



# GUIDE **SUNSOLUTIONS**<sup>MD</sup>

Solutions de garanties collectives pour les entreprises comptant  
50 employés ou plus

La vie est plus radieuse sous le soleil



Garanties collectives

# TABLE DES MATIÈRES

<b>SUNSOLUTIONS</b> .....	1
---------------------------	---

<b>SOMMAIRE DES SERVICES</b> .....	3
------------------------------------	---

<b>SOMMAIRE DES PRODUITS</b> .....	6
------------------------------------	---

## **FRAIS MÉDICAUX, FRAIS DE MÉDICAMENTS ET FRAIS DENTAIRES ..... 6**

Garantie Frais médicaux .....	6
-------------------------------	---

Régimes d'assurance médicaments .....	8
---------------------------------------	---

Régimes de paiement direct des frais de médicaments .....	8
---	---

Garantie Frais dentaires .....	10
--------------------------------	----

## **ASSURANCE-VIE ET ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS (DMA)... 12**

Assurance-vie du participant .....	12
------------------------------------	----

Assurance-vie facultative du participant .....	12
--	----

Assurance Décès et mutilation accidentels (DMA) du participant .....	13
--	----

Assurance Décès et mutilation accidentels (DMA) facultative du participant .....	13
--	----

Assurance-vie des personnes à charge .....	14
--	----

Assurance-vie facultative du conjoint .....	14
---	----

Assurance Décès et mutilation accidentels (DMA) facultative du conjoint .....	14
---	----

## **GESTION DE LA SANTÉ ET DE L'INVALIDITÉ.....15**

Services de maintien du salaire.....	15
--------------------------------------	----

Invalidité de courte durée .....	15
----------------------------------	----

Invalidité de longue durée .....	16
----------------------------------	----

Santé et mieux-être .....	17
---------------------------	----

Programme d'aide aux employés (PAE) .....	17
---	----

## **AUTRES PRODUITS ET SERVICES ..... 18**

Compte Soins de santé (CSS).....	18
----------------------------------	----

Compte de dépenses personnel (CDP).....	18
---	----

Assurance contre les maladies graves (AMG).....	19
---	----

Régimes Mes CHOIX pour les participants qui perdent leur couverture.....	20
--	----

• Mes CHOIX vie .....	20
-----------------------	----

• Mes CHOIX santé.....	20
------------------------	----

• Assurance collective contre les maladies graves .....	20
---	----

• Assurance-maladie complémentaire.....	20
---	----

• Assurance-maladie complémentaire et assurance dentaire.....	20
---	----

Solutions internationales en matière de garanties....	20
---	----

Régime d'assurance-maladie des salariés impatriés ..	20
--	----

<b>PARTICULARITÉS DES PRODUITS</b> .....	23
--	----

## **FRAIS MÉDICAUX, FRAIS DE MÉDICAMENTS ET FRAIS DENTAIRES..... 23**

Assurance-maladie complémentaire .....	23
--	----

Assistance-voyage .....	26
-------------------------	----

Régimes d'assurance médicaments .....	27
---------------------------------------	----

Garantie Frais dentaires .....	28
--------------------------------	----

## **ASSURANCE-VIE ET ASSURANCE DMA...30**

Assurance-vie (s'applique à toutes les garanties Vie).....	30
--	----

Tableau des prestations DMA (s'applique à toutes les garanties DMA).....	31
--	----

## **GESTION DE LA SANTÉ ET DE L'INVALIDITÉ ..... 33**

Services de maintien du salaire.....	33
--------------------------------------	----

Invalidité de courte durée.....	34
---------------------------------	----

Invalidité de longue durée .....	35
----------------------------------	----

## **AUTRES GARANTIES.....38**

Compte Soins de santé.....	38
----------------------------	----

Assurance contre les maladies graves .....	38
--	----

Régime d'assurance-maladie des salariés impatriés.....	39
--	----



## Une couverture d'assurance collective pour un groupe de 50 employés et plus

À la Financière Sun Life, nous voulons vous aider à offrir des garanties exceptionnelles à vos employés, qui répondent aux besoins de votre organisation et vous aident à réaliser votre stratégie de gestion des talents.

En tant que chef de file canadien du domaine des avantages sociaux, nous écoutons, nous comprenons et nous innovons afin de proposer des solutions pour maintenant et pour l'avenir.

### Travailler avec vous

Votre succès est notre mesure d'évaluation. Notre équipe spécialisée et notre technologie de pointe vous aideront à atteindre vos objectifs.

Vous aimerez nos régimes SunSolutions parce que ces produits offrent une grande souplesse et une expérience personnalisable, électronique et mobile pour les participants et les promoteurs, et qu'ils répondent à vos besoins uniques, selon votre région, votre domaine et la taille de votre entreprise.

### Vous aider à gérer votre investissement

Nous possédons l'expertise et les solutions nécessaires pour vous aider à gérer vos coûts et à faire en sorte que vous tiriez le maximum de chaque dollar investi dans des garanties, comme ce qui suit :

- Notre gamme de solutions en matière de gestion de la santé qui permettent aux employés en bonne santé de le demeurer et aident les employés à risque, tout en favorisant leur engagement et leur productivité.
- Des solutions de gestion de l'invalidité qui s'articulent autour de notre philosophie selon laquelle «le travail, c'est la santé» et qui permettent d'obtenir des résultats solides au chapitre de la durée des absences et des délais de retour au travail.
- Des solutions en matière de garanties de remboursement des frais de médicaments qui aident à gérer la hausse des coûts et qui mettent l'accent sur la durabilité à long terme des régimes, pour répondre aux besoins des promoteurs de régime et des participants.

Ces solutions, combinées au compte Soins de santé ou au compte de dépenses personnel, aux garanties facultatives et aux solutions internationales en matière de garanties, aident à maximiser la valeur de chaque dollar investi dans le cadre de votre régime de garanties collectives à la Financière Sun Life.

### Vous aider à être concurrentiel

Un employé satisfait de ses garanties est plus susceptible d'être loyal envers son employeur. Nous offrirons à vos employés une expérience exceptionnelle qui favorisera leur appréciation de vos services.

## Notre engagement «Une promesse brillante»

La promesse simple et sans condition des Garanties collectives appuie la volonté de la Financière Sun Life de répondre aux attentes des clients en matière de service.

Si vous trouvez que nous n'avons pas été à la hauteur, nous vous dédommagerons\*, mais surtout nous communiquerons avec vous pour discuter de vos préoccupations et travailler ensemble à offrir un service conforme à vos attentes à l'avenir.

En vous écoutant, en vous comprenant et en travaillant avec vous, nous pouvons vous offrir plus qu'un simple programme de garanties collectives. Ensemble, nous pouvons apporter des solutions innovantes en matière de santé et de mieux-être afin de répondre aux besoins actuels et futurs.

\* Sous réserve d'un maximum. Le montant du dédommagement comprend toutes les taxes applicables.



Le service à la clientèle est au centre de tout ce que nous faisons.  
Une promesse brillante des Garanties collectives de la Financière Sun Life.

Pour en savoir plus sur la garantie Une promesse brillante :

[sunlife.ca/promessebrillante](https://sunlife.ca/promessebrillante)

## Comment utiliser ce document

Pour de plus amples renseignements sur les produits SunSolutions, vous pouvez :

- Cliquer sur les liens dans la table des matières du document;
- Utiliser la barre de navigation du côté gauche de l'écran;
- Utiliser les liens qui se trouvent aux endroits clés du **Sommaire des produits** pour accéder directement à l'information correspondante de la section **Particularités des produits**;
- Appuyer simultanément sur les touches «Ctrl» et «F» de votre clavier et entrer le terme que vous recherchez dans la zone «Rechercher».

---

Le présent document peut être modifié à toute époque. Il ne doit aucunement être considéré comme une offre ou un contrat.

Dans le présent document, le terme «Sun Life» désigne la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

Les renseignements figurant dans le présent document sont donnés à titre indicatif uniquement, et des changements peuvent y être apportés. Parlez à votre conseiller ou à votre représentant groupe à la Financière Sun Life pour en savoir plus sur le régime de garanties qui conviendrait le mieux à vos besoins.

# SOMMAIRE DES SERVICES

Les services ci-dessous sont inclus dans les taux indiqués dans nos soumissions. Ce sont les services que nous offrons aux promoteurs de régime en ce qui concerne la mise en place et la gestion de leurs régimes de garanties. Cette liste vous servira de guide.

## Soutien pendant la mise en place du régime

Services (le cas échéant)	Description des services compris dans les taux indiqués
Planification et gestion de la mise en place	Gestion de projet. Peut comprendre un suivi régulier de l'état d'avancement du projet, si le projet l'exige, selon la taille et la complexité du régime
Nombre de catégories de salariés/ d'unités de facturation	Nombre illimité de catégories et d'unités de facturation
Transfert des données sur l'admissibilité des participants	Jusqu'à trois fichiers électroniques de données sur les participants initialement (comprend deux fichiers test) dans le cas des clients présentant leurs données sur ruban Format de données standard compatible avec celui de la Sun Life dans le cas des clients ne présentant pas leurs données sur ruban ou conversion des données sur les participants à un format compatible avec celui de la Financière Sun Life (basé sur Excel, basé sur DOS, format texte, etc.) Peut comprendre des renseignements devant servir à l'inscription préalable des personnes à charge et à la coordination des prestations
Gestion administrative en ligne	Gestion administrative en ligne par l'entremise de notre site Web des services aux promoteurs de régime (admissibilité, inscription préalable, mise à jour des données sur les participants, production de relevés)
Transfert de l'historique des règlements de l'assureur précédent	Maximum de deux chargements de données (basés sur Excel ou format texte) Le transfert des données sur les règlements de frais médicaux comprend notamment les données sur la franchise, les frais d'optique, les soins d'infirmière exerçant à titre privé et les maximums voyageurs, etc. Le transfert des données sur les règlements de frais dentaires comprend notamment les données sur la franchise, les soins orthodontiques et les maximums pour l'année de référence, etc.
Formation du gestionnaire du régime	Séances de formation initiales tenues à un maximum de deux emplacements du promoteur
Communication de l'information aux participants au moment de l'adhésion	Renseignements utiles, dans un langage clair, sur leur régime de garanties collectives
Séances d'information offertes aux participants au moment de l'adhésion	Offertes aux groupes de plus de 50 personnes Une séance d'information à l'intention des participants par emplacement
Attestation de bonne santé	Utilisation du formulaire Déclaration d'état de santé standard (en format électronique, papier ou PDF) qui doit être présenté directement à notre équipe de la Tarification médicale

Services (le cas échéant)	Description des services compris dans les taux indiqués
Brochures explicatives	Une brochure par participant Texte et présentation standard de la Sun Life Offerts en format électronique (fichier PDF) ou imprimé
Cartes-médicaments	Cartes-médicaments Sun Life standard en plastique. Les cartes sont envoyées en vrac à l'emplacement du promoteur pour distribution Des cartes-médicaments personnalisées peuvent être imprimées (sur papier) à partir de notre site Web des services aux participants.
Cartes d'assistance-voyage	Comprises dans la communication portant sur la Garantie d'assistance-voyage et les services d'assistance-voyage en cas d'urgence qui est remise au participant Des cartes d'assistance-voyage personnalisées peuvent être imprimées (sur papier) à partir de notre site Web des services aux participants
Formulaires de demande de règlement	Des formulaires de demande de règlement de frais médicaux et de frais dentaires personnalisés peuvent être imprimés à partir du site Web des services aux participants Des formulaires de demande de règlement invalidité pouvant être remplis à l'écran et enregistrés sont accessibles sur le site Web des Services aux promoteurs. Ces formulaires comprennent des guides de présentation des demandes pour aider les participants.
Solutions globales (clients que les Garanties collectives et les Régimes collectifs de retraite ont en commun)	Un seul code d'accès et un seul mot de passe pour accéder aux renseignements sur les garanties collectives (frais médicaux et dentaires) et sur les régimes collectifs de retraite sur notre site Web et au moyen de notre Centre de service à la clientèle
Modes de transmission des primes/versements	Prélèvement bancaire autorisé (virement bancaire), chèque ou télévirement

## Soutien continu

Services (le cas échéant)	Description des services compris dans les taux indiqués
Mise à jour des données sur les participants	<b>Régimes gérés par le client :</b> téléchargement, une fois par semaine, d'un fichier électronique contenant des données sur les participants (format de données standard compatible avec celui de la Sun Life, que le client présente ses données sur ruban ou sur un autre support) ou service de transfert de fichiers par Internet (WEFT) <b>Les clients qui gèrent leur régime à l'aide de notre site Web des Services aux promoteurs de régime</b> peuvent mettre les données sur les participants à jour sur une base continue, c'est-à-dire aussi souvent qu'ils le veulent. <b>Régimes gérés par l'assureur :</b> mise à jour des données selon le besoin
Soutien offert au gestionnaire	Soutien continu des représentants au service clientèle Services de notre Bureau d'assistance informatique et soutien technique offerts pour l'utilisation des outils de gestion en ligne des garanties
Gestion du compte Soins de santé	Transfert électronique des données sur l'admissibilité des participants et mise à jour des données sur les crédits Renseignements en ligne pour les participants, notamment les sommaires pour toutes les années de référence, les renseignements sur les versements et les retraits, et des précisions sur la marche à suivre pour présenter des demandes de règlement et sur l'admissibilité Présentation en ligne des demandes de règlement au titre du CSS par les participants
Communications destinées aux participants	Communications standards destinées aux participants, comprenant des bulletins et des renseignements sur la santé accessibles sur notre site Web

Services (le cas échéant)	Description des services compris dans les taux indiqués
Relevés	<p>Service de production de relevés groupe accessible sur notre site Web :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gamme complète de relevés standard sur les règlements, les données financières et les services</li> <li>• Sommaire des risques pour la santé propres à l'organisation de l'employeur; le sommaire est fondé sur les données générales provenant des questionnaires sur la santé que les employés ont remplis en ligne</li> <li>• Situation des demandes de règlement en ligne en «temps réel»</li> </ul>
Réseau de fournisseurs sélectionnés de soins d'optique «Services d'optique PVS»	Accès à un réseau de fournisseurs de services offrant des rabais sur des produits d'optique sur ordonnance, sur la correction de la vision par le laser et sur les appareils auditifs pour tous les régimes de garanties collectives
Renseignements sur la couverture accessibles en ligne	Renseignements complets sur la couverture des frais médicaux (ex. : services couverts, maximums, franchise, coassurance, etc.) et des frais dentaires; l'information est accessible au moyen d'une navigation simplifiée et grâce à de puissants moteurs de recherche. Accès simplifié à des renseignements connexes (certaines exceptions s'appliquent)
Présentation en ligne des demandes de règlement par les participants	Présentation en ligne ou sur mobile des demandes de règlement de frais d'optique, de frais de médicaments, de frais dentaires et de services paramédicaux, et des demandes de règlement au titre du CSS (assujetties à des vérifications afin d'assurer la véracité des renseignements)
Services de paiement des règlements	<p>Règlements payés par transfert électronique de fonds (TEF) ou par chèque, au choix du participant</p> <p>S'il choisit le TEF, le participant peut demander de recevoir un courriel l'informant que le relevé des prestations a été établi (et l'invitant à accéder à notre site Web sécurisé) ou de recevoir le relevé par la poste.</p>
Santé et mieux-être	<p>Centre mieux-être (services en ligne offerts dans le cadre de régimes assortis des garanties Frais médicaux et Frais dentaires) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaire santé – évalue les risques pour la santé des employés, la volonté de changer, la culture organisationnelle, la productivité, et plus</li> <li>• Dossier santé personnel – historique des renseignements médicaux d'un maximum de 10 personnes</li> <li>• Info santé – renseignements sur la santé et outil de recherche sur les médicaments</li> <li>• Répertoire des services de santé – explorez les services de santé offerts dans votre collectivité, qu'il s'agisse de trouver un médecin ou d'obtenir des renseignements sur le régime d'assurance-maladie de votre province</li> </ul>



# SOMMAIRE DES PRODUITS


## FRAIS MÉDICAUX, FRAIS DE MÉDICAMENTS ET FRAIS DENTAIRES

### Garantie Frais médicaux

La garantie Frais médicaux couvre habituellement les frais d'hospitalisation, les frais de médicaments (régimes de paiement direct), les services paramédicaux, les soins d'infirmiers ou d'infirmières exerçant à titre privé, les appareils et articles médicaux, les chaussures orthopédiques, les orthèses, les prothèses auditives et les soins reçus à l'extérieur de la province ou du pays, sauf indication contraire du promoteur. Elle peut également inclure les frais d'optique si le promoteur en fait la demande. Pour être admissibles à la garantie Frais médicaux, les participants et les personnes à charge doivent être couverts par le régime provincial.


Délai d'admission	Au choix du promoteur (le délai d'admission doit être le même pour tous les volets de la garantie Frais médicaux)
Année de référence	Toute période de 12 mois. Peut être fondée sur l'année civile. La première année de référence peut être prolongée ou raccourcie, à la demande du promoteur <b>Régimes avec remboursement direct des frais de médicaments :</b> Si les franchises annuelles, les coassurances et/ou les maximums sont utilisés en combinaison avec les frais médicaux, l'année de référence doit être fondée sur l'année civile.
Franchise annuelle	Couverture individuelle ou familiale, au choix du promoteur Les franchises ne s'appliquent <b>pas</b> habituellement aux frais d'hospitalisation engagés dans la province ni aux frais d'optique La franchise applicable aux frais médicaux n'est habituellement pas combinée à celle qui s'applique aux frais dentaires (en supposant que le régime comporte la garantie Frais dentaires) <b>Options supplémentaires :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Franchises distinctes pour les frais médicaux et les frais de médicaments</li><li>• Les frais engagés au cours des 3 derniers mois de l'année de référence qui ont servi à payer la franchise pour cette année-là peuvent être reportés et être utilisés pour payer la franchise de l'année de référence suivante. S'applique habituellement à tous les frais assujettis à une franchise.</li></ul> Voir la rubrique <b>Régimes d'assurance médicaments</b> ci-après pour de plus amples renseignements sur les franchises
Taux de remboursement (pourcentage couvert)	Au choix du promoteur <b>Remboursement par paliers applicable à la garantie Frais médicaux</b> Nous pouvons assurer le service de remboursement par paliers : <ul style="list-style-type: none"><li>• si l'année de référence est fondée sur l'année civile</li><li>• ou si l'année de référence correspond à une période de 12 mois distincte de l'année civile et que le remboursement par paliers ne s'applique pas aussi au régime de paiement direct des frais de médicaments</li></ul>
Prestation maximale par année de référence	Illimitée sauf indication contraire du promoteur (s'applique habituellement à tous les frais médicaux, y compris les frais de médicaments) Voir la rubrique <b>Régimes d'assurance médicaments</b> ci-après pour de plus amples renseignements sur les maximums par année de référence
Prestation viagère maximale	Illimitée sauf indication contraire du promoteur (s'applique à tous les frais médicaux, y compris les frais de médicaments) Si un maximum viager est établi, un rétablissement automatique des prestations s'applique, à concurrence de 1 000 \$ (sauf dans le cas des remboursements avec carte-médicaments), sauf indication contraire du promoteur Voir la rubrique <b>Régimes d'assurance médicaments</b> ci-après pour de plus amples renseignements sur les maximums viagers

Services paramédicaux	<p><b>Options offertes quant aux maximums (par demandeur, par année de référence) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• maximum par catégorie de praticiens</li> <li>• maximum global pour toutes les catégories de praticiens couverts</li> <li>• maximum global pour un groupe choisi de praticiens couverts qui est distinct du ou des maximums qui s'appliquent aux autres praticiens couverts</li> </ul> <p><b>Offerts en option</b> (à la demande du promoteur) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• maximums par visite</li> <li>• couverture dès la première visite ou une fois que le maximum annuel prévu par le régime provincial est atteint</li> <li>• services de podiatres (résidents de l'Alberta et de l'Ontario)</li> </ul> <p><b>Voir la section Particularités des produits</b> </p>
Hospitalisation (dans la province du domicile)	<p><b>Hôpital de soins de courte durée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• frais d'hospitalisation en chambre semi-particulière</li> <li>• ou frais d'hospitalisation en chambre particulière</li> </ul> <p><b>Options offertes quant aux maximums :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec ou sans maximum quotidien</li> </ul> <p><b>Hôpital de convalescence :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jusqu'à 20 \$ par jour pour une période maximale de 180 jours, sauf indication contraire du promoteur</li> </ul>
Frais d'optique	<p>Maximum en dollars et période de référence au choix du promoteur (la période de référence habituelle est de 24 mois, ou de 12 mois dans le cas des moins de 18 ans)</p>
Soins d'infirmières ou d'infirmiers exerçant à titre privé	<p>À concurrence de 25 000 \$ par période de trois ans, sauf indication contraire du promoteur. Tout autre maximum demandé est assujéti à l'approbation de la Sun Life.</p>
Chaussures orthopédiques et orthèses plantaires sur mesure	<p><b>Chaussures orthopédiques :</b> à concurrence de 500 \$ par année de référence, sauf indication contraire du promoteur</p> <p><b>Orthèses plantaires :</b> à concurrence de 350 \$ par année de référence, sauf indication contraire du promoteur</p> <p>Les maximums applicables aux chaussures et aux orthèses peuvent être combinés à la demande du promoteur.</p>
Appareils de correction auditive	<p>Maximum de 500 \$ par personne par période de cinq années de référence consécutives, sauf indication contraire du promoteur. Comprend les frais de réparation.</p>
Services, équipement et articles médicaux	<p><b>Voir la section Particularités des produits</b> </p>
Assistance-voyage (couverture des frais engagés à l'extérieur de la province/du pays)	<p>Frais remboursés à 100 %, sauf indication contraire du promoteur. Comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'assistance-voyage en cas d'urgence médicale</li> <li>• Médi-Passeport (services d'assistance-voyage non médicaux, par ex. : retour de véhicule, etc.), sauf indication contraire du promoteur</li> </ul> <p><b>Au Canada</b></p> <p>Frais d'hospitalisation et honoraires de médecin qui ne sont pas couverts par le régime provincial</p> <p><b>Hors du Canada</b></p> <p>Frais d'hospitalisation, honoraires de médecin et frais de transport par service ambulancier pour des soins d'urgence</p> <p><b>Durée maximale du voyage</b></p> <p>Limite de 60 jours, sauf indication contraire du promoteur et sous réserve de l'approbation de la Sun Life</p> <p><b>Prestation maximale</b></p> <p>La couverture des frais engagés en cas d'urgence hors du Canada et l'assistance-voyage en cas d'urgence sont assujétiés à un maximum viager combiné de 3 000 000 \$.</p>
Services reçus à la recommandation du médecin hors de la province du domicile ou à l'extérieur du pays	<p>À concurrence de 80 % des frais engagés pour des services de médecins et d'établissements médicaux au besoin, sous réserve de l'approbation de la Sun Life</p>

Prolongation de la couverture des personnes à charge (sans paiement des primes)	24 mois à compter de la date du décès du participant
Cessation de la couverture	À la cessation des services ou au départ à la retraite, sauf indication contraire du promoteur
Exonération des primes	Non offerte
Pour plus de renseignements	<a href="#">Voir la section Particularités des produits</a> 



## Régimes d'assurance médicaments




Types de régimes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Régime de paiement direct*</li> </ul> <p>*régime dont la gestion est assurée par Telus Solutions en santé</p>
Franchise annuelle	<p>Même que pour les autres volets de la garantie Frais médicaux, sauf indication contraire du promoteur</p> <p>Les régimes qui prévoient une franchise annuelle pour les médicaments ne peuvent pas également prévoir une franchise par médicament portant un numéro DIN</p> <p>Lorsque la franchise annuelle du régime de paiement direct est combinée à celle qui s'applique aux autres volets de la <b>garantie Frais médicaux</b>, l'année de référence doit être l'année civile</p> <p>L'option de report de la franchise est offerte sur demande (l'année de référence doit correspondre à l'année civile)</p>
Franchise par médicament portant un numéro DIN	Offerte dans le cas des régimes qui ne prévoient pas de franchise annuelle
Plafond s'appliquant aux frais d'exécution d'ordonnance	<p>Au choix du promoteur</p> <p><b>Régimes de paiement direct :</b> Offert dans toutes les provinces sauf le Québec (les demandes de règlement électroniques présentées par les pharmaciens indiquent les frais d'exécution d'ordonnance comme des frais distincts dans toutes les provinces sauf le Québec)</p>
Taux de remboursement (pourcentage couvert)	<p>Au choix du promoteur</p> <p><b>Remboursement par paliers</b></p> <p>Nous pouvons assurer le service de remboursement par paliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>si l'année de référence est fondée sur l'année civile</li> <li>ou si l'année de référence correspond à une période de 12 mois distincte de l'année civile et que le remboursement par paliers ne s'applique pas aussi à la garantie Frais médicaux</li> </ul>
Prestation maximale par année de référence	<p>Illimitée, sauf indication contraire du promoteur. La prestation maximale par année de référence s'applique habituellement à tous les volets de la garantie Frais médicaux, y compris les frais de médicaments</p> <p>Lorsque la prestation maximale par année de référence du régime de paiement direct est combinée à celle qui s'applique aux autres volets de la garantie Frais médicaux, l'année de référence doit être l'année civile</p>
Prestation viagère maximale	<p>Illimitée, sauf indication contraire du promoteur</p> <p>Pour des renseignements sur le rétablissement annuel des maximums viagers, voir la section portant sur la garantie Frais médicaux (ci-avant).</p>

<p>Caractéristiques des régimes d'assurance médicaments</p>	<p><b>Médicaments sur ordonnance :</b> Médicaments qui, aux termes de la loi, nécessitent une ordonnance et médicaments en vente libre qui sont essentiels à la survie (sauf ceux qui sont indiqués dans la section <b>Particularités des produits</b>)</p> <p><b>Médicaments délivrés sur ordonnance :</b> Médicaments sur ordonnance et médicaments thérapeutiques en vente libre qui sont prescrits par le médecin (sauf ceux qui sont indiqués dans la section <b>Particularités des produits</b>)</p> <p><b>Listes de médicaments :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulaire national (liste de médicaments de la catégorie «soins gérés» élaborée par Telus Solutions en santé)</li> <li>• Liste de médicaments fixe (ne comprend pas certains médicaments introduits après le 31 décembre de l'année sur laquelle la liste est fondée)</li> <li>• Listes de médicaments provinciales</li> <li>• Formules à plusieurs paliers (le pourcentage de remboursement varie selon la liste de médicaments)</li> <li>• Régime d'assurance-médicaments à efficacité éprouvée (services de Groupe Reformulary Inc. retenus par la Financière Sun Life – innovation dans la gestion du coût des médicaments)</li> </ul>
<p>Options de remplacement par le produit équivalent le moins coûteux (PEMC)</p>	<p><b>Régimes de paiement direct :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aucun remplacement par le PEMC :</b> le remboursement est effectué d'après les frais engagés pour l'achat du médicament en cause</li> <li>• <b>Remplacement par le PEMC :</b> le régime rembourse le coût du PEMC (s'il en existe un), ou le coût du médicament de marque si le médecin a indiqué «aucun substitut» sur l'ordonnance</li> <li>• <b>Remplacement obligatoire par le PEMC :</b> le régime rembourse le coût du PEMC (s'il en existe un), même si le médecin a indiqué «aucun substitut» sur l'ordonnance</li> </ul> <p>Nota : Au Québec, les exigences de la RAMQ ont préséance</p>
<p>Options supplémentaires</p>	<p>Au choix du promoteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avec auxiliaires antitabagiques (maximum viager de 500 \$)</li> <li>• Avec médicaments contre l'obésité (maximum de 1 800 \$ par année de référence)</li> <li>• Avec médicaments pour le traitement des troubles de l'érection (maximum de 1 200 \$ par année de référence)</li> </ul> <p>Au choix du promoteur (régimes de paiement direct seulement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avec Programme de pharmacothérapie initiale*</li> <li>• Avec Programme de pharmacothérapie de maintien*</li> </ul> <p>*Non offert au Québec</p>
<p>Autorisation préalable</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rationalisée et axée sur les catégories de médicaments spéciaux; intègre une approche de traitement par étapes pour les biomédicaments</li> <li>• Cible un nombre limité de médicaments, les médicaments de deuxième et de troisième lignes étant considérés comme relativement coûteux comparativement à d'autres traitements médicamenteux</li> </ul>
<p>Couverture des frais de médicaments – Québec</p>	<p>Les régimes privés doivent, à tout le moins, offrir une couverture équivalente à celle de la RAMQ pour ce qui est des trois éléments suivants :</p> <p>1) les listes de médicaments (types de médicaments couverts), 2) les taux de remboursement et 3) la contribution maximale aux frais.</p> <p>Les médicaments figurant sur la liste de médicaments de la RAMQ mais qui ne sont pas couverts au titre du contrat peuvent être remboursés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• au taux prévu par le contrat, pour autant qu'il ne soit pas inférieur à celui de la RAMQ;</li> <li>• ou au taux prévu par la RAMQ.</li> </ul> <p>Les médicaments qui ne figurent pas sur la liste de médicaments de la RAMQ mais qui sont couverts au titre du contrat sont remboursés au taux prévu par le contrat.</p> <p><b>Médicaments pris en compte dans la contribution maximale aux frais :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a deux options pour les <b>régimes de remboursement :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• médicaments figurant sur la liste de la RAMQ seulement;</li> <li>• ou tous les médicaments admissibles.</li> </ul> </li> <li>• <b>Régimes de paiement direct :</b> médicaments figurant sur la liste de la RAMQ seulement</li> </ul>
<p>Pour plus de renseignements</p>	<p><b>Voir la section Particularités des produits</b> </p>

## Garantie Frais dentaires


La garantie Frais dentaires peut couvrir uniquement les soins de prévention ou elle peut couvrir aussi les soins de base, les soins majeurs et/ou les soins orthodontiques, au choix du promoteur. Les frais raisonnables sont couverts à concurrence du montant indiqué dans le tarif de l'association dentaire provinciale appropriée ou dans le document de référence équivalent.

Délai d'admission	Au choix du promoteur (le délai d'admission doit être le même pour tous les frais couverts au titre de la garantie Frais dentaires)
Franchise annuelle	Couverture individuelle ou familiale <ul style="list-style-type: none"> <li>• La franchise s'applique habituellement à tous les soins dentaires à l'exception des soins orthodontiques</li> <li>• La franchise applicable aux frais dentaires n'est habituellement pas combinée à celle qui s'applique aux frais médicaux (en supposant que le régime comporte la garantie Frais médicaux)</li> <li>• L'option de report de la franchise est offerte sur demande</li> </ul>
Taux de remboursement (pourcentage couvert)	Le promoteur peut choisir des paliers de remboursement différents pour les soins suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins de prévention</li> <li>• Soins de base (différents taux de remboursement offerts sur demande pour les soins d'endodontie et de parodontie)</li> <li>• Soins majeurs</li> <li>• Soins orthodontiques</li> </ul>
Prestation maximale par année de référence	Au choix du promoteur <p><b>Options offertes quant aux maximums par demandeur :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un maximum global pour les soins de prévention, les soins de base et les soins majeurs;</li> <li>• ou un maximum global pour les soins de prévention et les soins de base, et un maximum distinct pour les soins majeurs.</li> </ul> <p>La prestation maximale par année de référence ne s'applique pas aux soins orthodontiques.</p>
Prestation viagère maximale	Au choix du promoteur (ne s'applique habituellement qu'aux soins orthodontiques)
Soins de prévention	Pour connaître la liste des soins couverts, <a href="#">Voir la section Particularités des produits</a>  <p>Fréquence des examens périodiques au choix du promoteur (habituellement un examen tous les cinq mois à concurrence de deux par année de référence, ou un examen tous les neuf mois)</p> <p>Examen complet tous les 24 mois ou à la fréquence demandée par le promoteur</p> <p>Radiographies :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une série de radiographies interproximales (dans le cadre des services périodiques)</li> <li>• une série complète de radiographies tous les 24 mois</li> <li>• ou une panographie tous les 24 mois</li> </ul>
Soins de base	Pour connaître la liste des soins couverts, <a href="#">Voir la section Particularités des produits</a> 


Soins majeurs	<p>Pour connaître la liste des soins couverts, <b>Voir la section Particularités des produits</b> </p> <p>Période d'attente de 12 mois pour la couverture des ponts et des prothèses dentaires amovibles (peu importe la date à laquelle les dents ont été retirées)</p> <p><b>Options : Supprimer ou remplacer la période d'attente de 12 mois (ci-dessus) par la clause relative à l'exclusion pour dent manquante</b> (la couverture des ponts et des prothèses dentaires amovibles ne s'applique qu'au remplacement des dents qui ont été retirées une fois la garantie en vigueur)</p> <p>Si une période d'attente de 12 mois ou la clause relative à l'exclusion pour dent manquante s'applique, elle peut être éliminée dans le cas des participants existants. Ces dispositions peuvent s'appliquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• à compter de la date d'effet de la garantie</li> <li>• ou à compter de la date d'embauche</li> </ul> <p>Les couronnes, les ponts et les prothèses amovibles sur implant sont couverts à concurrence du même maximum et assujettis aux mêmes conditions et restrictions qui s'appliquent aux couronnes sur dent ou aux prothèses amovibles non liées à un implant. Les frais liés aux implants, y compris les frais de chirurgie, ne sont pas couverts, sauf indication contraire du promoteur</p>
Soins orthodontiques	<p>Admissibilité aux soins orthodontiques (au choix du promoteur) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• enfants seulement (habituellement jusqu'à l'âge de 19 ans)</li> <li>• ou tous les participants et les personnes à leur charge</li> </ul> <p><b>Voir la section Particularités des produits</b> </p>
Clause de la méthode de traitement équivalente la moins coûteuse	<p>Les frais sont couverts à concurrence de la somme correspondant au service ou au traitement équivalent le moins coûteux qui donne un résultat aussi satisfaisant selon les normes professionnelles. Cette clause s'applique automatiquement à tous les soins dentaires</p>
Tarif des dentistes	<p>Tarif des dentistes généralistes, tarif des dentistes spécialistes ou document de référence équivalent, au choix du promoteur</p> <p><b>Options offertes quant au tarif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Année en cours</li> <li>• Tarif d'une année déterminée (au maximum cinq années précédant l'année en cours)</li> <li>• Tarif avec décalage (habituellement un décalage d'une ou de deux années par rapport à l'année en cours). Le tarif change chaque année. Option offerte uniquement si la fonction «province de résidence» a été choisie (voir ci-après).</li> <li>• Pourcentage du prix indiqué dans le tarif ou le document équivalent utilisé, au choix du promoteur</li> </ul> <p><b>Options supplémentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarif de la province où les soins sont donnés</li> <li>• Tarif de la province indiquée</li> </ul>
Maximums s'appliquant aux personnes qui adhèrent tardivement	<p>Si vous demandez la couverture plus de 31 jours après la date à laquelle vous y êtes admissible, la prestation maximale versée sera la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 300 \$ pour les 36 premiers mois en ce qui touche les soins orthodontiques</li> <li>• et 100 \$ pour les 12 premiers mois en ce qui touche tous les autres soins</li> </ul> <p>sauf indication contraire du promoteur et sous réserve de l'approbation de la Sun Life</p> <p>Nota : Ne s'applique pas si la participation à la garantie Frais dentaires est de 100 % (participation obligatoire).</p>
Cessation de la couverture	<p>À la cessation des services ou au départ à la retraite, sauf indication contraire du promoteur.</p>
Exonération des primes	<p>Non offerte</p>
Prolongation de la couverture des personnes à charge (sans paiement des primes)	<p>24 mois à compter de la date du décès du participant</p>
Pour plus de renseignements	<p><b>Voir la section Particularités des produits</b> </p>

# VIE ET DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS (DMA)


## Assurance-vie du participant

Délai d'admission	Au choix du promoteur
Couverture	Montant fixe en dollars; ou multiples du salaire (le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$)
Capital maximal	Au choix du promoteur, sous réserve de l'approbation de la Sun Life
Capital maximal sans attestation de bonne santé	Au choix du promoteur, sous réserve de l'approbation de la Sun Life
Exonération des primes	L'exonération des primes s'applique, sauf indication contraire du promoteur
Barème des réductions du capital assuré	Au choix du promoteur (le capital est habituellement réduit de 50 % à 65 ans), sous réserve de l'approbation de la Sun Life
Cessation de la couverture	70 <sup>e</sup> anniversaire de naissance ou date du départ à la retraite, si cette date est antérieure, sauf indication contraire du promoteur
Pour plus de renseignements	<a href="#">Voir la section Particularités des produits</a> 


## Assurance-vie facultative du participant

Délai d'admission	Au choix du promoteur
Couverture	Tranches de (montant en dollars); ou multiples du salaire (le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$)
Capital maximal	Au choix du promoteur, sous réserve de l'approbation de la Sun Life
Capital maximal sans attestation de bonne santé	Exigée pour tout montant d'assurance facultative ou pour tout montant d'assurance venant en excédent du maximum sans justification d'assurabilité, si le régime le prévoit.
Exonération des primes	L'exonération des primes s'applique si elle est prévue au titre de l'assurance-vie du participant
Cessation de la couverture	65 <sup>e</sup> anniversaire de naissance ou date du départ à la retraite, si cette date est antérieure, sauf indication contraire du promoteur, mais pas au-delà de l'âge de 70 ans
Programme de sensibilisation et de formation des participants	Dossiers personnalisés d'adhésion à l'assurance-vie facultative du participant au moment de la mise en place du régime ou dans le cadre des campagnes de sensibilisation
Pour plus de renseignements	<a href="#">Voir la section Particularités des produits</a> 


## Assurance Décès et mutilation accidentels (DMA) du participant

Le participant doit avoir souscrit l'assurance-vie du participant pour adhérer à la garantie DMA.	
Délai d'admission	Au choix du promoteur
Couverture	Montant fixe en dollars; ou multiples du salaire (le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$)
Capital maximal	Au choix du promoteur, sous réserve de l'approbation de la Sun Life
Exonération des primes	L'exonération des primes s'applique si elle est prévue au titre de l'assurance-vie du participant
Barème des réductions du capital assuré	Au choix du promoteur (le capital est habituellement réduit de 50 % à 65 ans), sous réserve de l'approbation de la Sun Life
Cessation de la couverture	70 <sup>e</sup> anniversaire de naissance ou date du départ à la retraite, si cette date est antérieure, sauf indication contraire du promoteur
Options supplémentaires	Prestation de modification du domicile et du véhicule; prestation pour frais de garde des enfants; prestation versée si, lorsque l'accident est survenu, le participant portait sa ceinture de sécurité
Renseignements additionnels et <i>Tableau des prestations</i>	<b>Voir la section Particularités des produits</b> 


## Assurance Décès et mutilation accidentels (DMA) facultative du participant

Délai d'admission	Au choix du promoteur
Couverture	Tranches de (montant en dollars); ou multiples du salaire (le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$)
Capital maximal	Au choix du promoteur, sous réserve de l'approbation de la Sun Life
Exonération des primes	L'exonération des primes s'applique si elle est prévue au titre de l'assurance-vie du participant
Cessation de la couverture	65 <sup>e</sup> anniversaire de naissance ou date du départ à la retraite, si cette date est antérieure, sauf indication contraire du promoteur
Options supplémentaires	Prestation de modification du domicile et du véhicule; prestation pour frais de garde des enfants; prestation versée si, lorsque l'accident est survenu, le participant portait sa ceinture de sécurité
Renseignements additionnels et <i>Tableau des prestations</i>	<b>Voir la section Particularités des produits</b> 


## Assurance-vie des personnes à charge

Le participant doit avoir souscrit l'assurance-vie du participant pour adhérer à l'assurance-vie des personnes à charge.	
Délai d'admission	Au choix du promoteur
Couverture	Montant fixe en dollars pour le conjoint ou pour un enfant à charge
Exonération des primes	L'exonération des primes s'applique si elle est prévue au titre de l'assurance-vie du participant
Prolongation de la couverture des personnes à charge (sans paiement des primes)	24 mois à compter de la date du décès du participant, sauf indication contraire du promoteur
Cessation de la couverture	70 <sup>e</sup> anniversaire de naissance ou date du départ à la retraite, si cette date est antérieure, sauf indication contraire du promoteur
Pour plus de renseignements	<a href="#">Voir la section Particularités des produits</a> 

## Assurance-vie facultative du conjoint


Délai d'admission	Au choix du promoteur
Couverture	Tranches de (montant en dollars)
Capital maximal	Au choix du promoteur, sous réserve de l'approbation de la Sun Life
Capital maximal sans attestation de bonne santé	Une attestation de bonne santé est exigée pour tout montant de couverture ou pour tout montant d'assurance venant en excédent du montant minimal du maximum sans justification d'assurabilité, si le régime le prévoit.
Exonération des primes	L'exonération des primes s'applique si elle est prévue au titre de l'assurance-vie du participant
Cessation de la couverture	La garantie prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes : le participant prend sa retraite, le participant atteint l'âge de 65 ans ou le conjoint atteint l'âge de 65 ans (sauf indication contraire du promoteur)
Pour plus de renseignements	<a href="#">Voir la section Particularités des produits</a> 

## Assurance Décès et mutilation accidentels (DMA) facultative du conjoint


Délai d'admission	Au choix du promoteur
Couverture	Tranches de (montant en dollars)
Capital maximal	Au choix du promoteur, sous réserve de l'approbation de la Sun Life
Exonération des primes	L'exonération des primes s'applique si elle est prévue au titre de l'assurance-vie du participant
Cessation de la couverture	La garantie prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes : le participant prend sa retraite, le participant atteint l'âge de 65 ans ou le conjoint atteint l'âge de 65 ans (sauf indication contraire du promoteur)
Renseignements additionnels et <i>Tableau des prestations</i>	<a href="#">Voir la section Particularités des produits</a> 


## GESTION DE LA SANTÉ ET DE L'INVALIDITÉ

## Services de maintien du salaire



Gestion de l'invalidité	Politiques et processus du promoteur ou directives d'évaluation de la Sun Life
Prestation maximale	Politiques et processus du promoteur ou directives d'évaluation de la Sun Life
Déductions uniformes	Au choix du promoteur
Situation fiscale	Au choix du promoteur
Délai de carence	Politiques et processus du promoteur ou directives d'évaluation de la Sun Life
Invalidité liée au congé de maternité	En ce qui concerne les absences liées à l'accouchement ou au rétablissement à la suite d'un accouchement, la participante ne peut être considérée comme atteinte d'invalidité totale que durant la portion de l'absence attribuable à des raisons de santé.
Maximum applicable aux revenus de toutes sources	Au choix du promoteur
Cessation de la couverture	Politiques et processus du promoteur ou directives d'évaluation de la Sun Life
Pour plus de renseignements	<a href="#">Voir la section Particularités des produits</a> 



## Invalidité de courte durée

Délai d'admission	Au choix du promoteur
Couverture	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage du salaire hebdomadaire admissible,</li> <li>• montant fixe</li> <li>• ou barème gradué (maximum de cinq échelons), par exemple : 66,67 % de la première tranche de 1 000 \$ et 50 % du reste</li> </ul>
Prestation maximale	Au choix du promoteur, sous réserve de l'approbation de la Sun Life
Déductions uniformes	<a href="#">Voir la section Particularités des produits</a> 
Situation fiscale	Prestations imposables ou non, au choix du promoteur
Délai de carence	<p>Avec ou sans la première journée d'hospitalisation, au choix du promoteur</p> <p><b>Accident, maladie :</b></p> <p>Au choix du promoteur (à compter de la première journée, de la deuxième journée, etc.)</p>
Invalidité liée au congé de maternité	<p>L'assureur offrant la garantie Invalidité de courte durée (ICD) est le premier payeur durant la portion du congé attribuable à des raisons de santé, uniquement dans les provinces où nous devons nous conformer aux normes du travail, aux droits de la personne, etc.</p> <p><b>Options supplémentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'assureur offrant la garantie ICD est le premier payeur pour tous les participants couverts en vertu du contrat.</li> <li>• La garantie ICD s'ajoute aux prestations de l'assurance-emploi, uniquement dans les provinces où nous devons nous conformer aux normes du travail, aux droits de la personne, etc. (régime de prestations supplémentaires de chômage, PSC)</li> <li>• La garantie ICD s'ajoute aux prestations de l'assurance-emploi pour tous les participants couverts en vertu du contrat (régime PSC).</li> </ul>

Période maximale d'indemnisation	À concurrence de 52 semaines ou au choix du promoteur (habituellement 15 semaines)
Cessation de la couverture	70 <sup>e</sup> anniversaire de naissance ou date du départ à la retraite, si cette date est antérieure
Pour plus de renseignements	<b>Voir la section Particularités des produits</b> 

## Invalidité de longue durée

Délai d'admission	Au choix du promoteur
Délai de carence	Au choix du promoteur (jusqu'à 52 semaines), et égal à la période maximale d'indemnisation prévue par la garantie ICD, le cas échéant (habituellement quatre ou six mois)
Couverture	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage du salaire mensuel admissible,</li> <li>• montant fixe</li> <li>• ou barème gradué (maximum de cinq échelons), par exemple : 66,67 % de la première tranche de 2 625 \$ et 50 % du reste</li> </ul>
Prestation maximale	Au choix du promoteur, sous réserve de l'approbation de la Sun Life
Capital maximal sans attestation de bonne santé	Au choix du promoteur, sous réserve de l'approbation de la Sun Life
Période maximale d'indemnisation (en cas d'invalidité)	Au choix du promoteur, sous réserve de l'approbation de la Sun Life
Déductions uniformes	<b>Voir la section Particularités des produits</b> 
Situation fiscale	Prestations imposables ou non, au choix du promoteur
Maximum applicable aux revenus de toutes sources	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestations non imposables : 85 % du salaire net touché avant l'invalidité</li> <li>• Prestations imposables : 85 % du salaire brut touché avant l'invalidité</li> </ul> <p>Sauf indication contraire du promoteur (tout autre maximum est assujéti à l'approbation de la Sun Life)</p> <p>Pour savoir ce que comprend le «plafond d'indemnisation toutes sources combinées»,</p> <p><b>Voir la section Particularités des produits</b> </p>
Restriction relative aux maladies préexistantes	La restriction relative aux maladies préexistantes s'applique, sauf indication contraire du promoteur (l'élimination de la restriction est assujéti à l'approbation de la Sun Life).
Indexation sur le coût de la vie (1 <sup>er</sup> janvier)	Sans indexation sur le coût de la vie, sauf indication contraire du promoteur
Cessation de la couverture	Le jour où il reste à courir, avant le 65 <sup>e</sup> anniversaire du participant, une période égale au délai de carence ou le jour du départ à la retraite, si celui-ci a lieu antérieurement (toute autre option offerte est assujéti à l'approbation de la Sun Life)
Prestations de survie	Au choix du promoteur (habituellement trois ou six mois)

Cotisation au régime de retraite	Au choix du promoteur
Définition d' <i>invalidité totale</i>	Fondée sur la «profession habituelle» pendant 24 mois et, par la suite, sur «toute profession» <b>Voir la section Particularités des produits</b>  <b>Options supplémentaires</b> La définition de l' <i>invalidité totale</i> est fondée sur : <ul style="list-style-type: none"><li>• «toute profession» dès le premier jour</li><li>• et sur la «profession habituelle» pour les périodes de plus de 24 mois, sous réserve de l'approbation de la Sun Life</li></ul>
Pour plus de renseignements	<b>Voir la section Particularités des produits</b> 

## Santé et mieux-être


L'offre de base comprend :	<ul style="list-style-type: none"><li>• Centre mieux-être, y compris le Questionnaire santé; dossier santé personnel; Info santé; répertoire des services de santé; Guide des soins de santé canadien</li><li>• Évaluations : Programme incitatif sur le Questionnaire santé; séances d'évaluation</li><li>• Promotion de la santé : sites Web personnalisés sur le mieux-être; défis-santé; séances d'information; programmes de modification des habitudes de vie; coach personnel en santé et plus</li><li>• Format : programmes en ligne et au travail</li><li>• Frais : services offerts moyennant des frais, à l'exception du Centre mieux-être</li></ul>
----------------------------	---

## Programme d'aide aux employés (PAE)

Partenaire de service	Le Programme d'aide aux employés (PAE) est géré par Solareh.
Services inclus (exemples)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Processus de suivi des recommandations</li><li>• Services d'intervention post-traumatique</li><li>• Équilibre vie-travail (soutien apporté aux familles, modes de vie sains, consultation de spécialistes)</li><li>• Counseling</li><li>• Séminaires sur le mieux-être</li></ul>

## AUTRES PRODUITS ET SERVICES

## Compte Soins de santé (CSS)



Délai d'admission	Même que pour la garantie Frais médicaux
Montant des crédits attribués à chaque participant	Au choix du promoteur Possibilité de calculer au prorata les crédits attribués (mensuellement)
Périodicité de l'attribution des crédits	Crédits attribués annuellement ou mensuellement, au choix du promoteur <b>Régimes gérés au moyen des systèmes de gestion de la Sun Life :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attribution mensuelle : les participants reçoivent les crédits attribuables pour le mois s'ils sont admissibles au régime le premier jour de ce mois</li> <li>• Attribution annuelle : si le promoteur en fait la demande, la Sun Life calcule le montant des crédits au prorata sur une base mensuelle ou quotidienne</li> <li>• Le calcul au prorata est offert uniquement lorsque les crédits sont attribués annuellement</li> </ul> <b>Régimes gérés en dehors des systèmes de gestion de la Sun Life :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'attribution annuelle ou mensuelle est offerte aux clients qui présentent leurs données sur ruban (données sur l'admissibilité des participants).</li> <li>• Seule l'attribution annuelle est offerte aux clients qui utilisent des listes pour transmettre leurs données sur l'admissibilité.</li> </ul>
Année de référence	Même que pour la garantie Frais médicaux
Date d'effet de la réinscription	Même que la date de début de l'année de référence
Options de report	Au choix du promoteur <ul style="list-style-type: none"> <li>• report du solde (les crédits affectés au cours d'une année de référence doivent être utilisés avant la fin de l'année de référence suivante)</li> <li>• report des frais (les frais engagés au cours d'une année de référence peuvent être remboursés au moyen de crédits affectés au cours de l'année de référence suivante)</li> <li>• aucun report</li> </ul>
Cessation de la couverture	Même que pour la garantie Frais médicaux
Prolongation de la couverture des personnes à charge	La couverture des personnes à charge au titre du CSS ne peut être maintenue après le décès du participant
Pour plus de renseignements	<b>Voir la section Particularités des produits</b> 

## Compte de dépenses personnel (CDP)

Délai d'admission	Même que pour la garantie Frais médicaux
Montant des crédits attribués à chaque participant	Au choix du promoteur Possibilité de calculer au prorata les crédits attribués (mensuellement)
Périodicité de l'attribution des crédits	Crédits attribués annuellement ou mensuellement, au choix du promoteur <b>Régimes gérés au moyen des systèmes de gestion de la Sun Life :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attribution mensuelle : les participants reçoivent les crédits attribuables pour le mois s'ils sont admissibles au régime le premier jour de ce mois</li> <li>• Attribution annuelle : si le promoteur en fait la demande, la Sun Life calcule le montant des crédits au prorata sur une base mensuelle ou quotidienne</li> <li>• Le calcul au prorata est offert uniquement lorsque les crédits sont attribués annuellement</li> </ul> <b>Régimes gérés en dehors des systèmes de gestion de la Sun Life :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'attribution annuelle ou mensuelle est offerte aux clients qui présentent leurs données sur ruban (données sur l'admissibilité des participants).</li> <li>• Seule l'attribution annuelle est offerte aux clients qui utilisent des listes pour transmettre leurs données sur l'admissibilité.</li> </ul>

Année de référence	Même que pour la garantie Frais médicaux
Date d'effet de la réinscription	Même que la date de début de l'année de référence
Options de report	Au choix du promoteur : <ul style="list-style-type: none"> <li>report du solde (les crédits affectés au cours d'une année de référence doivent être utilisés avant la fin de l'année de référence suivante)</li> <li>report des frais (les frais engagés au cours d'une année de référence peuvent être remboursés au moyen de crédits affectés au cours de l'année de référence suivante)</li> <li>aucun report</li> <li>report sur une période illimitée</li> </ul>
Cessation de la couverture	Même que pour la garantie Frais médicaux
Prestations de survie	La couverture des personnes à charge au titre du CDP ne peut être maintenue après le décès du participant

## Assurance contre les maladies graves (AMG)

Options de couverture	<p><b>Couverture de base (obligatoire)</b> Participants seulement. Habituellement, l'attestation de bonne santé n'est pas exigée.</p> <p><b>Couverture facultative</b> Habituellement offerte avec et sans attestation de bonne santé</p> <p><b>Couverture de base et couverture facultative réunies</b></p>
Formules offertes	<p>Trois formules sont offertes : Essentielle (3 affections couvertes), Étendue (11 affections couvertes) ou Complète (25 affections couvertes)</p> <p>Pour connaître la liste des affections couvertes, <a href="#">Voir la section Particularités des produits</a> </p>
Cessation de la couverture	<p><b>Participant</b> : 65<sup>e</sup> ou 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance ou date du départ à la retraite, si cette date est antérieure</p> <p><b>Conjoint</b> : dès que le participant prend sa retraite ou que le conjoint atteint l'âge de 65 ans ou 70 ans</p>
Règlement du capital	Le capital n'est payable que pour la première affection couverte. La couverture de la personne assurée au titre de l'AMG prend fin dès que le capital est réglé.
Transfert de la couverture (transférabilité)	Si les services du participant auprès de l'employeur prennent fin ou si le régime d'AMG est résilié, le participant, son conjoint et les enfants à sa charge (les enfants pourraient avoir le droit de conserver une couverture, à concurrence de 20 000 \$) peuvent demander le transfert de l'assurance collective qui a pris fin à un régime d'assurance (collective) contre les maladies graves offert par la Sun Life (sous réserve de certaines conditions).
Programme de sensibilisation et de formation des participants	Des dossiers personnalisés d'adhésion à l'AMG au moment de la mise en place du régime ou dans le cadre des campagnes de sensibilisation peuvent être offerts
Services de Best Doctors	<p>Les participants apprécieront la valeur que leur procure l'accès à des services spécialisés comprenant ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>étude approfondie de leur dossier médical pour contribuer à la vérification du diagnostic et à l'élaboration d'un plan de traitement;</li> <li>accès aux spécialistes qui sont les plus à même de répondre à leurs besoins médicaux;</li> <li>surveillance continue du processus de traitement pour veiller à ce que leurs priorités sur le plan médical soient respectées;</li> <li>et assistance pour prendre des arrangements, notamment en ce qui touche l'hébergement, s'ils doivent se déplacer pour recevoir des soins médicaux.</li> </ul>
Pour plus de renseignements	<a href="#">Voir la section Particularités des produits</a> 

## Régimes Mes CHOIX pour les participants qui perdent leur couverture

Cette assurance est offerte au participant et aux personnes à sa charge lorsque la couverture collective du participant prend fin à la cessation de son emploi ou à la résiliation de son régime de garanties collectives. Il s'agit d'une assurance individuelle qui est entièrement à la charge du participant et que l'on peut se procurer directement auprès du Centre Solutions clients de la Financière Sun Life au 1-877-893-9383.

<b>Mes CHOIX vie</b>	Assurance temporaire renouvelable annuellement offerte au participant et à son conjoint jusqu'à l'âge de 65 ans. Le participant peut demander un capital égal à la totalité ou à une partie de celui dont il bénéficiait à titre d'employé, à concurrence de 1 000 000 \$.
<b>Mes CHOIX santé</b> Assurance collective contre les maladies graves  Assurance-maladie complémentaire Assurance-maladie complémentaire et assurance dentaire	<p>Les participants, leur conjoint et les enfants à leur charge ont le droit de conserver leur protection au titre de l'assurance collective contre les maladies graves, sous réserve d'un capital maximal de 100 000 \$, lorsqu'ils sortent du régime collectif. La demande de maintien de la couverture doit être présentée à la Financière Sun Life dans les 60 jours suivant la cessation de la couverture collective.</p> <p>La couverture est offerte aux participants âgés entre 18 et 74 ans, ainsi qu'à leur conjoint également âgé entre 18 et 74 ans et aux personnes à leur charge. Les frais dentaires sont couverts si le participant bénéficiait de la garantie Frais dentaires dans le cadre de son régime de garanties collectives précédent. Pour s'inscrire sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé, le participant doit téléphoner dans les 60 jours suivant la date de la cessation de la couverture collective à laquelle il participait activement.</p>

## Solutions internationales en matière de garanties

Notre éventail complet de solutions internationales applicables aux garanties collectives contribue à satisfaire aux besoins des clients multinationaux établis au Canada et à l'étranger. Nous pouvons contribuer à faciliter l'accès aux produits d'assurance collective pour les employés qui répondent aux définitions suivantes :

**Impatriés** – Canadiens qui se réinstallent au Canada après une affectation à l'étranger, et employés étrangers qui viennent travailler au Canada et qui doivent observer une période d'attente avant de devenir admissibles au régime de santé public provincial

**Expatriés** – Canadiens qui travaillent à l'extérieur du Canada

**Ressortissants étrangers** – Employés qui travaillent dans leur propre pays pour une division ou une filiale d'une compagnie canadienne



**Ressortissants de pays tiers** – Citoyens d'un pays étranger qui travaillent dans un autre pays étranger pour une division ou une filiale d'une compagnie canadienne


Seule la couverture offerte aux impatriés est décrite ci-dessous. Des renseignements sur d'autres solutions internationales en matière de garanties ou sur la mise en commun des sinistres peuvent être obtenus sur demande.

## Régime d'assurance-maladie des salariés impatriés

Notre Régime d'assurance-maladie des salariés impatriés (RAMSI) couvre les frais raisonnables habituellement exigés pour la plupart des services et articles médicalement nécessaires qui sont couverts par le régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire de résidence du participant, à l'exception des frais couverts par tout régime provincial d'assurance médicaments. (Les «frais raisonnables habituellement exigés» sont déterminés d'après les honoraires normalement pratiqués par les fournisseurs d'une même région.) Les salariés impatriés et les personnes qui sont à leur charge doivent être couverts par le RAMSI pour être admissibles à la garantie Frais médicaux du régime collectif. Ils doivent ensuite adhérer à la garantie Frais médicaux du régime collectif une fois qu'ils sont couverts par le RAMSI.

Conditions d'admission	<p><b>Employés actifs (citoyens canadiens)</b> âgés de moins de 75 ans qui se réinstallent au Canada après une affectation à l'étranger, et les personnes à leur charge, qui doivent observer une période d'attente avant de devenir admissibles au régime provincial d'assurance-maladie;</p> <p><b>Employés étrangers actifs qui travaillent au Canada</b>, qui sont âgés de moins de 75 ans, et les personnes à leur charge, qui doivent observer une période d'attente avant de devenir admissibles au régime provincial d'assurance-maladie. Les employés étrangers doivent posséder un permis de travail valide pour être admissibles à la couverture.</p>
Adhésions tardives	<p>Employés et personnes à leur charge : Si la demande d'adhésion est reçue plus de 31 jours après la date du premier jour de travail de l'employé au Canada.</p> <p>Nota : Si les personnes à la charge de l'employé n'arrivent pas au Canada en même temps que lui, mais qu'ils arrivent après la date du premier jour de travail de celui-ci, les personnes à charge sont réputées adhérer tardivement au régime si la Sun Life n'a pas reçu leur formulaire d'adhésion dans les 31 jours suivant leur arrivée au Canada.</p>

Caractéristiques du régime	
Hospitalisation (dans la province du domicile)	<p><b>Services reçus à titre de malade hospitalisé</b></p> <p>Hospitalisation en salle et repas</p> <p>Les frais couverts sont basés sur les tarifs interprovinciaux.</p> <p>Les services incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation des salles d'opération, des services de radiothérapie, d'équipement respiratoire et de fournitures anesthésiques et chirurgicales</li> <li>• Médicaments sur ordonnance prescrits par un médecin durant une hospitalisation</li> </ul> <p><b>Services reçus à l'hôpital à titre de malade externe</b></p> <p>Les frais couverts sont basés sur les tarifs interprovinciaux.</p>
Services de médecins	Les frais sont couverts aux taux et aux conditions prévus par le régime d'assurance-maladie de la province de résidence du participant. Les frais sont couverts à concurrence des frais raisonnables habituellement exigés.
Soins infirmiers à domicile	<p>À concurrence des frais raisonnables habituellement exigés, sous réserve d'une prestation viagère maximale de 5 000 \$.</p> <p>Les frais doivent être approuvés au préalable par la Sun Life.</p>
Services paramédicaux	<p>Les services doivent être donnés par les praticiens autorisés indiqués ci-dessous. À concurrence des frais raisonnables habituellement exigés par visite. Comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• physiothérapeutes</li> <li>• orthophonistes</li> <li>• psychologues</li> <li>• ostéopathes</li> <li>• chiropraticiens</li> <li>• podiatres</li> <li>• chiropodistes</li> </ul> <p>Maximum : 500 \$ par année civile pour l'ensemble des services</p> <p><b>Voir la section Particularités des produits</b> </p>
Transport en ambulance	À concurrence des frais raisonnables habituellement exigés.
Location d'appareils médicaux durables pour un usage temporaire, et autres services médicaux	<p>Même type d'appareils, de services et de limites que ceux qui sont prévus par le régime d'assurance-maladie de la province de résidence du participant.</p> <p>Voir la définition sous la section <b>Particularités des produits</b> </p>
Chirurgie bucco-dentaire effectuée à l'hôpital	<p>Les frais engagés pour une chirurgie bucco-dentaire effectuée à l'hôpital sont couverts seulement si l'affection présente un risque pour le patient sur le plan médical. Les services doivent être approuvés au préalable par la Sun Life.</p> <p>L'intervention doit être recommandée par un médecin ou un chirurgien-dentiste et elle doit être nécessaire sur le plan médical.</p> <p>La couverture des services reçus à l'hôpital (dans la province de résidence) est basée sur les tarifs interprovinciaux.</p> <p>La couverture des frais dentaires est basée sur le tarif des dentistes généralistes en vigueur dans la province.</p>
Services reçus en cas d'urgence hors de la province/du Canada	<p>Les services incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalisation en cas d'urgence, autres services hospitaliers reçus hors du Canada</li> <li>• Services de médecins</li> <li>• Transport dans une ambulance autorisée</li> </ul> <p>Seuls les services reçus en cas d'urgence sont couverts. Les frais engagés à la suite de la recommandation du médecin ne sont pas couverts.</p> <p>Mêmes limites relatives à la durée du voyage, et mêmes frais couverts et maximums applicables que ceux qui sont prévus par le régime d'assurance-maladie de la province de résidence du participant. Les frais couverts sont basés sur les tarifs interprovinciaux.</p> <p>Hospitalisation : Tarif limité à celui d'une salle</p>

Prestation maximale	Prestation annuelle maximale par participant et par personne à charge : 500 000 \$
Prestation viagère maximale	Prestation viagère maximale par personne : 1 000 000 \$
Justification d'assurabilité	N'est exigée que si l'employé ou les personnes à sa charge adhèrent tardivement à la couverture prévue par ce régime, tel qu'il est décrit plus haut.
Demandes d'adhésion acceptées	Jusqu'à l'âge de 75 ans
Date d'effet de la couverture	<p><b>La couverture de l'employé prend effet à la plus tardive des dates suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la date de son premier jour de travail au Canada</li><li>• la date d'effet de la participation de l'employeur</li><li>• le jour qui suit la date à laquelle la Sun Life accepte l'attestation de bonne santé</li></ul> <p><b>La couverture des personnes à charge admissibles prend effet à la plus tardive des dates suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la date à laquelle la couverture de l'employé entre en vigueur, si lui et les personnes à sa charge sont arrivés au Canada ensemble et qu'ils ont tous adhéré au régime au cours de la période d'adhésion automatique à l'assurance, qui est de 31 jours</li><li>• la date d'arrivée au Canada des personnes à charge, si elle est postérieure à celle de l'employé</li><li>• le jour qui suit la date à laquelle la Sun Life accepte l'attestation de bonne santé de la personne à charge</li></ul>
Cessation de la couverture	<p><b>La couverture du participant prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• le participant est admissible à la couverture prévue par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence</li><li>• les services du participant auprès de l'employeur prennent fin</li><li>• la couverture du participant au titre de la garantie Frais médicaux du régime collectif prend fin, ou le participant atteint l'âge de 75 ans</li><li>• le participant quitte le Canada pour travailler à l'étranger</li><li>• nous obtenons une preuve raisonnable que la couverture est utilisée à des fins frauduleuses</li><li>• le participant cesse d'être admissible à la couverture</li><li>• l'employeur cesse de participer au RAMSI</li><li>• le contrat groupe est résilié</li><li>• la période couverte par la dernière prime payée à la Sun Life au nom du participant prend fin</li></ul> <p><b>La couverture des personnes à la charge du participant prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la couverture du participant prend fin pour l'une ou l'autre des raisons ci-dessus</li><li>• la couverture de la personne à charge au titre du régime d'assurance-maladie de sa province de résidence prend effet</li><li>• l'enfant à charge cesse de satisfaire à la définition d'enfant à charge au titre du RAMSI</li><li>• le conjoint cesse de satisfaire à la définition de conjoint au titre du RAMSI</li></ul>
Pour plus de renseignements	<a href="#">Voir la section Particularités des produits</a> 

# PARTICULARITÉS DES PRODUITS

## FRAIS MÉDICAUX, FRAIS DE MÉDICAMENTS ET FRAIS DENTAIRES

### Garantie Frais médicaux



Les renseignements qui figurent ci-dessous sont donnés à titre indicatif seulement et ils ne constituent en aucun cas une liste complète. Les éléments couverts peuvent changer. La couverture ne comprend que les services et articles admissibles qui sont médicalement nécessaires au traitement d'une maladie.

Frais hospitaliers couverts	Frais d'hospitalisation seulement Frais d'hospitalisation dans un hôpital de convalescence seulement. L'hospitalisation doit avoir pour objet la réadaptation et non la surveillance du malade
Frais hospitaliers NON couverts	<ul style="list-style-type: none"><li>• Frais qui sont couverts par le régime provincial</li><li>• Soins de longue durée (frais modérateurs ou tarif d'une chambre semi-particulière)</li><li>• Frais d'hébergement</li><li>• Frais d'hospitalisation dans un hôpital privé (qui ne sont pas couverts par le régime provincial)</li><li>• Frais d'hospitalisation dans un établissement de soins de longue durée</li><li>• Séjour dans un centre de désintoxication (alcool ou drogues) (parrainé ou non par l'État)</li><li>• Séjour dans un centre de réadaptation (parrainé ou non par l'État)</li></ul>
Frais d'optique couverts	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lentilles cornéennes</li><li>• Lunettes – lentilles, montures et réparations</li><li>• Correction de la vision par le laser</li><li>• Lunettes de soleil sur ordonnance et lunettes de protection sur ordonnance</li></ul> <p>Nota : Ces articles et services doivent être prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé et délivrés par un ophtalmologiste, un optométriste autorisé ou un opticien</p>
Frais d'optique NON couverts	Lunettes grossissantes, lunettes de protection, lunettes de soleil et clips solaires non prescrits
Services paramédicaux couverts	<ul style="list-style-type: none"><li>• Services d'orthophonistes</li><li>• Services de psychologues (thérapie individuelle ou de groupe) ou de travailleurs sociaux</li><li>• Services de physiothérapeutes</li><li>• Services d'acupuncteurs</li><li>• Services de massothérapeutes ou d'orthothérapeutes</li><li>• Services de podiatres/chiropraticiens (comprenant une radiographie par année de référence)</li><li>• Services de naturopathes</li><li>• Services de chiropraticiens (comprenant une radiographie par année de référence)</li><li>• Services d'ostéopathes (comprenant une radiographie par année de référence)</li><li>• Services d'audiologistes</li><li>• Services de diététistes</li><li>• Services d'ergothérapeutes</li></ul> <p>Nota : Tous les praticiens doivent être agréés par un organisme de réglementation reconnu par l'État</p>



<p>Services paramédicaux NON couverts</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de thérapeutes du sport</li> <li>• Services de praticiens de l'Église scientiste chrétienne</li> <li>• Services de conseillers en nutrition</li> <li>• Services d'électrolystes (électrolyse)</li> <li>• Services d'homéopathes</li> <li>• Services de kinésithérapeutes/kinésiologues</li> <li>• Services de thérapie visuelle</li> <li>• Services d'ergonomes</li> <li>• Services de thérapeutes de la réadaptation</li> <li>• Services de réflexologues</li> <li>• Services de sexologues/sexothérapeutes</li> <li>• Services de shiatsuistes</li> <li>• Services de conseillers cliniciens autorisés (Colombie-Britannique)</li> <li>• Services de thérapeutes familiaux</li> </ul>
<p>Services, équipement et articles médicaux couverts</p>	<p>Les changements apportés aux maximums peuvent être assujettis à l'approbation de la Sun Life</p> <p><b>Éléments couverts :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins d'infirmières exerçant à titre privé (donnés hors de l'hôpital), d'infirmières auxiliaires autorisées (donnés hors de l'hôpital) et d'infirmières licenciées lorsqu'ils sont médicalement nécessaires. Il doit s'agir d'infirmières autorisées qui ne résident pas normalement avec le participant</li> <li>• Transport (local terrestre) dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est médicalement nécessaire</li> <li>• Transport (aérien) par service ambulancier autorisé, à destination de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est médicalement nécessaire</li> <li>• Analyses de laboratoire et échographies, au Québec seulement</li> <li>• Imagerie par résonance magnétique (IRM), tomomodensitométries, électrocardiogrammes, mammographies et thermographies reçus hors de l'hôpital, à concurrence de 1 000 \$ par année de référence, au Québec seulement</li> <li>• Traitement des dents naturelles endommagées dans un accident (y compris les frais d'attelles et d'arcs dentaires). Les soins doivent être donnés dans les 12 mois de l'accident.</li> <li>• Services d'optométristes autorisés ou d'ophtalmologistes (examen de la vue), à concurrence de 50 \$ par période de deux années de référence (lorsque les services ne sont pas couverts par le régime provincial)</li> <li>• Perruques/postiches – à concurrence de 300 \$ par année de référence, si ces articles sont nécessaires par suite d'une chimiothérapie (la recommandation du médecin n'est pas exigée)</li> <li>• Location, achat ou réparation d'un fauteuil roulant. Recommandation et diagnostic du médecin exigés. Les fauteuils roulants motorisés ou triporteurs sont couverts s'ils sont nécessaires du point de vue médical</li> <li>• Prothèses mammaires (externes), à concurrence de 200 \$ par année de référence lorsqu'elles sont nécessaires par suite d'une intervention chirurgicale</li> <li>• Soutiens-gorge postopératoires nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale (maximum de deux soutiens-gorge par année de référence)</li> <li>• Prothèses (membres et yeux artificiels). Premier achat seulement</li> <li>• Remplacement et réparation de prothèses</li> <li>• Couvre-moignons, à concurrence de cinq paires par année de référence</li> <li>• Bas à varices, y compris les bas à compression régressive, à concurrence de deux paires par année de référence</li> <li>• Plâtres, attelles, bandages herniaires, orthèses et béquilles</li> <li>• Orthèses de pied faites sur mesure nécessaires en raison de la malformation des pieds</li> <li>• Chaussures orthopédiques, modifications apportées à des chaussures et chaussures faisant partie d'une orthèse, nécessaires en raison de la malformation des pieds (pied bot ou autres séquelles de poliomyélite ou d'un traumatisme majeur du pied). Les chaussures doivent être fabriquées à partir d'une forme unique, sur l'ordonnance du médecin, du podiatre ou du chiropodiste</li> </ul>

<p>Services, équipement et articles médicaux couverts</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appareils de correction auditive. Réparations comprises. Piles comprises s'il s'agit de l'achat initial de l'appareil</li> <li>• Oxygène (si les soins sont couverts par le régime provincial, nous ne remboursons que les frais venant en excédent de la limite prévue par ce régime)</li> <li>• Lecteurs de glycémie, dextromètres (Accucheck) obtenus sur l'ordonnance du médecin, à concurrence d'un maximum viager de 700 \$</li> <li>• Lentilles cornéennes ou lentilles intraoculaires nécessaires à la suite d'une opération de la cataracte, sous réserve d'un maximum viager d'une lentille par œil</li> </ul> <p><b>Autres appareils médicalement nécessaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pompe à oxygène et matériel connexe (si les soins sont couverts par le régime provincial, nous ne remboursons que les frais venant en excédent de la limite prévue par ce régime)</li> <li>• Chambre d'inhalation (recommandation du médecin exigée)</li> <li>• Respirateurs</li> <li>• Cathéter (recommandation du médecin exigée). Sacs compris, mais non les couches et les protections pour l'incontinence</li> <li>• Moniteurs respiratoires (apnée) (recommandation du médecin exigée)</li> <li>• Compresseur et tout autre matériel nécessaire à l'administration de médicaments (recommandation du médecin exigée)</li> <li>• Équipement de ventilation spontanée en pression positive continue (recommandation du médecin exigée)</li> <li>• Matériel nécessaire au traitement de la fibrose kystique (sauf si ces frais sont couverts par le régime provincial)</li> <li>• Énurésie (émission d'urines nocturne), détecteur Mozes (recommandation et diagnostic du médecin exigés). Assurés âgés de 6 ans ou plus.</li> <li>• Inhalateurs, appareils servant à l'administration de médicaments, inhalateur Maxi Mist, nébuliseur (recommandation du médecin exigée)</li> <li>• Lit d'hôpital – location, achat ou réparation (recommandation et diagnostic du médecin exigés). Les lits Craftmatic ne sont pas couverts</li> <li>• Stimulateur osseux ou musculaire et accessoires (recommandation et diagnostic du médecin exigés)</li> <li>• Support abdominal, dorsal ou support de la colonne ou du poignet – rigides et semi-rigides seulement (recommandation du médecin exigée). Les coussins Obus Forme ne sont pas couverts</li> <li>• Neurostimulateur transcutané</li> <li>• Appareil de traction</li> <li>• Orthèse de la cheville, du coude, du pied, du genou, de la jambe ou de la colonne ou orthèse lombaire ou cervicale, ou ceinture abdominale, herniaire ou thoracique – rigides et semi-rigides seulement (recommandation du médecin exigée)</li> <li>• Collier cervical (recommandation du médecin exigée)</li> <li>• Orthèses orthopédiques/attelles de Dennis Browne. Frais couverts si la chaussure fait partie de l'orthèse (recommandation du médecin exigée)</li> <li>• Vêtement de compression</li> <li>• Canne, si nécessaire pour des raisons d'ordre médical et sur la recommandation du médecin. Les fers à glace ne sont pas couverts</li> <li>• Déambulateur (recommandation du médecin exigée)</li> </ul>
<p>Services, équipement et articles médicaux NON couverts</p>	<p>Certains équipements ne s'inscrivent pas dans la catégorie de ceux que la Sun Life considère comme nécessaires pour répondre à des besoins médicaux fondamentaux. Par exemple : matelas orthopédiques, appareils d'exercice physique, climatiseurs et purificateurs d'air, baignoires d'hydromassage et humidificateurs</p>
<p>Attestation d'invalidité</p>	<p>Les attestations de sinistres doivent être présentées à la Sun Life avant la fin de la période de 90 jours qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la fin de l'année de référence au cours de laquelle les frais sont engagés</li> <li>• la cessation de la couverture du participant ou la résiliation de la garantie prévue par le contrat</li> </ul>

 Retour au Sommaire des produits

## Assistance-voyage

Les renseignements qui figurent ci-dessous sont donnés à titre indicatif seulement et ils ne constituent en aucun cas une liste complète. Les éléments couverts peuvent changer.

## Services reçus en cas d'urgence

Services médicaux	Tous les services et les articles fournis pendant l'hospitalisation; les services reçus à titre de malade externe et les services de médecins
Transport d'urgence	Transport d'urgence à l'hôpital approprié le plus proche ou retour au Canada si cette solution convient mieux

## Services de Médi-Passeport

Hébergement à l'hôtel et repas si le participant n'est pas en mesure de voyager	Hébergement à l'hôtel et repas pendant une période de convalescence (sous réserve d'une prestation maximale par jour, à concurrence de cinq jours)
Hébergement à l'hôtel et repas si le voyage est retardé	Hébergement à l'hôtel et repas si le voyage de retour de la personne couverte est retardé ou interrompu en raison d'une maladie (sous réserve d'une prestation maximale par jour, à concurrence de sept jours)
Retour de personnes en difficulté	Billets de remplacement permettant le retour à la maison, dans le cas où les billets de retour sont devenus inutilisables par suite d'une urgence de nature médicale concernant une personne couverte par le régime (participant, conjoint ou enfants) ou du décès de celle-ci Retour à la maison des enfants à charge (accompagnés, s'ils ont moins de 16 ans ou sont handicapés) qui sont laissés seuls par suite de l'hospitalisation de la personne couverte
Visite d'un membre de la famille	Frais engagés pour le transport d'un membre de la famille immédiate vers le lieu de l'hôpital, ainsi que les frais de repas et d'hébergement dans un hôtel, si la personne couverte est hospitalisée pendant plus de sept jours et qu'elle voyageait seule (sous réserve d'une prestation maximale par jour, à concurrence de sept jours)
Transport de la dépouille	Retour de la dépouille de la personne couverte en cas de décès (sous réserve d'une prestation maximale déterminée)
Retour d'une voiture	Retour d'une voiture privée ou d'une voiture louée si la personne couverte est incapable de conduire en raison d'une urgence d'ordre médical (sous réserve d'une prestation maximale déterminée par voiture)
Bagages perdus	Aide en vue du remplacement de documents de voyage ou de bagages perdus ou volés
Services de traduction	Services de traduction (dans les principales langues), pour les besoins de communication avec le personnel médical de l'endroit
Envoi de messages urgents	Transmission de messages urgents au domicile de la personne couverte, à son lieu de travail ou à tout autre endroit approprié. Les messages sont conservés pendant 15 jours au maximum.

## Régimes d'assurance médicaments

 Retour au Sommaire des produits

Voici des exemples d'éléments couverts en vertu des régimes standards de remboursement des médicaments sur ordonnance et des médicaments délivrés sur ordonnance. Les renseignements qui figurent ci-dessous sont donnés à titre indicatif seulement et ils ne constituent en aucun cas une liste complète. Les éléments couverts peuvent changer.

Catégories de médicaments couverts	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaments décrits dans le Sommaire des produits</li> <li>• Médicaments portant un numéro d'identification de médicament (DIN)</li> <li>• Extraits d'allergènes portant un code DIN et sérums antiallergiques (à l'exclusion des frais liés à l'administration du produit)</li> <li>• Matériel contraceptif (délivré sur ordonnance), y compris les contraceptifs oraux, les timbres contraceptifs, les stérilets et les diaphragmes</li> <li>• Médicaments et vitamines injectables (à l'exclusion des frais liés à l'administration du produit)</li> <li>• Insuline et articles pour diabétiques</li> <li>• Autolet/Monolet, injecteur d'insuline/Medijector, bandelettes réactives</li> <li>• Appareillage pour stomisés (frais non couverts par le régime provincial)</li> <li>• Préparations composées</li> <li>• Fécondostimulants (prestation viagère maximale de 2 400 \$)</li> <li>• Vaccins (à l'exclusion des frais liés à l'administration du produit)</li> </ul>
Catégories couvertes selon le cas, tel qu'il est précisé dans le <b>Sommaire des produits</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaments pour le traitement d'une dysfonction sexuelle</li> <li>• Auxiliaires antitabagiques sur ordonnance</li> <li>• Médicaments de traitement de l'obésité / agents de perte de poids</li> </ul>
Éléments NON couverts	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antihistaminiques</li> <li>• Produits de santé naturels</li> <li>• Médicaments utilisés à des fins esthétiques</li> <li>• Relaxants musculaires qui ne nécessitent pas une ordonnance</li> <li>• Traitements de l'obésité obtenus sans ordonnance, c.-à-d. protéines et suppléments alimentaires ou diététiques</li> <li>• Vitamines en vente libre</li> <li>• Mélanges pour biberon (lait et substituts du lait)</li> <li>• Minéraux, protéines et traitements au collagène</li> <li>• Frais liés à l'administration de sérums, de vaccins et d'injections</li> <li>• Stimulants de la pousse des cheveux</li> </ul>

## Garantie Frais dentaires

 Retour au Sommaire des produits

Les renseignements qui figurent ci-dessous sont donnés à titre indicatif seulement et ils ne constituent en aucun cas une liste complète. Les éléments couverts peuvent changer.

Services admissibles	Les services doivent être donnés par un dentiste, un denturologiste, un hygiéniste dentaire ou un anesthésiste autorisés
Soins de prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services périodiques comprenant les suivants : examen périodique; radiographies interproximales; polissage/nettoyage; application topique de fluorure</li> <li>• Examen complet</li> <li>• Examens d'urgence ou examens particuliers</li> <li>• Radiographies ou panoramique</li> <li>• Radiographies nécessaires au diagnostic ou à la surveillance de l'évolution d'un traitement</li> <li>• Consultations nécessaires entre deux dentistes</li> <li>• Traitements palliatifs et urgences</li> <li>• Examens de diagnostic et de laboratoire</li> <li>• Extraction de dents incluses, y compris l'anesthésie</li> <li>• Mainteneurs d'espace pour dents primitives manquantes</li> <li>• Scelllements de puits et fissures</li> </ul>
Soins de base	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obturations, notamment en amalgame (argent) et en composite (substance blanche) pour toutes les dents; obturations en résine acrylique (remplacement par obturations en composite)</li> <li>• Extraction de dents (à l'exception des dents incluses)</li> <li>• Restaurations préfabriquées en métal/couronnes et leur remplacement (non les couronnes sur mesure)</li> <li>• Endodontie (traitement radiculaire/obturation des canaux, traitement des maladies de la pulpe)</li> <li>• Parodontie comprenant ce qui suit : aplanissement des racines, détartrage, rectification de l'occlusion et équilibrage occlusal (meulage sélectif des dents), articulation temporo-mandibulaire et bruxisme (grincement des dents)</li> <li>• Traitement chirurgical et anesthésie à cette fin (sauf l'extraction de dents incluses)</li> </ul>
Soins majeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrustations en profondeur et de surface</li> <li>• Couronnes et réparation (non les couronnes préfabriquées en métal) pour molaires (couverture des couronnes couvertes d'une substance blanche pour les autres dents)</li> <li>• La couverture des couronnes, ponts et prothèses amovibles sur implant ne comprend pas le coût de l'implant ni les frais liés à sa mise en place, notamment les frais de chirurgie</li> <li>• Réparation de ponts et de prothèses amovibles</li> <li>• Rebasage ou regarnissage</li> <li>• Ponts et prothèses amovibles (services de prothèse) – confection et mise en place de ponts ou de prothèses amovibles standard (non de prothèses amovibles avec attachement de précision), pour le remplacement de dents extraites en cours de couverture <b>ou</b> après un délai de carence de 12 mois. Remplacements à intervalles de cinq ans seulement</li> </ul>
Soins orthodontiques (si le régime prévoit leur couverture)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services d'orthodontie modificatrice, corrective et préventive</li> <li>• Traitement complet</li> <li>• Appareils visant la suppression de mauvaises habitudes</li> </ul>

Éléments et services NON couverts	Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"><li>• Soins dentaires donnés à des fins principalement esthétiques</li><li>• Frais de remplacement d'appareils perdus, égarés ou volés</li><li>• Frais de rendez-vous non respectés</li><li>• Frais de rédaction de demandes de règlement</li><li>• Services ou articles pour lesquels il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture.</li><li>• Frais d'articles rattachés normalement au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport ou à la maison (par exemple : un protège-dents)</li><li>• Restauration buccale complète, rectification de la dimension verticale, abrasion, modification ou reconstitution de l'occlusion, ou contention au moyen d'une prothèse</li><li>• Implants et transplants, et modification des rapports entre maxillaires, y compris les frais de chirurgie</li><li>• Traitements expérimentaux</li><li>• Services ou articles couverts en tout ou en partie par tout régime ou programme parrainés par l'État, sauf dans le cas des frais modérateurs, des dépassements d'honoraires, et des autres frais en excédent de ceux qui sont payables par le régime ou programme parrainés par l'État, si la loi permet leur remboursement par les régimes privés</li><li>• Frais dentaires résultant de dommages attribuables à un acte d'hostilité de forces armées, une insurrection ou la participation à une émeute ou à un mouvement populaire, ou à la participation à la perpétration d'un acte criminel</li><li>• Soins dentaires nécessaires en raison de malformations congénitales</li></ul>
Attestation d'invalidité	Les attestations de sinistres doivent être présentées à la Sun Life avant la fin de la période de 90 jours qui suit : <ul style="list-style-type: none"><li>• la fin de l'année de référence au cours de laquelle les frais sont engagés</li><li>• la cessation de la couverture du participant ou la résiliation de la garantie prévue par le contrat</li></ul>

## Assurance-vie (s'applique à toutes les garanties Vie)

 Retour au Sommaire des produits

Les renseignements qui figurent ci-dessous sont donnés à titre indicatif seulement et ils ne constituent en aucun cas une liste complète. Les éléments couverts peuvent changer.

Attestation de bonne santé	Exigée pour tout montant d'assurance facultative ou pour tout montant d'assurance venant en excédent du maximum sans justification d'assurabilité, si le régime le prévoit.
Garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité totale	<p><b>Couverture du participant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La couverture est maintenue, avec exonération des primes, après une période ininterrompue d'invalidité de six mois ou une période égale au délai de carence prévu par la garantie ILD, si ce délai est plus court.</li> </ul> <p><b>Couverture du participant et des personnes à sa charge :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si la couverture du participant est maintenue avec exonération des primes, la couverture des personnes à charge est, elle aussi, maintenue avec exonération des primes aussi longtemps que la garantie reste en vigueur.</li> </ul> <p>Une attestation de l'invalidité totale du participant doit être présentée dans les 12 mois suivant la date du début de l'invalidité.</p> <p>Définition d'<i>invalidité totale</i> : Le participant est considéré comme totalement invalide s'il est empêché par la maladie d'exercer <b>quelque profession</b> qui convienne à sa formation ou à l'expérience qu'il a ou qu'il pourrait acquérir. (Toutefois, le participant qui est considéré comme totalement invalide au titre de la garantie ILD l'est également au titre de la garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité totale.)</p>
Transformation	<p>En cas de cessation ou de réduction de l'assurance-vie du participant pour toute autre raison qu'à sa demande expresse, le participant peut demander la transformation de son assurance-vie (sous réserve d'un maximum de 200 000 \$ ou du montant prescrit par les lois pertinentes, si ce montant est plus élevé, assurance-vie de base et assurance-vie facultative réunies) en l'un des trois produits d'assurance-vie individuelle ci-après de la Sun Life sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé.</p> <p>La demande de transformation doit être présentée par écrit (accompagnée du paiement de la première prime) dans les 31 jours suivant la cessation ou la réduction. La prime est établie en tenant compte du produit choisi, du sexe du participant et de son âge. Les trois produits qu'il est possible de souscrire sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Solution Vie Sun Life</b> : prime garantie pendant les dix premières années du contrat; valeur de rachat rajustable; capital-décès garanti; aucuns frais de résiliation</li> <li><b>Temporaire Sun Life un an</b> : couverture d'une durée d'un an seulement; la personne couverte peut par la suite la laisser expirer ou la transformer en une Solution Vie Sun Life</li> <li><b>Temporaire à 65 ans Sun Life</b> : couverture jusqu'à l'anniversaire du contrat qui suit le 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de la personne couverte; celle-ci peut alors la laisser expirer ou la transformer en une Solution Vie Sun Life</li> </ul> <p>Si la personne décède pendant le délai de transformation de 31 jours avant d'avoir exercé son option de transformation, la Sun Life règle le capital de la couverture transformable sur réception de l'attestation de décès.</p> <p>La transformation est également offerte au conjoint du participant si sa couverture prend fin autrement qu'à la demande du participant.</p>
Programme de prêt-secours	Le Programme de prêt-secours s'adresse aux participants en phase terminale. Certaines conditions s'appliquent.
Conditions	Le suicide n'ouvre pas droit au règlement de toute tranche d'assurance-vie facultative qui est en vigueur depuis moins de deux ans. La Sun Life rembourse le total des primes versées au titre de l'assurance en cause.

## Tableau des prestations DMA (s'applique à toutes les garanties DMA)

Les renseignements qui figurent ci-dessous sont donnés à titre indicatif seulement et ils ne constituent en aucun cas une liste complète. Les éléments couverts peuvent changer.

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

Garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité totale	<p><b>Couverture du participant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si la couverture du participant au titre de l'assurance-vie est maintenue avec exonération des primes, sa couverture au titre de la garantie DMA est, elle aussi, maintenue avec exonération des primes, mais pas au-delà de l'âge de 65 ans.</li> </ul> <p><b>Couverture facultative du conjoint :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si la couverture du participant est maintenue avec exonération des primes, la couverture du conjoint est, elle aussi, maintenue avec exonération des primes aussi longtemps que la garantie reste en vigueur, mais pas au-delà du 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du conjoint.</li> </ul>
Attestation d'invalidité	À présenter dans l'année qui suit la survenance de tout sinistre autre que le décès
Définition d'accident	Un accident est une blessure causée uniquement et directement par l'action violente, soudaine et imprévue d'une cause extérieure.
Disparition en cours de voyage	La personne couverte disparaît par suite de la destruction, de la submersion, de l'atterrissage forcé, de l'échouement ou de la disparition du véhicule dans lequel elle se trouvait, et son corps n'est pas retrouvé dans l'année qui suit.
Limite globale	Si plus d'une personne couverte a subi un même accident : la prestation maximale est établie à 3 000 000 \$ pour le total des prestations payables en raison d'un même accident.
Transport de la dépouille	Si le participant décède à 100 kilomètres ou plus de son domicile : frais raisonnables et de pratique courante engagés pour le transport de la dépouille au lieu de l'inhumation ou de l'incinération, à concurrence de 10 000 \$.
Programme de réadaptation	Frais de réadaptation engagés par le participant, à concurrence de 10 000 \$
Formation professionnelle du conjoint	Si le participant décède et que le décès résulte directement d'un accident : remboursement des frais de formation professionnelle engagés par le conjoint à concurrence de 5 000 \$ (si ce dernier ne possède pas déjà une formation lui permettant d'exercer une profession).
Études des enfants	Si le participant décède et que le décès résulte directement d'un accident, la Sun Life règle les frais d'études postsecondaires engagés par l'enfant à charge. La prestation annuelle maximale est égale à 5 % du capital de la garantie, à concurrence de 5 000 \$. Les prestations sont payables pendant quatre ans au maximum.
Transport d'un membre de la famille	Si le participant est hospitalisé à au moins 150 kilomètres de son domicile, la Sun Life règle, à concurrence de 5 000 \$, les frais raisonnables et de pratique courante engagés pour le transport d'un membre de la famille immédiate du participant vers le lieu où se trouve l'hôpital et pour son logement dans un hôtel situé à proximité de l'hôpital. Elle rembourse en outre les frais de transport en automobile au taux de 0,20 \$ le kilomètre.
Transformation	Les participants et leur conjoint qui demandent la transformation de leur assurance-vie collective en un contrat d'assurance-vie individuelle peuvent faire ajouter à ce contrat une garantie Décès accidentel.
Conditions	<p>Aucune prestation n'est payable relativement aux pertes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>résultant de blessures intentionnellement provoquées par la personne couverte, notamment à l'occasion de la manipulation d'une arme à feu</li> <li>résultant de l'absorption de drogues ou de l'inhalation d'oxyde de carbone</li> <li>résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non</li> <li>occasionnées par un vol à bord de tout appareil de navigation aérienne, un saut hors de l'appareil ou une exposition à un danger inhérent à cet appareil, dans l'un des cas suivants : la personne recevait une formation en aéronautique, elle était transportée pour faire du parachutisme, elle exerçait une fonction rattachée à l'appareil, ou elle était militaire et l'appareil était placé sous l'autorité de l'armée</li> <li>résultant d'un acte d'hostilité de forces armées, d'une insurrection ou de la participation à une émeute ou à un mouvement populaire</li> <li>attribuables au service à temps plein dans les forces armées de quelque pays que ce soit</li> <li>participation à la perpétration d'un acte criminel</li> </ul>

## GESTION DES ABSENCES ET DE L'INVALIDITÉ

## Services de maintien du salaire



Les renseignements qui figurent ci-dessous sont donnés à titre indicatif seulement et ils ne constituent en aucun cas une liste complète. Les éléments couverts peuvent changer.

Gestion des absences	<p>Comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de gestion des dossiers</li> <li>• Réseau de fournisseurs de services, qui comprend : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de réadaptation</li> <li>• Accès à un réseau national de fournisseurs de services de santé (médecine du travail)</li> <li>• Planification du retour au travail</li> <li>• Services de facilitation et de médiation</li> </ul> </li> </ul>
Base de calcul des prestations	Politiques et processus du promoteur ou directives d'évaluation de la Sun Life
Définition d'invalidité totale	Le participant est considéré comme totalement invalide s'il est continuellement incapable en raison d'une maladie ou d'une blessure d'accomplir les tâches essentielles de sa profession habituelle.
Périodes successives d'invalidité totale	Invalidité attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes : la deuxième invalidité est considérée comme le prolongement de la précédente s'il s'écoule deux semaines ou moins entre les invalidités; s'il s'écoule plus de deux semaines entre les invalidités, la deuxième invalidité est considérée comme une nouvelle invalidité totale.
Programme de réadaptation	S'il y a lieu, la Sun Life peut recommander un programme de gestion de la santé (réadaptation) ou un programme de facilitation du retour au travail, ou les deux.
Attestation d'invalidité	Une preuve d'absence du participant doit parvenir à la Sun Life dans les 10 premiers jours de l'invalidité totale.
Congé de maternité ou congé parental	Le congé de maternité approuvé par l'employeur commence à la date dont le participant et l'employeur ont convenu ou le jour de la naissance de l'enfant, si celle-ci a lieu antérieurement.

## Invalidité de courte durée

Les renseignements qui figurent ci-dessous sont donnés à titre indicatif seulement et ils ne constituent en aucun cas une liste complète. Les éléments couverts peuvent changer.

Gestions des absences	<p>Comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de gestion des dossiers</li> <li>• Réseau de fournisseurs de services             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de réadaptation</li> <li>• Accès à un réseau national de fournisseurs de services de santé (médecine du travail)</li> <li>• Planification du retour au travail</li> <li>• Services de facilitation et de médiation</li> </ul> </li> </ul>
Base de calcul des prestations	Les prestations reposent sur la semaine de sept jours (ou de cinq jours ouvrables) et sont versées à la fin de chaque semaine. Dans le cas de semaines incomplètes d'invalidité, la Sun Life verse, pour chaque jour d'invalidité, une indemnité représentant le septième de la prestation hebdomadaire (ou le cinquième de la prestation correspondant à cinq jours ouvrables).
Déductions uniformes	<p>Les prestations d'invalidité de courte durée sont réduites du montant des revenus, des prestations et des paiements prévus : par tout régime d'assurance automobile, dans la mesure où cette déduction n'est pas interdite par la loi; par tout régime collectif, y compris tout régime interentreprises; par tout régime de maintien du salaire et par le Régime québécois d'assurance parentale.</p> <p>Déductions uniformes supplémentaires (après 17 semaines d'invalidité) : prestations prévues par le RRQ ou le RPC (les prestations pour personnes à charge prévues par le RRQ/RPC ne sont <b>pas</b> comprises dans les déductions ou dans le revenu de toutes sources), par tout régime de l'État, par tout régime de retraite et par tout régime qui couvre le salarié à titre de membre d'une association.</p>
Définition d' <i>invalidité totale</i>	<p>Le participant est considéré comme <i>totale</i>ment invalide s'il est empêché par la maladie d'accomplir les tâches essentielles de sa <b>profession habituelle</b> (et non uniquement de son emploi habituel).</p> <p><i>Maladie</i> s'entend 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.</p>
Périodes successives d'invalidité totale	Invalidité attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes : la deuxième invalidité est considérée comme le prolongement de la précédente s'il s'écoule deux semaines ou moins entre les invalidités; s'il s'écoule plus de deux semaines entre les invalidités, la deuxième invalidité est considérée comme une nouvelle invalidité totale.
Programme de réadaptation	<p>Le participant tenu de participer à un programme de réadaptation approuvé par la Sun Life peut avoir droit à un revenu plafonné à 100 % du salaire net qu'il touchait avant le début de l'invalidité, si les prestations sont non imposables, ou à 100 % du salaire brut qu'il touchait avant le début de l'invalidité si les prestations sont imposables. Certaines conditions s'appliquent.</p> <p>Ce type de programme est offert si la garantie Invalidité de longue durée (ILD) est assurée par la Sun Life ou si la période maximale d'indemnisation prévue par la garantie ILD correspond à au moins 52 semaines.</p>
Attestation d'invalidité	Une attestation de l'invalidité totale du participant doit parvenir à la Sun Life dans les 30 premiers jours de l'invalidité.
Congé de maternité ou congé parental	Le congé de maternité approuvé par l'employeur commence à la date dont le participant et l'employeur ont convenu ou le jour de la naissance de l'enfant, si celle-ci a lieu antérieurement.
Subrogation	Réclamation à un tiers

 Retour au Sommaire des produits

Conditions	<p>Aucune prestation n'est payable par la Sun Life :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• pour toute période pendant laquelle le participant ne reçoit pas le traitement approprié</li><li>• pour toute période pendant laquelle le participant ne participe pas à un programme de réadaptation approuvé par la Sun Life, lorsque celle-ci l'exige</li><li>• pour toute période d'absence autorisée, de grève ou de mise à pied. Toutefois, si le participant est atteint d'invalidité totale avant qu'un avis de cessation d'emploi lui soit donné, le versement des prestations se poursuit tant que son invalidité subsiste, mais pas au-delà de la période maximale d'indemnisation</li><li>• pour toute période de plus de quatre semaines au cours de laquelle le participant se trouve hors du Canada pour quelque raison que ce soit, à moins que la Sun Life n'accepte d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période</li><li>• pour toute période pendant laquelle le participant purge une peine de prison ou est incarcéré dans un établissement analogue</li><li>• pour toute période pendant laquelle le participant exerce une activité rétribuée ou lucrative à moins que la Sun Life n'accepte de verser des prestations</li></ul> <p>La Sun Life ne verse pas de prestations pour les causes ouvrant droit à des indemnités aux termes de la loi sur les accidents du travail ou d'une loi analogue</p> <p>Aucune prestation n'est payable pour une invalidité totale attribuable à l'une des causes ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire</li><li>• tentative de suicide ou blessure intentionnellement provoquée par la personne couverte, qu'elle soit saine d'esprit ou non</li><li>• participation à la perpétration d'un acte criminel</li></ul>
------------	--

## Invalité de longue durée

 [Retour au Sommaire des produits](#)

Les renseignements qui figurent ci-dessous sont donnés à titre indicatif seulement et ils ne constituent en aucun cas une liste complète. Les éléments couverts peuvent changer.

Gestion des absences	<p>Comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Services de gestion des dossiers</li><li>• Réseau de fournisseurs de services<ul style="list-style-type: none"><li>• Services de réadaptation</li><li>• Accès à un réseau national de fournisseurs de services de santé (médecine du travail)</li><li>• Planification du retour au travail</li><li>• Services de facilitation et de médiation</li></ul></li></ul>
Définition d' <i>invalidité totale</i>	<p><i>Invalidité totale</i> s'entend d'une maladie qui empêche le participant d'exercer de manière continue les tâches essentielles de sa <b>profession habituelle</b> (non uniquement de son emploi habituel) durant le délai de carence et les 24 mois subséquents et, par la suite, qui l'empêche d'exercer <b>quelque profession</b> que ce soit qui convienne à la formation ou à l'expérience qu'il possède ou qu'il pourrait raisonnablement acquérir.</p> <p><i>Maladie</i> s'entend 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.</p>
Base de calcul des prestations	<p>Les prestations sont versées mensuellement. Dans le cas de mois incomplets d'invalidité totale, la Sun Life verse, pour chaque jour d'invalidité totale, une indemnité représentant le trentième de la prestation mensuelle.</p>

 [Retour au Sommaire des produits](#)

<p>Périodes successives d'invalidité totale</p>	<p>Les périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une seule période d'invalidité, à moins que la deuxième absence ne soit attribuable à une maladie ou à une blessure totalement différente. Le participant n'est pas assujéti à un nouveau délai de carence.</p> <p>Pendant le délai de carence, les conditions suivantes doivent être remplies :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la première période d'invalidité totale dure au moins 30 jours sans interruption;</li> <li>• par la suite, il ne s'écoule aucun intervalle de plus de 30 jours entre les périodes d'invalidité totale;</li> <li>• chaque période d'invalidité totale est attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes;</li> <li>• toutes les périodes d'invalidité totale entrant dans le délai de carence sont comprises dans les 12 mois du début de ce délai, ou, si le délai de carence est de 365 jours ou plus, dans la période limite approuvée d'avance par la Sun Life;</li> <li>• après le début de l'indemnisation : les périodes d'invalidité totale sont attribuables aux mêmes causes ou à des causes connexes, et il s'écoule moins de six mois entre les périodes d'invalidité totale.</li> </ul>
<p>Attestation d'invalidité</p>	<p>L'attestation d'invalidité doit être présentée à la Sun Life à la moins tardive des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 jours après le début de l'invalidité totale</li> <li>• 30 jours après la résiliation de la garantie Invalidité de longue durée</li> </ul> <p>Une attestation de l'invalidité totale du participant doit parvenir à la Sun Life dans les 90 jours suivant l'expiration du délai de carence.</p>
<p>Déductions uniformes</p> <p></p>	<p>Les prestations d'invalidité de longue durée sont réduites du montant des revenus, des prestations et des paiements prévus par : le RRQ ou le RPC ( les prestations pour personnes à charge prévues par le RRQ/RPC ne sont <b>pas</b> comprises dans les déductions); pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure, tout régime de l'État ou toute loi sur les accidents du travail; tout régime d'assurance automobile, dans la mesure où cette déduction n'est pas interdite par la loi; tout régime collectif, notamment tout régime d'association et tout régime de retraite; et le Régime québécois d'assurance parentale.</p>
<p>Maximum applicable aux revenus de toutes sources (déductions conditionnelles)</p> <p></p>	<p>Les prestations d'invalidité de longue durée sont réduites davantage si les revenus de toutes sources du participant sont supérieurs au «maximum applicable aux revenus de toutes sources» indiqué dans le Sommaire des produits. Les revenus ci-dessous sont pris en compte dans le calcul du «maximum applicable aux revenus de toutes sources» : prestations prévues pour une autre invalidité par une loi sur les accidents du travail (à l'exclusion des augmentations automatiques liées à l'indice du coût de la vie qui sont apportées à ces prestations pendant le service des prestations d'invalidité de longue durée) et prestations prévues par la loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels. Nota : Les prestations pour personnes à charge prévues par le RRQ/RPC ne sont <b>pas</b> prises en compte dans le calcul du «maximum applicable aux revenus de toutes sources».</p>
<p>Affections préexistantes (si le régime comporte une clause de restriction relative aux affections préexistantes)</p>	<p>Aucune prestation n'est payable pour une invalidité totale attribuable directement ou indirectement à une maladie dont le participant souffrait ou avait déjà souffert au moment de la prise d'effet de sa couverture. Cependant, cette restriction ne s'applique pas si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le participant est couvert par la garantie Invalidité de longue durée du régime du promoteur depuis au moins 13 semaines, période au cours de laquelle il est demeuré effectivement au travail (cette période n'étant pas considérée comme interrompue lorsque le nombre total de jours d'absence n'est pas supérieur à trois) et il n'a été traité pour cette maladie par aucun médecin, ni par aucun auxiliaire qualifié agissant sous la direction du médecin;</li> <li>• ou si l'invalidité totale du participant commence plus de 12 mois après la prise d'effet de sa couverture.</li> </ul> <p>Si, après la cessation de sa couverture, le participant est réadmis au présent régime, la Sun Life se base sur la date la plus récente de l'admission du salarié lorsqu'il y a lieu d'appliquer la restriction ci-dessus.</p>
<p>Subrogation</p>	<p>Réclamation à un tiers</p>

Congé de maternité ou congé parental	<p>Le congé de maternité approuvé par l'employeur commence à la date dont le participant et l'employeur ont convenu ou le jour de la naissance de l'enfant, si celle-ci a lieu antérieurement.</p> <p>La Sun Life ne verse des prestations d'invalidité de longue durée pendant la portion du congé attribuable à des raisons de santé que dans les cas où la couverture du participant a été maintenue en vigueur. Si l'employeur a mis en place un régime de prestations supplémentaires de chômage (PSC) en ce qui concerne la portion du congé de maternité ou du congé parental qui est attribuable à des raisons de santé, la Sun Life ne verse aucune prestation au titre du régime pendant toute période où des prestations sont payables au titre du régime PSC de l'employeur.</p>
Programme en cas d'invalidité partielle (programme IP)	<p>Pendant sa participation au programme, le participant peut toucher de l'employeur son salaire normal correspondant au nombre d'heures travaillées en plus des prestations d'invalidité de longue durée, mais celles-ci sont réduites proportionnellement à la fraction de la semaine de travail normale qu'il accomplit alors dans le cadre du programme IP.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Les revenus de toutes sources du participant ne peuvent être supérieurs à 100 % du salaire de base, indexé sur l'inflation, qu'il touchait avant le début de son invalidité (déduction faite de l'impôt sur le revenu, dans le cas où les prestations ne sont pas imposables).</li><li>• Le programme IP est pris en compte lorsque le participant reprend l'exercice de sa profession habituelle selon un horaire de travail réduit.</li></ul>
Programme de réadaptation	<p>Le participant peut être tenu de participer à un programme de réadaptation approuvé par la Sun Life. Pendant qu'il y participe, son revenu de toutes sources peut atteindre 100 % du salaire de base, indexé sur l'inflation, qu'il touchait avant le début de son invalidité (déduction faite de l'impôt dans le cas où les prestations ne sont pas imposables). Ce programme peut comporter la participation d'un spécialiste de la réadaptation, un travail à temps partiel, l'exercice d'une autre profession ou un cours de formation professionnelle destiné à faciliter la reprise de l'exercice d'une activité rétribuée.</p>
Conditions	<p>Aucune prestation n'est payable par la Sun Life :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• pour toute période pendant laquelle le participant ne reçoit pas le traitement approprié</li><li>• pour toute période d'absence autorisée, de grève ou de mise à pied, à moins que la Sun Life n'accepte expressément de verser des prestations dans ces cas</li><li>• pour toute période de plus de quatre mois au cours de laquelle le participant se trouve hors du Canada pour quelque raison que ce soit, à moins que la Sun Life n'accepte d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période</li><li>• pour toute période pendant laquelle le participant purge une peine de prison ou est incarcéré dans un établissement analogue</li><li>• pour toute période pendant laquelle le participant exerce une activité rétribuée ou lucrative à moins que la Sun Life n'accepte de verser des prestations</li><li>• pour toute période pendant laquelle le participant ne participe pas à un programme prévu en cas d'invalidité partielle ou à un programme de réadaptation approuvé par la Sun Life, lorsque celle-ci l'exige</li></ul> <p>Aucune prestation n'est payable pour une invalidité totale attribuable à l'une des causes ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire</li><li>• tentative de suicide ou blessure intentionnellement provoquée par la personne couverte, qu'elle soit saine d'esprit ou non</li><li>• participation à la perpétration d'un acte criminel</li></ul>

## AUTRES GARANTIES

## Compte Soins de santé

 Retour au Sommaire des produits

Les renseignements qui figurent ci-dessous sont donnés à titre indicatif seulement et ils ne constituent en aucun cas une liste complète. Les éléments couverts peuvent changer.

Frais remboursables	Les frais liés à des soins de santé ou à des soins dentaires qui constituent des frais médicaux aux termes de la <i>Loi de l'impôt sur le revenu</i> (Canada), ou les frais médicaux ou dentaires que la Sun Life considère comme admissibles en vertu d'un régime privé d'assurance-maladie.
Définition de personne à charge	Fondée sur la définition donnée dans la <i>Loi de l'impôt sur le revenu</i> (Canada)

## Assurance contre les maladies graves

 Retour au Sommaire des produits

Les affections couvertes, de même que la couverture prévue par les formules Essentielle, Étendue et Complète, peuvent changer.

Affections couvertes	Formule essentielle (3 affections)	Formule étendue (11 affections)	Formule complète (25 affections)
Crise cardiaque	✓	✓	✓
Accident vasculaire cérébral	✓	✓	✓
Cancer	✓	✓	✓
Insuffisance rénale		✓	✓
Chirurgie coronarienne		✓	✓
Transplantation d'un organe vital		✓	✓
Sclérose en plaques		✓	✓
Paralysie		✓	✓
Cécité		✓	✓
Surdité		✓	✓
Perte d'autonomie attribuable à une maladie ou à une blessure grave		✓	✓
Perte de la parole			✓
Coma			✓
Tumeur cérébrale bénigne			✓
Brûlures sévères			✓
Insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente			✓
Chirurgie de l'aorte			✓
Maladie d'Alzheimer			✓
Maladie de Parkinson			✓
Infection professionnelle par le VIH			✓
Maladie du motoneurone			✓
Méningite bactérienne			✓
Anémie aplasique			✓
Perte de membres			✓
Remplacement ou réparation valvulaire			✓

Compte tenu des lois fiscales actuelles, nous croyons que les prestations versées au comptant au titre d'une assurance contre les maladies graves ne seront pas soumises à l'impôt lorsque les primes sont payées par le participant et que le capital est versé au participant.

## Régime d'assurance-maladie des salariés impatriés

 Retour au Sommaire des produits

Voici des exemples d'éléments couverts en vertu du Régime d'assurance-maladie des salariés impatriés. Les renseignements qui figurent ci-dessous sont donnés à titre indicatif seulement et ils ne constituent en aucun cas une liste complète. Les éléments couverts peuvent changer.

<p>Hospitalisation (dans la province du domicile)</p>	<p>Hospitalisation et services reçus à titre de malade externe dans un hôpital de la province du domicile de la personne couverte, ainsi que les services médicaux reçus en cas d'urgence dans un hôpital situé à l'extérieur de la province de son domicile ou à l'extérieur du Canada, sous réserve de la limite indiquée dans le barème des tarifs interprovinciaux de la province de résidence du participant. Les limites relatives à la durée du voyage, ainsi que les autres maximums relatifs à la couverture des frais engagés hors de la province ou du pays sont les mêmes que ceux qui sont prévus par le régime d'assurance-maladie de l'État dans la province de résidence de la personne couverte.</p> <p><b>Hôpital</b> s'entend d'un établissement public autorisé à donner des soins et des traitements aux blessés et aux malades, principalement durant la phase aiguë de la maladie. Il doit être doté d'installations servant au diagnostic et à la chirurgie majeure. L'établissement doit assurer des soins infirmiers 24 heures sur 24. L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour personnes âgées ou malades chroniques, un sanatorium, un hôpital de convalescence ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, de même que les lits réservés à ces fins dans un hôpital ne sont pas considérés comme un hôpital.</p>
<p>Soins infirmiers à domicile</p>	<p>Services d'infirmières ou infirmiers et infirmières ou infirmiers auxiliaires, qui sont autorisés à exercer leur profession dans la province du domicile de la personne couverte et qui ne résident pas normalement avec celle-ci. Les services d'infirmières ou d'infirmiers autorisés, d'infirmières ou infirmiers auxiliaires ou de préposés aux services de soutien à la personne ne sont couverts que s'ils sont nécessaires sur le plan médical; en outre, ces services doivent être approuvés par la Sun Life au préalable. Les soins infirmiers doivent être donnés au domicile principal de la personne couverte.</p>
<p>Services paramédicaux</p> <p> Retour au Sommaire des produits</p>	<p>Frais engagés pour les services liés à chaque catégorie de spécialistes paramédicaux autorisés ci-dessous, sous réserve de la limite indiquée dans le Sommaire des produits, lorsqu'ils sont couverts par le régime d'assurance-maladie de la province de résidence du participant.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• physiothérapeutes, orthophonistes, psychologues, ostéopathes, chiropraticiens, podiatres et chiropodistes</li> </ul>
<p>Autres services et appareils médicaux</p> <p> Retour au Sommaire des produits</p>	<p>Ils sont couverts s'ils sont prescrits par le médecin, s'ils sont loués pour un usage thérapeutique temporaire, et s'ils sont couverts par le régime d'assurance-maladie de la province de résidence du participant. (Les services d'optométristes autorisés n'ont pas à être prescrits par le médecin.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plâtres, attelles, bandages herniaires, orthèses et béquilles</li> <li>• Membres ou yeux artificiels. Sont exclus les appareils myoélectriques.</li> <li>• Services diagnostiques – Analyses de laboratoire effectuées dans un laboratoire commercial dans le but de diagnostiquer une maladie. Les analyses faites au cabinet du médecin ou dans une pharmacie ne sont pas couvertes.</li> <li>• Examens de la vue – Les frais engagés pour les services d'un optométriste autorisé sont couverts aux taux et aux conditions prévus par le régime d'assurance-maladie de la province de résidence du participant.</li> <li>• Appareils de correction auditive</li> </ul>

<p>Services et articles non couverts</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les services qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie de la province de résidence de la personne assurée.</li><li>• Les frais et les produits qui sont couverts par un régime d'assurance médicaments parrainé par une province.</li><li>• Les produits et les services à l'égard desquels des indemnités sont payables aux termes d'un régime gouvernemental ou d'un régime d'assurance-maladie collectif.</li><li>• Les services nécessaires pour une transplantation d'organe à titre de donneur ou de receveur.</li><li>• Les blessures subies par suite de troubles civils ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non.</li><li>• Les frais engagés hors de la province pour un traitement médical non urgent ou une intervention chirurgicale non urgente.</li><li>• Les blessures subies pendant la pratique d'activités sportives à haut risque.</li><li>• Les frais engagés pour des services fournis après la date de cessation de la couverture.</li></ul>
--	---



# À PROPOS DE LA FINANCIÈRE SUN LIFE

La Financière Sun Life, qui compte parmi les chefs de file du domaine des garanties collectives, sert plus d'un Canadien sur six dans plus de 12 000 entreprises, associations, groupes d'affinités et groupes liés à l'assurance créances au Canada.

Nos valeurs fondamentales, soit l'intégrité, l'excellence en matière de service, l'orientation client et l'accroissement de la valeur offerte, nous définissent et déterminent notre manière d'exercer nos activités.

Avec ses partenaires, la Financière Sun Life exerce son activité dans 22 importants marchés du monde, notamment au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni, à Hong Kong, aux Philippines, au Japon, en Indonésie, en Inde, en Chine et aux Bermudes.

Les renseignements figurant dans le présent document sont donnés à titre indicatif uniquement, et des changements peuvent y être apportés. Parlez à votre conseiller ou à votre représentant groupe à la Financière Sun Life pour en savoir plus sur le régime de garanties qui conviendrait le mieux à vos besoins.



Le service à la clientèle est au centre de tout ce que nous faisons. Une promesse brillante des Garanties collectives de la Financière Sun Life.  
[sunlife.ca/promessebrillante](https://sunlife.ca/promessebrillante)

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec votre conseiller ou votre représentant aux Garanties collectives de la Financière Sun Life :

## La vie est plus radieuse sous le soleil

SunSolutions est une marque de commerce de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

Les garanties collectives sont offertes par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

GB10118-F-08-16 mr-eg-ny



Garanties collectives