale de la garantie.....	14
Coordination des prestations (<i>Couverture au titre de plus d'un contrat</i>).....	16
Frais d'hospitalisation engagés au Canada.....	16
Frais d'hospitalisation engagés hors du Canada.....	16
Médicaments sur ordonnance et vaccins.....	16
Services médicaux.....	17
Services paramédicaux.....	18
Ce qui n'est pas couvert.....	19
Partie 12 - Assurance frais d'optique	20
Assurance frais d'optique.....	20
Services d'optique PVS Inc.....	20
Partie 13 - Assurance pour prothèses auditives	21
Assurance pour prothèses auditives.....	21
Coordination des prestations (<i>Couverture au titre de plus d'un contrat</i>).....	21

Régimes publics	21
Partie 14 - Couverture à l'extérieur de la province et assurance-maladie complémentaire	23
Description générale de la garantie	23
Si vous quittez la province	23
Partie 15 - Couverture à l'extérieur du Canada et assurance-maladie complémentaire	24
Description générale de la garantie	24
Services reçus en cas d'urgence	24
Urgence	24
Partie 16 - Assurance dentaire	28
Description générale de la garantie	28
Soins dentaires de prévention	28
Restauration et chirurgie dentaire	30
Services de prothèse.....	30
Soins orthodontiques.....	32
Détermination préalable des prestations	33
Coordination des prestations (<i>Couverture au titre de plus d'un contrat</i>).....	33
Ce qui n'est pas couvert.....	34
Prestations après la cessation de la couverture.....	34
Frais engagés à l'extérieur de la province ou du Canada.....	34
Partie 17 - Régime d'invalidité de courte durée (ICD)	35
Description générale de la garantie	35
Partie 18 - Régime d'invalidité de longue durée (ILD)	38
Description générale du régime	38
Délai de carence	38
Attestation d'invalidité	40
Examen par un médecin indépendant.....	40
Comment les prestations sont-elles calculées?.....	40
Programme de réadaptation.....	42
Vos responsabilités	43
Fin de l'indemnisation	44
Retour au travail.....	44
Cas où les prestations ne sont pas payables	44
Réclamation à un tiers.....	45

Partie 19 - Assurance-vie	46
Description générale de la garantie	46
Assurance-vie de base	46
Assurance-vie complémentaire	46
Aucune attestation d'assurabilité	46
Décès et mutilation accidentels	47
Description générale de la garantie	47
Accident	47
Prestations	47
Définitions.....	48
Ce qui n'est pas couvert.....	48
Garantie en cas d'invalidité totale.....	49
Assurance-vie des personnes à charge	49
Description générale de la garantie	49
Garantie en cas d'invalidité totale	49
Assurance-vie supplémentaire pour le conjoint	50
Description générale de la garantie	50
Attestation de bonne santé	50
Garantie en cas d'invalidité totale	50
Désignation de bénéficiaire	51
Désignation de bénéficiaire(s).....	51
Transformation de l'assurance-vie collective	52
Transformation de votre assurance-vie collective.....	52
Transformation de l'assurance-vie supplémentaire pour votre conjoint.....	52
Partie 20 - Demandes de règlement	53
Présentation d'une demande de règlement de frais médicaux	53
Délais prescrits pour la présentation d'une demande de règlement	53
Coordination des prestations	53
Frais engagés à l'extérieur de la province	55
Frais engagés à l'extérieur du Canada	56
Pour communiquer avec la Sun Life.....	56
Présentation d'une demande de règlement de frais dentaires	56
Délais prescrits pour la présentation d'une demande de règlement	56

Coordination des prestations	56
Pour communiquer avec la Sun Life	57
Présentation d'une demande de prestations d'invalidité de longue durée .58	
Quand et comment présenter la demande de prestations.....	58
Écarts dans les montants des prestations.....	60
Présentation d'une demande de règlement Décès	61
Présentation de la demande	61

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 du personnel de soutien (CMA), 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), et le Conseil de la rémunération et des nominations dans les collèges (le Conseil), ainsi que de représentants de l'assureur, soit la Sun Life.

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 prévues par le Programme d'assurance collective et sur diverses questions administratives reliées à ce programme. Pour vérifier le détail de la couverture que vous avez choisie en matière de garanties collectives, veuillez vous reporter à votre exemplaire du formulaire d'inscription préalable aux garanties collectives que vous avez rempli ou communiquer avec le gestionnaire des avantages sociaux de votre Collège.

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

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

Le Programme d'assurance collective

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 de la rémunération et nominations dans les collèges *(titulaire du contrat)*

Le Conseil est le titulaire du contrat collectif des collègues et il lui incombe de veiller à ce que les conditions du contrat collectif soient respectées à la fois par l'assureur et par les collègues.

Comité mixte des assurances (CMA)

Un CMA du personnel de soutien, qui se compose de représentants du SEFPO, des CAAT et du Conseil, 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.

Responsabilités du CMA

Les responsabilités du CMA du personnel de soutien 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, en veillant 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 dans son service des ressources humaines ou dans son service de la paie qui est chargée de la gestion du Programme d'assurance collective.

Sun Life *(assureur)*

L'assureur évalue les demandes de règlement et il verse les prestations conformément aux dispositions du contrat collectif conclu entre la Sun Life et le Conseil pour le compte des collègues.

Employés

Vous êtes responsable 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 les Ressources humaines au courant de tout changement dans votre situation personnelle qui pourrait influencer sur vos garanties.

SEFPO
(représentant des
employés)

Le SEFPO à la responsabilité de :

- représenter les employés qui sont visés par la convention collective de 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 (le Conseil) au sujet des questions touchant le Programme d'assurance collective;
- prendre part avec le Conseil 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.

Partie 3 - Définitions

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. L'employé est également considéré comme étant «effectivement au travail» les jours de congé conventionnels et pendant toute période de vacances payées s'il a travaillé effectivement la dernière journée de travail prévue à son horaire.

Année de référence

Période d'un an allant du 1^{er} septembre au 31 août. (S'applique uniquement à l'assurance frais d'optique et à l'assurance pour prothèses auditives.)

Année civile

Période d'un an allant du 1^{er} janvier au 31 décembre. (S'applique uniquement à l'assurance-maladie complémentaire et à l'assurance dentaire.)

Dentiste

Personne autorisée à pratiquer la médecine dentaire par l'organisme de réglementation compétent, et qui l'exerce dans les limites définies par son permis. Ce terme englobe habituellement les hygiénistes dentaires, les assistants dentaires, les denturologistes, etc., qui détiennent un permis.

Personne(s) à charge

Par *personne à charge* on entend votre conjoint/partenaire, vos enfants et les enfants de votre conjoint/partenaire (autres que les enfants pris en foyer nourricier) qui résident au Canada ou aux États-Unis.

Conjoint/partenaire

Par *conjoint ou partenaire*, on entend :

- votre conjoint ou partenaire en vertu d'un mariage;
- ou votre partenaire de sexe opposé ou de même sexe qui vit avec vous dans une union d'une certaine permanence, si vous êtes les parents naturels ou adoptifs d'un enfant, aux termes de la Loi sur le droit de la famille, 1990 (Ontario);
- ou votre partenaire qui vit avec vous dans une union conjugale ou homosexuelle de façon continue pendant une période d'au moins un an;
- ou votre partenaire qui est publiquement présenté comme étant votre conjoint de façon continue pendant une période d'au moins un an.

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

Enfants de 21 ans ou moins

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

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

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

Enfants souffrant d'un handicap

Les enfants qui souffrent d'un handicap avant l'âge de 21 ans demeurent couverts après l'âge de 21 ans :

- s'ils ne peuvent subvenir à leurs besoins financiers en raison d'une incapacité physique ou mentale,
- et si vous assurez leur soutien sur le plan financier et qu'ils demeurent non mariés.

Pour éviter toute interruption de la couverture dans les cas ci-dessus, vous devez informer le gestionnaire des avantages sociaux du collège dans les 31 jours suivant le 21^e anniversaire de naissance de l'enfant à charge.

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 adhérer 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

Établissement autorisé à donner des soins et des traitements aux blessés et aux malades, principalement durant la phase aiguë de la maladie. Il doit être doté d'installations servant au diagnostic et à la chirurgie majeure. L'établissement doit assurer des soins infirmiers 24 heures sur 24.

Tout établissement légalement autorisé dans lequel une personne couverte par le Programme d'assurance collective a été hospitalisée est considéré comme un hôpital aux termes du contrat collectif, 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.

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, un établissement de soins pour personnes âgées ou malades chroniques ou un établissement de désintoxication pour le 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 <i>Loi sur les hôpitaux publics</i> , 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 <i>Loi sur les hôpitaux publics</i> , sont couverts par l'assurance-maladie complémentaire.
Maladie	S'entend également d'une blessure, d'une affection ou d'une infirmité mentale. Toute intervention chirurgicale subie pour faire don d'un organe à une autre personne et qui entraîne une invalidité totale, est considérée comme une maladie.
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 charge admissible(s) d'un employé qui est décédé pendant qu'il était au service du collège et participait au Programme d'assurance collective. Reportez-vous à la partie 9 pour plus de renseignements.

Partie 4 - Prise d'effet de la couverture

Employés (garanties obligatoires)
Assurance-vie de base
Assurance D et MA
Assurance-maladie complémentaire
(comprend l'assurance frais d'optique et l'assurance pour prothèses auditives)
Assurance dentaire
Régime d'invalidité de longue durée

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.

Employés (garanties facultatives)

*Assurance-vie
complémentaire
Assurance-vie des
personnes à charge
Assurance-vie
supplémentaire pour le
conjoint*

La couverture prend effet :

- le lendemain de l'expiration de la période probatoire, si vous avez demandé votre admission à la couverture avant d'avoir accompli la période probatoire ou à la date à laquelle vous l'avez accomplie.
- à la date à laquelle le collègue reçoit votre demande d'admission à la couverture, pour autant que votre demande lui parvienne dans les 31 jours qui suivent la date d'expiration de la période probatoire.
- à la date à laquelle la Sun Life accepte l'attestation d'assurabilité qui a pu être exigée, pour autant que votre demande d'admission parvienne au collègue dans les 31 jours qui suivent la date d'expiration de la période probatoire.

Effectivement au travail

Vous êtes considéré comme étant effectivement au travail si vous accomplissez au cours d'une journée toutes les fonctions habituelles de votre 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, pour autant que vous ayez travaillé effectivement la dernière journée de travail prévue à votre horaire. 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. Pour ce qui est du régime d'invalidité de longue durée, vous devez aussi pouvoir accomplir toutes les fonctions normales de votre profession habituelle.

Personne(s) à charge

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

- Si la personne est à votre charge à la date à laquelle vous êtes admissible au régime, la couverture prend effet à cette date.
- Si la personne acquiert la qualité de personne à charge après la date de prise d'effet de votre couverture, la couverture prend effet à la date à laquelle elle acquiert cette qualité, si le collègue reçoit votre demande de couverture dans les 31 jours suivant cette date.
- Si vous présentez votre demande de couverture après l'expiration de ce délai, la couverture prend effet à la date à laquelle la Sun Life accepte votre demande de couverture.
- 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 5 - Période probatoire

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

GARANTIE	PÉRIODE PROBATOIRE
Assurance-vie de base Assurance Décès et mutilation accidentels Assurance-vie complémentaire Assurance-vie des personnes à charge Assurance-vie supplémentaire pour le conjoint Assurance-maladie complémentaire (comprend l'assurance frais d'optique et l'assurance pour prothèses auditives)	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 dernier jour du mois au cours duquel l'employé compte trois mois de service continu à temps plein.

Partie 6 - Adhésion

Formulaire d'adhésion

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

Vous devrez remplir et signer un formulaire d'adhésion sur lequel vous devrez fournir des renseignements détaillés à votre sujet et au sujet des personnes à votre charge (s'il y a lieu). Ces renseignements serviront à la gestion du Programme d'assurance collective par le collègue et au règlement des prestations par la Sun Life. Il est de la plus haute importance que vous lisiez le formulaire, que vous donniez des réponses complètes aux questions qui y sont posées et que vous le retourniez promptement au gestionnaire des avantages sociaux du collègue.

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 collègue vous donnera un numéro de certificat et il est tenu de vous remettre un certificat d'assurance personnalisé que vous pouvez conserver pour le cas où vous auriez à présenter une attestation de votre assurance. Ce numéro de certificat est un numéro unique et contient un code indiquant le groupe dont vous faites partie, le collègue dont vous relevez et votre dossier. Vous devez utiliser ce numéro pour pouvoir accéder aux renseignements que la Sun Life possède au sujet de vos demandes de règlement.

Confidentialité

Tout se déroule dans le respect de la confidentialité des renseignements personnels que vous fournissez au collègue et à la Sun Life, qui ne les communiqueront pas à des tiers sans votre consentement.

Tenue de vos dossiers

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

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

Partie 7 - Modification de la couverture

Modification de votre couverture

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

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

Votre contrat collectif comporte une disposition qui vous permet de maintenir votre couverture 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 consécutifs.

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

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 et l'assurance pour prothèses auditives) et de l'assurance dentaire dans les situations suivantes :

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

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

Veillez noter que dans le cas d'une rupture du mariage conduisant au divorce, votre ancien conjoint/partenaire cesse d'être admissible aux garanties.

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 vous avez une première ou une nouvelle personne à charge,
- ou, si vous étiez couvert par le régime de votre conjoint et que votre couverture prenne fin par suite du décès de votre conjoint, de la rupture de votre mariage ou de la cessation de l'emploi de votre conjoint, la date à laquelle la couverture prend fin.

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 collègue.

Couverture refusée antérieurement

Si vous avez déjà demandé une augmentation de votre assurance-vie et que votre demande ait été refusée, le délai de 31 jours dont il est question dans les paragraphes précédents ne s'applique pas. Vous 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 l'attestation.
- 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 :

- fin du mois au cours duquel vous cessez d'être employé;
- fin du mois au cours duquel vous prenez votre retraite, dans le cas où vous n'avez pas opté pour les garanties à la 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 atteignez l'âge de 64 ans et 6 mois.
- dans le cas de l'Assurance-vie complémentaire, de l'Assurance-vie des personnes à charges et de l'Assurance-vie supplémentaire pour le conjoint, fin du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans.

Personnes à charge des employés en service actif

La couverture des personnes à charge prend fin à la date suivante qui survient en premier :

- fin du mois au cours duquel votre assurance prend fin;
- date de résiliation du contrat collectif;
- fin de la période couverte par la dernière prime payée pour la couverture 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 et l'assurance pour prothèses auditives) et de l'assurance dentaire offertes à la personne survivante.

Couverture après le départ à la retraite

L'employé qui prend sa retraite peut continuer à bénéficier de certaines garanties. Veuillez consulter les notices explicatives portant sur la retraite pour connaître les garanties qui sont 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 et l'assurance pour prothèses auditives) et l'assurance dentaire, la personne à votre charge demeure couverte jusqu'à la date suivante qui survient en premier :

- fin de la période de six mois suivant le mois au cours duquel vous décédez;
- la période couverte par les primes versées pour la couverture prend fin;
- 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;
- date à laquelle la personne à charge survivante met fin à sa couverture;
- date à laquelle la personne à charge survivante décède.

Qui paie la prime?

Le collègue paie intégralement la prime des six premiers mois de l'assurance-maladie complémentaire (qui comprend l'assurance frais d'optique et l'assurance pour prothèses auditives) et de l'assurance dentaire. Suite à cette période, la personne à charge peut choisir de demeurer couverte, auquel cas elle doit payer toutes les primes exigibles. Les personnes à charge peuvent demeurer couvertes pourvu que l'employé ait cotisé à ces garanties immédiatement avant son décès.

La personne à charge survivante peut choisir de demeurer couverte jusqu'à la date à laquelle l'employé aurait atteint l'âge de 65 ans.

La personne à charge survivante peut alors choisir de demeurer couverte au titre du Programme d'assurance collective des retraités.

La personne à charge survivante doit fournir les renseignements ci-après afin que les prestations soient réglées correctement et sans retard :

- sa date de naissance;
- son numéro d'assurance sociale.

Partie 10 - Garanties

Garanties obligatoires

Vous devez adhérer aux garanties suivantes :

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

Primes

<u>Garantie</u>	<u>Part payée par le collègue (%)</u>	<u>Part payée par l'employé (%)</u>
Assurance-vie de base	100 %	0 %
Assurance Décès et mutilation accidentels	100 %	0 %
Régime d'invalidité de longue durée	75 %	25 %
Assurance-maladie complémentaire	100 %	0 %
Assurance dentaire	100 %	0 %
Assurance frais d'optique	75 %	25 %
Assurance pour prothèses auditives	75 %	25 %

Garanties facultatives

Vous pouvez choisir d'adhérer aux garanties suivantes :

- Assurance-vie complémentaire
- Assurance-vie des personnes à charge
- Assurance-vie supplémentaire pour le conjoint

Primes

<u>Garantie</u>	<u>Part payée par le collègue (%)</u>	<u>Part payée par l'employé (%)</u>
Assurance-vie complémentaire	60 %	40 %
Assurance-vie des personnes à charge	0 %	100 %
Assurance-vie supplémentaire pour le conjoint	0 %	100 %

Retenue des primes sur le salaire

Les primes que le collègue 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.

En plus du coût des garanties, vous et le collègue devez payer la taxe de vente de l'Ontario sur la prime. Le gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue vous fournira, au moment de l'adhésion, les renseignements nécessaires sur les retenues sur salaires relatives aux primes.

Les primes constituent un revenu imposable

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

Partie 11 - 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 vous est offerte à titre de complément de vos régimes d'assurance hospitalisation et maladie provinciaux. Les prestations prévues par l'assurance-maladie complémentaire sont payables conformément au pourcentage de remboursement prévu par le régime, moyennant déduction de la franchise, 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 canadien et être couvert par le 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 certain cas, lorsque la loi le permet, les frais couverts au titre de assurance-maladie complémentaire sont intégrés avec certains régimes d'assurance provinciaux tel que le Programme des appareils et accessoires fonctionnels de l'Ontario (PAAF) et le Programme de médicaments de l'Ontario (PMO). Reportez-vous à la fin de la partie 13 pour une brève description de ces programmes.

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. Les employés actuellement au service du collègue qui ont choisi de demeurer couverts selon la formule II (qui ne couvre pas les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée) continueront d'avoir droit à cette couverture. Tous les nouveaux membres du personnel seront automatiquement inscrits à l'assurance-maladie complémentaire formule I (qui couvre les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée) dès l'expiration de la période probatoire.

Période probatoire La période probatoire est accomplie lorsque vous comptez un mois de service continu à temps plein. L'assurance prend effet le lendemain de l'expiration de la période probatoire, pour autant que vous soyez effectivement au travail à temps plein ce jour-là. Si vous n'êtes pas effectivement au travail à temps plein le jour où votre assurance devrait normalement prendre effet, vous n'êtes couvert qu'à compter du jour où vous remplissez cette condition.

Prestations payables

- Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée au Canada (formule I seulement) sont couverts à 100 %.
- Les frais remboursables au titre de l'assurance frais d'optique sont couverts à 100 % à concurrence de 300 \$ 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.
- Les frais remboursables au titre de l'assurance pour prothèses auditives sont couverts à 100 %, à concurrence de 3 000 \$ par période de 3 années de référence consécutives.

Nota : Comme les années de référence sont précisées (les renseignements à ce sujet sont donnés plus loin dans la présente brochure), il est recommandé de communiquer avec la Sun Life avant d'engager des frais d'optique ou des frais reliés à l'assurance pour prothèses auditives 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 % :

- hospitalisation d'urgence hors du Canada, y compris la chambre et la nourriture et les autres services hospitaliers d'urgence pour le traitement d'une affection aiguë, à une maladie ou à une blessure imprévues, qui se produisent à l'extérieur du Canada et qui exige une assistance immédiate (à l'exclusion de l'excédent sur le tarif d'une chambre semi-privée, y compris la nourriture, appliqué par l'hôpital) (formule I seulement);
- soins reçus, en cas d'urgence, hors du Canada dans un hôpital à titre de bénéficiaire ambulatoire pour le traitement d'une affection aiguë, à une maladie ou à une blessure imprévues qui surgissent hors du Canada et exigent une assistance immédiate (formule I seulement);
- soins infirmiers donnés hors de l'hôpital par des infirmiers ou infirmières autorisés exerçant à titre privé ou par des aides autorisés;
- médicaments sur ordonnance;
- services médicaux;
- services de médecins ou de chirurgiens donnés hors du Canada pour les services de santé d'urgence, à concurrence du tarif qui s'applique normalement à ces services dans la province du domicile de la personne;
- soins dentaires relatifs à des dommages occasionnés par un accident;
- services paramédicaux (services de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, d'audiologistes, d'optométristes, d'ophtalmologistes d'orthophonistes, de psychologues, de naturopathes, de massothérapeutes, d'ostéopathes, de chiropraticiens, d'acupuncteurs, de podologues ou de podiatres autorisés).

*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.

Cette garantie s'applique également dans les cas de grossesse, pour autant que celle-ci ait débuté avant la cessation de votre emploi.

La personne à charge qui est totalement invalide au moment de la cessation de sa couverture bénéficie d'une prolongation analogue de la garantie.

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, 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.

Frais d'hospitalisation engagés au Canada
Prestations payables

La formule I 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 soins reçus à l'hôpital à titre de bénéficiaire ambulatoire au Canada.

Frais d'hospitalisation engagés hors du Canada
Prestations payables

La formule I prévoit le remboursement de 85 % des frais ci-après que vous engagez pour des services de santé reçus en cas d'urgence pendant que vous êtes temporairement hors du Canada. Comme il ne s'agit pas d'une assurance voyage, nous vous recommandons de vous en procurer une.

- hospitalisation dans une chambre semi-privée (formule I);
- autres services hospitaliers reçus hors du Canada seulement (formule I);
- soins reçus à l'hôpital à titre de bénéficiaire ambulatoire;
- soins du médecin, à concurrence de la différence entre les honoraires du médecin et ceux qui sont indiqués dans le tarif de la province de votre domicile.

Médicaments sur ordonnance et vaccins

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. La garantie ne couvre pas ces médicaments et/ou vaccins. Demandez à votre pharmacien si le médicament que le médecin vous a prescrit est aussi offert en vente libre. Vous pourriez réaliser des économies importantes en vous procurant ces médicaments sans présenter d'ordonnance.

Prestations payables

La garantie prévoit le remboursement de 85 % des frais qui sont engagés pour les fournitures et produits médicaux ci-dessous.

- médicaments, sérums, vaccins (y compris le vaccin contre l'hépatite B et les vaccins anti-grippaux) qui, en vertu de la loi, ne peuvent être administrés que sur ordonnance, pour autant qu'ils soient prescrits par le médecin, le dentiste ou, en Ontario, une infirmière autorisée de la catégorie spécialisée, et qu'ils soient délivrés par un pharmacien.
- spécialités pharmaceutiques et médicaments brevetés, lorsqu'ils sont utilisés pour le traitement d'une affection chronique et que l'existence de l'affection est confirmée par une déclaration du médecin.
- articles pour diabétiques, y compris l'insuline, les aiguilles et les

seringues.

- articles devenus nécessaires à la suite d'une stomie.
- contraceptifs.

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

- médicaments en vente libre, à l'exception de ceux qui sont prescrits, comme l'indique le deuxième alinéa du paragraphe ci-dessus, pour le traitement d'une affection chronique;
- administration d'injections, de sérums et de vaccins;
- médicaments délivrés par le médecin ou le dentiste;
- traitements de l'obésité, y compris les médicaments, les protéines et les suppléments alimentaires ou diététiques;
- médicaments contre la toux;
- aliments pour bébé et mélanges pour biberon;
- stimulants de la pousse des cheveux;
- auxiliaires antitabagiques;
- minéraux, protéines et vitamines.

Services médicaux
Prestations payables

La garantie 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

- Soins d'infirmières exerçant à titre privé ou d'aides autorisés, donnés hors de l'hôpital, pendant une période correspondant à la nature et à la gravité de la maladie. Ces services doivent consister en soins infirmiers; ils ne doivent pas avoir pour objet la surveillance du malade.

Par *infirmières exerçant à titre privé et aides autorisés*, on entend les infirmières ou infirmiers, les infirmières ou infirmiers auxiliaires, et les aides qui sont autorisés à exercer leur profession dans la province où vous résidez mais qui ne résident pas normalement avec vous.

Ambulance

- Le RASO couvre les frais engagés pour le transport local dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est nécessaire pour des raisons d'ordre médical.

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.

La quote-part de ces frais qui est à votre charge est sous réserve de modification. L'assurance-maladie complémentaire couvre 85 % du montant de cette quote-part.

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

Nota : Lorsque vous présentez à la Sun Life votre demande de règlement de frais médicaux, elle doit être accompagnée d'une description détaillée de l'accident ayant causé la blessure.

***Fournitures et appareils
médicaux***

- Location d'un poumon d'acier ou d'autres appareils durables pour usage thérapeutique temporaire.
- 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, 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 des 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.

***Chaussures
orthopédiques***

- Chaussures orthopédiques, jusqu'à un maximum de 3 paires par personne âgée de moins de 8 ans, de 2 paires par personne âgée de 8 ans ou plus mais de moins de 18 ans, et de une paire par personne âgée de 18 ans ou plus, par année civile.

Dans certaines circonstances, les orthèses de pied sont prescrites par des spécialistes et peuvent coûter moins cher. Avant d'en acheter cependant, il est recommandé de vérifier si les frais engagés pour l'achat seront remboursables. Pour ce faire, il suffit d'envoyer directement au service des Règlements de la Sun Life les renseignements que le fournisseur vous a donnés.

***Services
paramédicaux***

La garantie couvre 85 % des frais engagés pour les services ci-dessous, à concurrence d'un maximum combiné de 1 500 \$ 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.

Services pour lesquels une ordonnance du médecin n'est pas exigée :
ostéopathes*, chiropraticiens*, podiatres*, podologues*, naturopathes, massothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, audiologistes, optométristes/ophtalmologistes, ergothérapeutes, psychologues et acupuncteurs.
*avec au maximum 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 :

- fournitures ou services qui ne figurent pas dans la liste des frais remboursables;
- matériel qui est exclu de la garantie (exemples : matelas orthopédiques, appareils d'exercice physique, climatiseurs et purificateurs d'air, baignoires d'hydromassage, humidificateurs et équipement nécessaire au traitement des troubles dépressifs saisonniers);
- 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 celle-ci et les personnes à sa charge soient ou non inscrites 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.

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

Partie 12 - Assurance frais d'optique

Assurance frais d'optique

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 300 \$ par année de référence pour les personnes de moins de 18 ans, l'année de référence commençant le 1^{er} septembre, ou par période de deux années de référence consécutives pour les personnes de 18 ans ou plus, la période dans ce cas commençant le 1^{er} septembre de chaque année se terminant par un chiffre pair. Le maximum payable est rétabli chaque année dans le cas des personnes de moins de 18 ans, et tous les deux ans dans le cas des personnes de 18 ans ou plus.

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

Services d'optique PVS Inc.

La Sun Life vous offre également le programme Services d'optique PVS, qui vous permet de bénéficier d'une remise pouvant aller jusqu'à 20 % à l'achat d'articles d'optique. Cette remise s'applique à toutes les montures, aux lentilles sur ordonnance et aux suppléments, achetés auprès des bureaux affiliés au réseau PVS. Vous devez présenter votre carte PVS au moment de l'achat. Vous pouvez vous procurer une carte PVS auprès du gestionnaire des avantages sociaux du collègue.

Partie 13 - Assurance pour prothèses auditives

Assurance pour prothèses auditives

La garantie couvre les frais d'achat, de réparation et d'entretien d'appareils auditifs engagés sur l'ordonnance d'un oto-rhino-laryngologiste, un médecin ou un audiologiste, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par personne pour la période actuellement en cours se terminant le 31 août 2006. Par la suite, le maximum sera de 3 000 \$ par période de 3 années de référence consécutives.

Les prestations peuvent être coordonnées avec celles qui sont prévues par le Programme des 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 et l'assurance pour prothèses auditives 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.

Régimes publics

Vous trouverez le détail de la couverture offerte actuellement au titre des régimes provinciaux d'assurance-maladie 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 des 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 PAAF 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 par exemple), 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.

Partie 14 - Couverture à l'extérieur de la province et assurance-maladie complémentaire

Description générale de la garantie

Chaque province et territoire possède son propre régime d'assurance des frais de services médicaux et hospitaliers et sa propre loi sur l'assurance-maladie. Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé* cependant, tous les régimes d'assurance-maladie provinciaux doivent satisfaire à des normes minimales en matière de services et d'administration qui sont fixées par le gouvernement fédéral.

La plupart des provinces ont conclu des accords bilatéraux qui prévoient la couverture des non-résidents canadiens aux tarifs qui sont en vigueur dans la province de leur domicile pour des soins et services médicaux et hospitaliers standard. Dans la plupart des cas, les frais engagés pour des services d'urgence reçus hors de la province du domicile de la personne sont réglés directement par la régie de l'assurance-maladie de la province du domicile de la personne. Vous pourriez dans quelques cas devoir payer la note vous-même et présenter par la suite une demande de règlement à la régie de l'assurance-maladie de votre province.

Le RASO vous réglera les frais remboursables engagés hors de la province pour des services ou des fournitures, à concurrence du montant des prestations que vous auriez touchées si ces services ou fournitures avaient été reçus ou achetés en Ontario.

Dans le cas des frais engagés pour un service particulier qui sont couverts en partie par le RASO, le solde ne peut normalement pas être remboursé par la Sun Life si les frais en question sont engagés au Canada.

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 (délai de 90 jours à compter de la date de votre arrivée) de manière à assurer la continuité de la protection que vous procure votre assurance collective.

Partie 15 - Couverture à l'extérieur du Canada et assurance-maladie complémentaire

**Description
générale de la
garantie**

L'assurance-maladie complémentaire prévoit le remboursement des frais engagés pendant que vous êtes temporairement hors du Canada, pour autant que votre couverture soit toujours en vigueur. Seuls les frais pour les services reçus en cas d'urgence sont couverts.

**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.

Urgence

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

L'assurance-maladie complémentaire ne constitue pas une assurance voyage complète. Elle couvre une partie des frais d'hospitalisation en chambre semi-privée, les soins reçus à l'hôpital à titre de bénéficiaire ambulatoire et les services de médecins à concurrence de la différence entre les honoraires du médecin à l'extérieur du Canada et le montant indiqué relativement à ce service dans le tarif en vigueur dans la province du domicile de la personne. Seuls les frais pour les services reçus en cas d'urgence sont couverts.

L'assurance-maladie complémentaire ne couvre pas les frais engagés pour des services non médicaux devenus nécessaires à cause d'un voyage, par exemple, le retour au lieu de résidence, le retour d'un véhicule loué au centre de location, etc.

Si vous comptez voyager à l'extérieur du Canada, vous devriez passer en revue l'assurance-maladie complémentaire et vos besoins personnels pour déterminer s'il convient de souscrire une assurance voyage spéciale.

**Admissibilité à la
couverture**

L'assurance-maladie complémentaire ne couvre pas les personnes qui résident à l'extérieur du Canada en permanence (en fait, une personne à charge qui réside ailleurs qu'au Canada ou aux États-Unis n'est pas admissible à la garantie). Les personnes qui ont le statut de résidents du Canada ont droit à l'assurance-maladie provinciale.

Note spéciale :

Si vous cessez d'avoir le statut de résident du Canada, votre couverture au titre du Programme d'assurance collective prendra fin.

Modalités de paiement Quelle que soit la devise étrangère indiquée sur la facture, les prestations sont réglées en dollars canadiens au taux de change en vigueur au moment de l'évaluation de la demande de règlement.

Frais couverts Dans le cas de frais engagés pour un service particulier qui sont couverts en partie par le RASO, le solde ne peut normalement pas être remboursé par l'assurance-maladie complémentaire si les frais en question sont engagés dans la province du domicile de la personne. Cette restriction ne s'applique pas aux frais qui sont engagés hors du Canada; l'assurance-maladie complémentaire rembourse alors dans bien des cas la partie des frais qui n'est pas couverte par le régime provincial.

Frais d'hospitalisation Les frais d'hospitalisation engagés hors du Canada ne sont couverts que si vous bénéficiez de l'assurance-maladie complémentaire, formule I, qui prévoit le remboursement de 85 % de la différence entre :

- les frais effectivement engagés, à l'exclusion de l'excédent des frais d'hospitalisation sur le tarif d'une chambre semi-privée et de tous frais engagés pour des services non essentiels, comme la location d'un téléviseur et les repas gastronomiques,
- et les prestations payables par le RASO.

Exemple (situation hypothétique)

■ séjour de 4 jours à l'hôpital à raison de 1 200 \$ US par jour
■ 45 \$ US par jour de différence entre le tarif d'une chambre privée et celui d'une chambre semi-privée
■ taux de change de 1,379
■ tous les montants sont indiqués en dollars canadiens

■ Montant total des frais (chambre privée)	6 619,20 \$
■ Moins l'excédent sur le tarif d'une chambre semi-privée	<u>-248,22</u>
■ Montant net	6 370,98
■ Prestations du RASO (4 x 400 \$)	<u>-1 600,00</u>
■ Solde	4 770,98
■ Prestations de la Sun Life (85 %)	<u>4 055,33</u>
■ Solde	715,65
■ Excédent sur le tarif d'une chambre semi-privée	<u>+248,22</u>
■ Somme que vous devriez payer	963,87 \$ ou 240,97 \$ par jour

L'exemple ci-dessous montre les frais qui seraient couverts par l'assurance-maladie complémentaire et ceux que vous pourriez être tenu de payer si la garantie ne couvre pas les frais d'une chambre semi-privée.

■ Montant total des frais (chambre privée)	6 619,20 \$
■ Prestations du RASO (4 x 400 \$)	-1 600,00
■ Solde	5 019,20
■ Prestations de la Sun Life (néant)	-----
■ Somme que vous devriez payer	5 019,20 ou 1 254,80 \$ par jour

Services de médecins

Les frais engagés pour des services de médecins, reçus en cas d'urgence, qui sont donnés hors du Canada sont couverts par l'assurance-maladie complémentaire, formule I et formule II, dans une proportion égale à 85 % de la différence entre les frais effectivement engagés et les prestations payables par le RASO, pour autant que cette différence n'excède pas le montant des honoraires indiqués dans le tarif de l'*Ontario Medical Association* (OMA) en vigueur relativement au service en question. À l'heure actuelle, le montant des frais que couvre le RASO s'élève à environ 70 % des honoraires indiqués dans le tarif de l'OMA.

Exemple 1

Appendicectomie - Miami	
Tarif RCN*	1 810,99 \$ US
Taux de change de 1,379	2 497,35 \$ CAN
Prestations du RASO	233,50
Somme restant à payer	2 263,85
Tarif de l'OMA	377,84
Prestations de la Sun Life (85 %)	321,16
Somme que vous devriez payer	1 942,69 \$ CAN

Exemple 2

Endoscopie - Miami	
Tarif RCN*	1 050,39 \$ US
Taux de change de 1,379	1 448,48 \$ CAN
Prestations du RASO	53,10
Somme restant à payer	1 395,38 \$
Tarif de l'OMA	85,93
Prestations de la Sun Life (85 %)	73,04
Somme que vous devriez payer	1 322,34 \$ CAN

***Tarif RCN**

Tarif raisonnable de pratique courante qui est normalement exigé.

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 qui est à votre charge s'élève actuellement à 45 \$ (sous réserve de modification). L'assurance-maladie complémentaire prévoit le remboursement de 85 % de cette quote-part.

Aucun remboursement n'est prévu pour le coût du retour par avion dans la province de votre domicile. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous vous recommandons de vous renseigner sur la possibilité de souscrire une

assurance frais médicaux qui vient compléter l'assurance-maladie complémentaire qui est offerte par le collègue, lorsque vous comptez voyager hors du Canada.

Autres frais

Les frais remboursables autres que ceux qui sont mentionnés ci-dessus ne font l'objet d'aucune restriction géographique. Par conséquent, un article ou un service qui serait couvert s'il était acheté ou donné dans la province du domicile de la personne, serait également couvert (dans une proportion de 85 %) s'il était acheté ou donné hors du Canada, sous réserve des restrictions internes qui s'appliqueraient normalement, par exemple dans le cas des services de chiropraticiens.

Partie 16 - Assurance dentaire

Description générale de la garantie

Prestations payables

- 100 % des frais engagés pour les soins de dentaire de prévention.
- 100 % des frais engagés pour la restauration et chirurgie dentaire.
- 100 % des frais engagés pour les services de prothèse.
- 50 % des frais 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.
- 50 % des frais engagés pour les soins orthodontiques.

Prestation maximale

	Pourcentage de remboursement	Prestation maximale
Catégories A, B et C Frais remboursables : Soins de base, prothèses amovibles comprises	100 %	2 000 \$ Frais des catégories A, B et C réunies (par année civile)
Catégorie E Frais remboursables : Couronnes et ponts	50 %	2 000\$ (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)

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

<i>Prestations payables</i>	L'assurance dentaire couvre 100 % des frais remboursables engagés pour les services ci-dessous. Les codes de procédés de l'association des chirurgiens-dentistes indiqués ci-dessous sont basés sur le tarif des dentistes-généralistes de 1997 de l'association. Ces codes figurent sur la demande de règlement de frais dentaires et peuvent changer d'une année à l'autre.
<i>Examens buccaux</i>	Examen initial; un par période de 24 mois consécutifs. Examen de rappel; maximum de 2 examens par année civile effectués à intervalles d'au moins 5 mois. Examens d'urgence ou examens particuliers. Services périodiques de prévention groupés.
<i>Radiographies</i>	Panographie ou série complète de radiographies; une par période de 24 mois consécutifs. Ensemble de radiographies interproximales; un par période de 6 mois consécutifs. Radiographies prises pour établir un diagnostic ou pour vérifier l'efficacité d'un traitement particulier.
<i>Autres services</i>	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. Nettoyage et application topique de fluorure; une fois par période de 6 mois consécutifs; maximum de 2 par année civile. Appareil devant être porté dans l'exercice d'un sport (protège-dents). Détartrage. Autres services de prévention. Examens de diagnostic et examens de laboratoire, à l'exclusion des radiographies, modèles d'étude ou dossiers comparables produits en vue de soins orthodontiques. Mainteneurs d'espace pour dents primitives manquantes.

**Restauration et
chirurgie dentaire
(Catégorie B)**
Prestations payables

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

L'assurance dentaire prévoit le règlement de 100 % des frais remboursables. Les codes de soins de l'association des chirurgiens-dentistes de l'Ontario précisés ci-dessous figurent sur la demande de règlement de frais dentaires et peuvent changer d'une année à l'autre.

Consultations nécessaires d'un autre dentiste.

Tenons dentinaires.

Couronnes complètes préfabriquées.

Caries et traumatismes, et contrôle de la douleur.

Visites professionnelles.

Extraction de dents

Extraction de dents.

Endodontie

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

Parodontie

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

Chirurgie buccale

Traitement chirurgical comprenant l'anesthésie, à l'exception des implants, des transplants et de la modification des rapports entre maxillaires.

Injections thérapeutiques : administration de médicaments par injection intraveineuse ou intramusculaire.

**Services de prothèse
(Catégorie C)**

L'assurance dentaire couvre les soins destinés à corriger des problèmes dentaires majeurs. Les couronnes, les prothèses amovibles et les ponts en sont des exemples.

Prestations payables

L'assurance dentaire prévoit le règlement de 100 % des frais engagés pour des services de prothèse (prothèses amovibles), y compris la réparation, le regarnissage et le rebasage. Les codes de soins de l'association des chirurgiens-dentistes de l'Ontario indiqués ci-dessous figurent sur la demande de règlement de frais dentaires et peuvent changer d'une année à l'autre.

<i>Frais de laboratoire</i>	Certains services peuvent être donnés dans un laboratoire commercial et peuvent entraîner par conséquent des frais de laboratoire. L'assurance dentaire prévoit le remboursement des frais raisonnables et habituellement exigés, sous réserve des mêmes conditions quant à la quote-part de l'assuré et à la prestation maximale que celles qui s'appliquent aux frais dentaires auxquels les frais de laboratoire sont associés. Veuillez noter que les frais de laboratoire ne peuvent pas être pris en compte dans la détermination préalable des prestations, mais qu'ils sont remboursés dans la proportion appropriée en même temps que les frais dentaires.
<i>Prothèses amovibles</i>	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.
<i>Réparation de prothèses amovibles</i>	Réparation de prothèses amovibles.
<i>Rebasage ou regarnissage</i>	Rebasage ou regarnissage de prothèses amovibles complètes ou partielles.
<i>Réparation de ponts</i>	La garantie prévoit le remboursement de 50 % de la somme prévue dans le tarif approprié pour les frais de réparation de ponts. Le solde est à votre charge.
<i>Prestations payables - Couronnes et ponts</i>	La garantie prévoit le remboursement de 50 % de la somme prévue dans le tarif approprié pour les autres soins dentaires majeurs comme les nouvelles couronnes et les nouveaux ponts. Le solde est à votre charge. Les services couverts sont indiqués ci-dessous, ainsi que les restrictions et limitations qui s'y appliquent.
<i>Autres services de prothèse</i>	Incrustations en profondeur. Incrustations de surface. Tenons dentinaires avec incrustations en profondeur ou de surface, ou couronnes. Corps coulé. Couronnes et leur réparation.

[Dispositions particulières en ce qui a trait aux implants : Pour ce qui est des demandes de règlement portant sur des implants, **les implants, y compris le traitement chirurgical qui s'y rapporte, ne sont pas couverts** au titre du régime; toutefois, le régime peut couvrir les frais engagés jusqu'à concurrence

des frais qui sont prévus pour le type de service applicable aux termes de la clause relative à la méthode de traitement équivalente.

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

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

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

Réparation de ponts.

Services de prothèse - Confection et mise en place de ponts ou de prothèses amovibles standard - une fois par période de 3 années consécutives.

Les frais engagés pour des ponts ou prothèses amovibles standard de remplacement moins de 3 ans après la confection ou la mise en place précédente sont remboursables aux conditions suivantes :

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

**Soins
orthodontiques
(Catégorie D)**

Prestations payables

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 prévoit le remboursement de 50 % de la somme prévue dans le tarif approprié. Le solde est à votre charge.

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

Les soins orthodontiques couverts sont les suivants :

- Services de diagnostic - moulage orthodontique.
- Observations et ajustements.
- Réparations.

- Modifications.
- Recimentation.
- Séparation.
- Appareils orthodontiques fixes - bilatéraux/unilatéraux.
- Appareils servant à la suppression de mauvaises habitudes buccales.
- Thérapie myofonctionnelle.
- Appareils de contention.

Détermination préalable des prestations

Recommandée pour les frais susceptibles de dépasser 300 \$

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

Comment procéder?

Vous pouvez demander à votre dentiste de 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.

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

Coordination des prestations

(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 :

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

Frais dentaires résultant de dommages attribuables à l'une des causes ci-dessous :

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel par l'assuré;
- cause ouvrant droit à réparation aux termes de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et de 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

Après la cessation de votre couverture, le traitement des dents naturelles endommagées dans un accident demeure couvert aux conditions suivantes :

- 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 17 - 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 collègue.

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 collègue.

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 non avenue.

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. 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 18 - Régime d'invalidité de longue durée (ILD)

Description générale du régime

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.

Invalidité totale

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

- durant le délai de carence et pendant une période subséquente d'au plus 24 mois, si vous êtes continuellement empêché par la maladie, une blessure ou une affection d'accomplir quelque tâche que ce soit de votre travail habituel,
- et, par la suite, si vous êtes continuellement dans l'incapacité totale d'exercer quelque activité rémunérée ou lucrative qui convienne raisonnablement à votre éducation, formation ou expérience.

Délai de carence

Pour avoir droit aux prestations d'invalidité de longue durée, vous devez avoir accompli la période probatoire précédant l'admission à la garantie, puis être demeuré «totalement invalide» pendant le délai de carence prévu par la garantie.

Le délai de carence est la période d'invalidité totale qui doit s'écouler avant que des prestations d'invalidité de longue durée puissent commencer à être versées. Elle correspond normalement à la période pendant laquelle vous recevez des prestations d'invalidité de courte durée ou utilisez les droits à congés de maladie accumulés qui vous ont été attribués par le collègue.

***Début de
l'indemnisation***

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

- fin de la période d'absence de 130 jours ouvrables pour cause de maladie (y compris les jours fériés et les congés offerts par le collègue) au cours des 12 derniers mois,
- ou épuisement des droits à congés de maladie et des droits à des prestations d'invalidité de courte durée.

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.

Début de la couverture

La période probatoire correspond à la période allant de la date de votre entrée au service du collègue 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 êtes absent du travail ce jour-là, votre couverture ne prendra effet qu'à la date à laquelle vous reprendrez effectivement le travail à temps plein.

***Cessation de la
couverture***

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

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

Si votre invalidité totale commence au cours d'une période d'absence autorisée durant laquelle votre couverture est maintenue conformément au choix que vous avez exercé, vous avez droit aux prestations à compter du jour où vous deviez normalement reprendre le travail à temps plein auprès du collègue si, à cette date, vous êtes totalement invalide de façon ininterrompue depuis une période au moins égale au délai de carence prévu par la garantie.

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.

***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. Toutefois, l'impôt sur le revenu n'est déduit des prestations qui vous sont versées, que si vous demandez expressément qu'il le soit.

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.

Veillez noter qu'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 doivent être 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 aux 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 après le début de l'indemnisation

Si, après avoir reçu des prestations d'invalidité de longue durée, vous êtes de nouveau frappé d'invalidité totale en raison des mêmes causes ou de causes connexes, vous n'avez pas à attendre l'expiration d'un nouveau délai de carence pour que des prestations vous soient versées, à moins que vous ne soyez de retour au travail à temps plein depuis au moins 6 mois.

Si vous souffrez d'une affection ou d'une maladie chronique et que vous fassiez une rechute après être retourné au travail à temps plein pendant au moins 6 mois, la Sun Life peut, à sa discrétion, considérer la nouvelle période d'invalidité totale comme le prolongement de la précédente et vous verser des prestations d'un montant égal à la somme qu'elle vous versait pendant la période d'invalidité totale précédente, sans qu'un nouveau délai de carence s'applique.

Lorsqu'elle évalue les demandes de ce genre, la Sun Life se base sur la situation particulière en cause, mais, dans tous les cas, le contrat collectif doit être en vigueur au moment où la demande est présentée. Les prestations sont déterminées d'après la couverture qui s'appliquait au début de la première période d'invalidité totale.

Comment l'assurance-vie, l'assurance-maladie complémentaire et l'assurance dentaire seront-elles touchées?

Votre couverture au titre de l'assurance-vie, de l'assurance-maladie complémentaire et de l'assurance dentaire est maintenue pendant que vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée, pour autant que votre couverture soit en vigueur à la date à laquelle vous commencez à toucher des prestations d'invalidité de longue durée.

Qui paie la prime?

Le collègue paie la prime pour l'assurance-maladie complémentaire, l'assurance frais d'optique, l'assurance pour prothèses auditives 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 n'avez aucune prime à payer pour votre assurance-vie.

Exonération des primes du régime ILD

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

Vos responsabilités

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

- tenir régulièrement le collègue et la Sun Life au courant de l'état de votre invalidité;
- vous remettre de votre invalidité, par exemple suivre tout traitement raisonnable ou tout programme de réadaptation qui vous est proposé et accepter toute offre raisonnable, que le collègue peut vous faire, de modifier vos tâches;
- reprendre votre travail habituel pendant les 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 auxquelles vous pouvez avoir droit.

**Fin de
l'indemnisation**

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

- cessation de votre invalidité totale.
- fin du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans.
- fin du mois au cours duquel vous prenez votre retraite.
- 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 collège, avec votre représentant syndical 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;
- 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 ne participez pas à un programme de réadaptation approuvé par la Sun Life, lorsque celle-ci l'exige.

Exclusions

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, que l'employé soit sain d'esprit ou non;
- perpétration ou tentative de perpétration par l'employé 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**

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 19 - 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 <i>(obligatoire)</i>	Le capital de l'assurance-vie de base est de 25 000 \$.
<i>Assurance</i> Décès et mutilation accidentels <i>(obligatoire)</i>	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 <i>(facultative)</i>	<p>Vous pouvez souscrire un capital complémentaire égal à un multiple de 10 000 \$ et pouvant atteindre un maximum de 50 000 \$.</p> <p>Le capital de votre assurance-vie ne peut dépasser 75 000 \$. Contrairement à l'assurance Décès et mutilation accidentels, l'assurance-vie de base et l'assurance-vie complémentaire ne sont assujetties à aucune exclusion.</p>
Aucune attestation d'assurabilité	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none">■ l'expiration de la période probatoire,■ ou la date à laquelle vous avez une première ou une nouvelle personne à charge,■ ou, si vous étiez couvert par le régime de votre conjoint et que cette couverture prenne fin par suite du décès de votre conjoint ou de la cessation de son emploi, la date à laquelle la couverture prend fin,■ ou la date à laquelle votre état matrimonial change.
<i>Qu'advient-il si je ne présente pas ma demande dans le délai de 31 jours ou si je veux augmenter mon assurance-vie?</i>	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.

Vous pouvez demander que le capital de votre assurance soit réglé au bénéficiaire que vous avez désigné ou à vos ayants droit. Si vous décédez en cours de couverture, le capital de votre assurance est réglé au dernier bénéficiaire que vous avez désigné légalement et qui est inscrit dans les dossiers du service des ressources humaines du collège. À défaut de désignation de bénéficiaire, le capital de l'assurance est versé à vos ayants droit.

Vous pouvez changer le bénéficiaire à tout moment, à moins que la loi ne l'interdise. Les lois de la province de l'Ontario et de la province de Québec diffèrent à ce sujet.

**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-vie (pour autant que votre couverture soit en vigueur au début de votre invalidité totale).

Une attestation de votre invalidité totale doit parvenir à la Sun Life dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle votre invalidité totale débute.

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.

Le capital de votre assurance Décès et mutilation accidentels 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.
- subissez un accident, y compris tout accident causé par un phénomène naturel, qui conduit directement à l'un des dommages ci-dessous, dans les 365 jours qui suivent l'accident ou l'exposition au phénomène naturel.

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

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 %

Lorsqu'une personne subit plusieurs dommages à un membre, par suite du même accident, seule la prestation la plus élevée prévue relativement à l'un de ces dommages est versée. Les prestations versées pour tous les dommages subis dans un même accident ne peuvent dépasser 100 % du capital de l'assurance Décès et mutilation accidentels.

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 d'un suicide ou d'une tentative de suicide, que l'assuré soit sain d'esprit ou non;

- 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 nolisé par l'armée ou placé sous l'autorité de celle-ci;
- résultant d'un acte d'hostilité de forces armées, d'une insurrection, ou de la participation à une émeute ou à un mouvement populaire.

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)

Le capital de l'assurance-vie des personnes à charge vous est versé pour 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.

Capital

Conjoint : 10 000 \$ Chaque enfant : 2 500 \$

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 50 000 \$.

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 et qui est inscrit dans les dossiers du service 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 vous 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 pour toute autre raison qu'à votre demande expresse, 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.

Vous devez présenter une demande de transformation de l'assurance-vie collective. Le collègue vous remettra un formulaire de demande de transformation qui contiendra des renseignements détaillés au sujet de votre emploi, par exemple, la date de votre embauche, le capital de l'assurance-vie en vigueur à la date à laquelle vous quittez le collègue, la date à laquelle votre assurance prend 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 réduction ou la cessation de l'assurance pour présenter une demande de transformation de l'assurance-vie collective 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 collègue.

Transformation de l'assurance-vie supplémentaire pour votre conjoint

En cas de cessation ou de réduction de l'assurance-vie supplémentaire pour le conjoint, vous pouvez demander la transformation de l'assurance-vie collective 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. Vous disposez d'un délai de 31 jours suivant la réduction ou la cessation de l'assurance pour présenter une demande de transformation de l'assurance-vie collective en un contrat d'assurance-vie individuelle de la Sun Life. L'assurance des enfants à charge n'est pas transformable.

Si votre 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 20 - Demandes de règlement

Présentation d'une demande de règlement de frais médicaux

Vous devez payer les frais médicaux que vous engagez et présenter ensuite votre demande de règlement à la Sun Life, sous réserve de l'exception suivante :

Dans les six mois qui suivent la date de ratification de la convention collective qui est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2005, vous recevrez une carte-médicaments à utiliser au point de vente. Grâce à cette carte, vous ne payerez au point de vente que 15 % du coût total des médicaments couverts et le fournisseur aura la responsabilité d'obtenir le remboursement du solde auprès de la Sun Life. Toutes les précisions d'ordre administratif vous seront communiquées avant la date de mise en circulation de la carte.

Délais prescrits pour la présentation d'une demande de règlement

Les demandes de règlement doivent parvenir à la Sun Life :

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

Veillez prendre connaissance des dispositions relatives à la coordination des prestations qui s'appliquent avant de présenter une demande de règlement.

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

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 le régime au titre duquel vous devez présenter la demande de règlement en premier. Nous vous donnons quelques indications à ce sujet :

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

régime.

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

Processus de règlement

La première fois que vous présentez une demande de règlement, vous pouvez vous procurer un formulaire auprès du gestionnaire des avantages sociaux du collègue. 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.

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

Règlement des frais de médicaments sur ordonnance – Carte-médicaments

- Remplissez toutes les parties de la demande de règlement, datez et signez la demande.
- Envoyez la demande au Bureau des règlements de la Sun Life. Joignez-y tous les reçus et tous les renseignements d'ordre médical qui sont 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.

À effet du 22 mars 2006, vous recevrez une carte-médicaments à utiliser au point de vente. En présentant cette carte au pharmacien, vous ne paierez que 15 % du coût de vos médicaments. Si vous n'utilisez pas la carte-médicaments, le remboursement que vous recevrez pourrait être touché par la majoration du prix des médicaments appliquée par le pharmacien.

Si vous avez droit à la coordination des prestations avec le régime de votre conjoint, le processus de demande de règlement ne change pas et vous devez continuer de présenter des formulaires papier de demande de règlement en ce qui a trait aux frais engagés pour votre conjoint (et pour les enfants à charge, si le régime du conjoint est le premier payeur).

Si votre conjoint a une carte-médicaments, vous devez vous assurer que le pharmacien dispose des renseignements relatifs aux deux cartes. La coordination des prestations sera effectuée par le pharmacien au point de vente et vous n'aurez pas à présenter de formulaire papier.

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. Avant de rembourser les frais engagés pour des soins infirmiers, la Sun Life exige que votre médecin remplisse le questionnaire sur les soins infirmiers aux fins d'examen. Veuillez communiquer avec la Sun Life pour vous procurer ce questionnaire.

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

Frais engagés à l'extérieur de la province

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.

Frais engagés à l'extérieur du Canada

Présentez d'abord une demande au RASO

- Conservez une copie de tous les documents que vous envoyez à la Sun Life pour votre dossier.

Présentez ensuite une demande à la Sun Life

- Votre demande de règlement de frais engagés à l'extérieur du Canada 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.
- 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.
- Les originaux des reçus doivent être joints à votre demande, et vous devez en conserver une copie 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 : askus.sunlife.com.
 Le numéro de téléphone de la Sun Life est le 416 753-4300 si vous appelez de Toronto.
 Le numéro sans frais de la Sun Life est le 1 800 361-6212.
 Si vous avez besoin d'assistance, veuillez communiquer avec le gestionnaire des avantages sociaux du collège pour lui demander le document donnant de plus amples renseignements sur les personnes à contacter à la Sun Life.

Présentation d'une demande de règlement de frais dentaires

Délais prescrits pour la présentation d'une demande de règlement

Les demandes de règlement doivent parvenir à la Sun Life :

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

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

Si vous êtes couvert par l'assurance dentaire du présent contrat et que 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 collègue.

La Sun Life vous fait parvenir le paiement directement, accompagné d'un formulaire de demande de règlement personnalisé que vous pourrez utiliser la prochaine fois que vous présenterez une demande de règlement. La même marche à suivre s'applique chaque fois que vous présentez une demande de règlement.

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

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

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 collègue de votre invalidité et de vous procurer les formulaires ci-dessous auprès du gestionnaire des avantages sociaux du collègue :

- a) Déclaration du salarié;
- b) Autorisation de transmettre des renseignements;
- 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.

Ces dispositions devraient être prises au moins 30 jours avant l'expiration du délai de carence.

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

Veillez remplir les formulaires a), b) et 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 de votre 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 collègue pour qu'il l'envoie à la Sun Life.

Les responsabilités de votre employeur

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

Délai prescrit pour la présentation d'une demande de prestations

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

La Sun Life reçoit la demande de prestations

La Sun Life 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 collègue par écrit le plus tôt possible. Le gestionnaire des avantages sociaux du collègue vous en informera à son tour. Les frais associés à l'obtention des renseignements qui doivent être présentés à l'appui de votre demande de règlement sont à votre charge.

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 en appeler de cette décision. Votre demande peut être réexaminée lorsque vous présentez les renseignements exigés.

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

Si votre demande de prestations est refusée de nouveau après que vous aurez présenté les renseignements médicaux exigés, et que vous et le gestionnaire des avantages sociaux du collègue aurez pris toutes les dispositions normalement prévues pour demander que votre dossier soit réexaminé, vous pourrez présenter votre demande au représentant syndical local ou au comité mixte des assurances du personnel de soutien aux fins d'examen. La convention collective du personnel de soutien contient des renseignements au sujet de ce comité.

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 collègue 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 collègue doit être informé du décès immédiatement, de façon à pouvoir vous aider, ou aider votre bénéficiaire, à amorcer le processus de présentation de la demande de règlement.

Votre demande de règlement Décès

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Protection des renseignements personnels

Les compagnies du groupe Financière Sun Life attachent une très grande importance à la protection des renseignements personnels vous concernant. Nous conservons à nos bureaux un dossier confidentiel contenant des renseignements personnels sur vous et sur les contrats que vous avez souscrits auprès de notre organisation. Nous constituons ces dossiers dans le but de vous offrir des produits et des services d'assurance et de placement qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Seuls les employés et les représentants qui sont responsables de la gestion du ou des contrats que vous avez souscrits auprès de notre organisation et des services s'y rapportant, ainsi que toute autre personne que vous autorisez à le faire, peuvent avoir accès aux renseignements personnels vous concernant. Vous avez le droit de consulter votre dossier et, s'il y a lieu, de le faire corriger en nous en faisant la demande par écrit.

Pour en savoir davantage sur nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web à l'adresse www.sunlife.ca ou demandez qu'on vous envoie un exemplaire de notre brochure sur la protection des renseignements personnels en téléphonant au 1 800 361-2128.

