



SunSolutions^{MC}

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

Table des matières

SunSolutions	3	Particularités des produits	28
Une promesse brillante	4	Frais médicaux, frais de médicaments et frais dentaires	28
Sommaire des services	5	Garantie Frais médicaux	28
Sommaire des produits	9	Affirmation du genre	29
Frais médicaux, frais de médicaments et frais dentaires	9	Pharmacogénomique	29
Garantie Frais médicaux	9	Adoption	30
Services de fertilité et garantie Grossesse pour autrui (frais médicaux)	11	Assistance-voyage	33
Régimes d'assurance médicaments	12	Régimes d'assurance médicaments	34
Garantie Frais dentaires	14	Garantie Frais dentaires	35
Vie et Décès et mutilation accidentels (DMA)	17	Vie et DMA	37
Assurance-vie du participant	17	Assurance-vie (s'applique à toutes les garanties Vie)	37
Assurance-vie facultative du participant	17	Tableau des prestations DMA (s'applique à toutes les garanties DMA)	38
Assurance Décès et mutilation accidentels (DMA) du participant	17	Gestion des absences et de l'invalidité	40
Assurance Décès et mutilation accidentels (DMA) facultative du participant	18	Services de maintien du salaire	40
Assurance-vie des personnes à charge	18	Invalidité de courte durée	40
Assurance-vie facultative du conjoint	19	Invalidité de longue durée	40
Assurance Décès et mutilation accidentels (DMA) facultative du conjoint)	19	Autres garanties	45
Gestion des absences et de l'invalidité	20	Compte Soins de santé	45
Services de maintien du salaire	20	Assurance contre les maladies graves	45
Invalidité de courte durée	20	Régime d'assurance-maladie des salariés impatriés	46
Invalidité de longue durée	21		
Santé et mieux-être	21		
Programme d'aide aux employés (PAE)	22		
Autres garanties	22		
Compte Soins de santé (CSS)	22		
Compte de dépenses personnel (CDP)	23		
Assurance contre les maladies graves (AMG)	23		
Régimes Mes CHOIX et Continuité pour les participants qui perdent leur couverture	24		
• Mes CHOIX vie	24		
• AMG Continuité	24		
• Mes CHOIX santé	24		
Solutions internationales en matière de garanties	25		
Régime d'assurance-maladie des salariés impatriés	25		



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

Grâce à la Sun Life, vous pouvez offrir à vos employés des garanties exceptionnelles qui répondent aux besoins de votre organisation – et qui propulseront 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 chevronnée 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 tirer le maximum de chaque dollar investi dans des garanties, comme ce qui suit :

- Nos Vraies solutions santé, une innovation de Lumino Santé
Ces solutions aident les employés à rester en bonne santé. Elles veillent aussi sur les personnes à risque, tout en améliorant l'engagement et la productivité des employés.
- 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 gestion à long terme de ces derniers afin de répondre aux besoins des promoteurs de régime et des participants.

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

Pharmacie Lumino Santé

Au Canada, près d'une personne sur deux a besoin de médicaments pour gérer une maladie chronique¹ et 50 % d'entre elles ont du mal à suivre les traitements médicamenteux prescrits². La pharmacie Lumino Santé^{MC3}, offerte par Pillway⁴, donne accès à une expérience pratique de pharmacie en ligne aux participants et à leurs familles :

Une faible adhésion au traitement peut entraîner une aggravation des maladies et des problèmes de santé.

Le soutien apporté par les pharmaciens et pharmaciennes de Pillway et la commodité des services de pharmacie en ligne peuvent aider les participants à surmonter les difficultés liées à l'adhésion au traitement.

Des frais d'exécution d'ordonnance inférieurs à la moyenne peuvent permettre de réduire les coûts pour les promoteurs et les participants.

Des programmes d'encadrement gratuits aident les participants et les personnes à leur charge atteints de diabète, d'asthme ou de MPOC à mieux gérer leur maladie*.

Vous aider à être concurrentiel

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

¹ Medication non-adherence: Tackling the "elephant in the room" (en anglais), Croix Bleue Medavie.

² Examination of the Link Between Medication Adherence (en anglais), JMCP 3 Use of Mail-Order Pharmacies in Chronic Disease States (en anglais)

³ Les services de pharmacie sont offerts par Pillway.

⁴ SHG Pharmacy Inc. et SHG West Pharmacy Inc., qui exercent leurs activités sous le nom de Pillway pharmacies, sont détenues partiellement par Simpill Health Group Inc. À titre de renseignement et aux fins de divulgation, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie détient une participation partielle dans Simpill Health Group Inc. MCMarque de commerce utilisée sous licence par Simpill Health Group Inc.

* Le Programme de gestion du diabète et le Programme de soins respiratoires ne sont pas encore offerts au Québec.

Une promesse brillante

Un service de qualité des Garanties collectives

Nous travaillons ensemble, pour vous. Nous visons à offrir une expérience Client exceptionnelle dès le départ. Le programme Une promesse brillante appuie cet engagement.

Approche axée sur le service

Nous vous offrons l'Excellence en santé grâce à un service proactif, exceptionnel et personnalisé qui répond à vos attentes. Notre approche axée sur le service permet la mise en œuvre de solutions pertinentes, innovatrices et sur mesure. Nous voulons offrir le meilleur soutien qui soit à vos employés.

Programme Une promesse brillante

Si nous ne répondons pas aux normes de service établies en fonction de vos besoins, vous recevrez un dédommagement*.

Comment ça fonctionne

Nous communiquons avec vous tous les ans pour recueillir vos impressions sur le service que vous et vos employés avez reçu au cours de l'année.

Nous avons confiance en notre capacité de répondre à vos besoins en vous offrant un service exceptionnel. Si nous ne sommes pas à la hauteur, nous recueillerons vos commentaires pour mieux comprendre comment améliorer notre service. C'est aussi simple que ça.

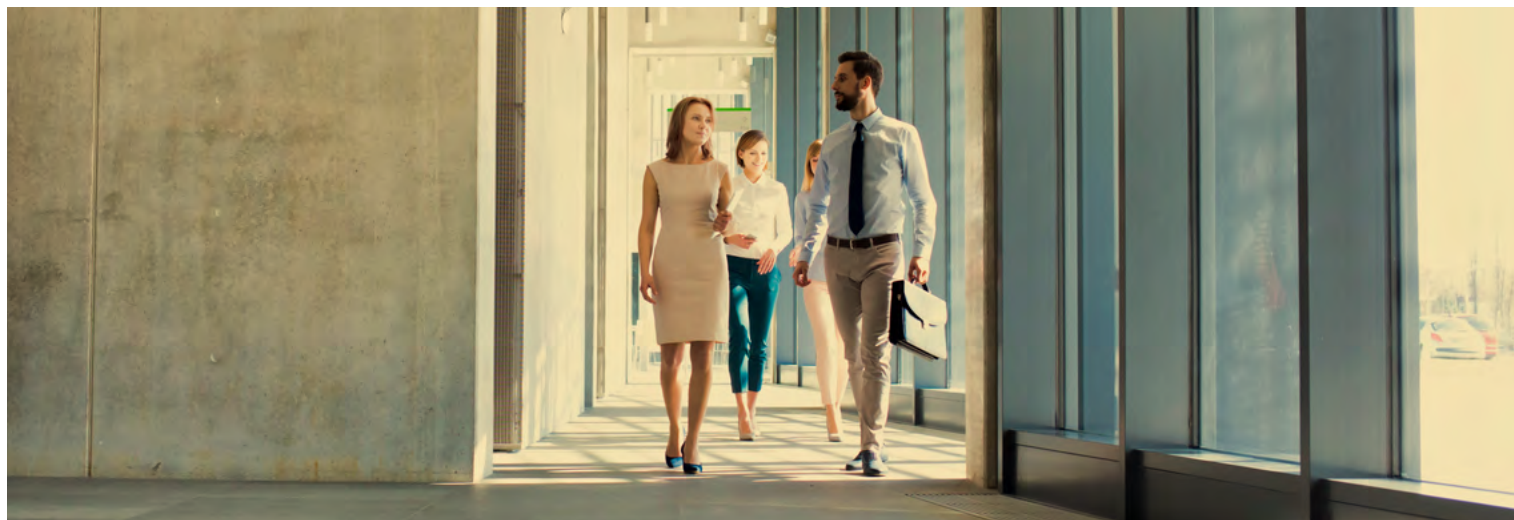
Nous vous rencontrerons afin de discuter et d'élaborer un plan d'action pour régler les problèmes, relever les défis ou répondre à vos préoccupations. Nous nous assurons ainsi de satisfaire vos attentes en matière de service à l'avenir.

Pour en savoir plus sur le programme Une promesse brillante, communiquez avec votre représentant à la Sun Life.

*Le dédommagement maximum est de 10 \$ par participant, à concurrence de 40 000 \$.



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



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	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 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 du site des promoteurs (admissibilité, inscription préalable, mise à jour des données sur les participants, production de relevés) Service de transfert de fichiers par Internet (WEFT)
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, les maximums à vie, etc. Le transfert des données sur les règlements de frais dentaires comprend notamment les données sur la franchise, les soins orthodontiques, 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. Il est possible de combiner plusieurs emplacements lors d'une séance virtuelle.
Communication de l'information aux participants au moment de l'adhésion	Nous fournissons des renseignements utiles, dans un langage clair, sur leur régime de garanties collectives dans notre guide de bienvenue numérique et dans un courriel.
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. Il est possible de combiner plusieurs emplacements lors d'une séance virtuelle.
Attestation de bonne santé	Utilisation du formulaire <i>Déclaration d'état de santé</i> standard (en format électronique pouvant être rempli à l'écran, papier ou PDF) qui doit être présenté par courriel directement à notre équipe de la Tarification médicale.

Brochures explicatives	<p>Une brochure par participant</p> <p>Texte et présentation standard de la Sun Life. Nous fournissons les brochures en format électronique (fichier PDF) ou imprimé. Par défaut, les brochures sont accessibles en format électronique sur masunlife.ca. Le format imprimé est fourni sur demande et est compris dans les frais de service.</p>
Cartes-médicaments	<p>La Sun Life offre des cartes sur le Web qui sont accessibles en tout temps à partir de l'appli ma Sun Life mobile. Les participants peuvent l'ajouter à leur Apple Wallet ou en faire une capture d'écran pour Android pour utilisation hors ligne. Ils peuvent imprimer des cartes-médicaments papier à partir du site des participants, masunlife.ca.</p>
Cartes d'assistance-voyage	<p>Comprises dans la communication portant sur la Garantie d'assistance-voyage et les services d'assistance-voyage en cas d'urgence</p> <p>Les renseignements sur l'assistance-voyage figurent dans le guide de bienvenue électronique. La carte d'assistance-voyage peut être consultée sur l'appli ma Sun Life mobile et imprimée sur masunlife.ca.</p>
Formulaires de demande de règlement	<p>Des formulaires de demande de règlement de frais médicaux et de frais dentaires personnalisés peuvent être imprimés à partir du site des participants. Toutes les demandes de règlement, y compris pour la garantie Invalidité, peuvent être présentées en ligne par les participants au moyen de l'appli ma Sun Life mobile ou sur masunlife.ca.</p> <p>Des formulaires de demande de règlement invalidité pouvant être remplis à l'écran et enregistrés sont accessibles sur le site des promoteurs. On y trouve aussi des guides pour aider les participants à présenter une demande.</p>
Solutions globales (Clients que les Garanties collectives et les Régimes collectifs de retraite ont en commun)	<p>Un seul code d'accès et un seul mot de passe pour accéder aux renseignements sur les Garanties collectives et sur les Régimes collectifs de retraite.</p>
Modes de transmission des primes/versements	<p>Prélèvement bancaire autorisé (virement bancaire), chèque ou télévirement</p>

Soutien continu

Services (le cas échéant)	Description des services compris dans les taux indiqués
Mise à jour des données sur les participants	<p>Régimes gérés par le Client : 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)</p> <p>Les Clients qui gèrent leur régime à l'aide du site des promoteurs peuvent mettre à jour leur régime au moyen d'opérations sur le site ou par l'intermédiaire du SIRH. Le SIRH est conçu pour les Clients comptant plus de 500 participants ou effectuant plus de 100 opérations par mois</p> <p>Régimes gérés par l'assureur : mise à jour des données selon le besoin</p>
Soutien offert au gestionnaire	<p>Soutien continu des représentants au service clientèle</p> <p>Services de notre Bureau d'assistance informatique et soutien technique offerts pour l'utilisation des outils de gestion en ligne des garanties</p>

Gestion du compte Soins de santé	<p>Transfert électronique des données sur l'admissibilité des participants et mise à jour des données sur les crédits sur le site des promoteurs ou dans le SIRH.</p> <p>Renseignements en ligne pour les participants, notamment des sommaires pour toutes les années de référence, les versements et les retraits effectués, une marche à suivre détaillée pour présenter des demandes de règlement et des renseignements sur l'admissibilité</p> <p>Présentation en ligne des demandes de règlement CSS par les participants</p>
Communications destinées aux participants	<p>Communications standards destinées aux participants, y compris les guides de bienvenue électroniques, les courriels, les infolettres, les bulletins et les renseignements sur la santé accessibles sur notre site Web.</p>
Relevés	<p>Service de production de relevés groupe accessible sur notre site Web :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gamme complète de relevés standards sur les règlements, les données financières et les services • Situation des demandes de règlement invalidité en temps réel disponible.
Renseignements sur la couverture accessibles en ligne	<p>Renseignements complets sur la couverture des frais médicaux (p. ex. : services couverts, maximums, franchise, coassurance, etc.) et des frais dentaires; l'information est facilement accessible grâce à de puissants moteurs de recherche. Accès simplifié à des renseignements connexes (certaines exceptions s'appliquent)</p>
Présentation en ligne des demandes de règlement par les participants	<p>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 CDP et du CSS (des vérifications sont faites afin d'assurer la véracité des renseignements)</p>
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>Gérez votre santé. Grâce à Lumino Santé, les participants peuvent facilement trouver des ressources et des solutions favorisant un mode de vie sain. Vous avez accès à ces fonctionnalités lorsque vous ouvrez une session sur masunlife.ca, ou sur l'appli ma Sun Life mobile.</p> <p>Vous cherchez un professionnel de la santé? L'outil Trouver un professionnel Lumino peut vous aider. Il permet de trouver des professionnels de la santé et de prendre rendez-vous. Précisez votre recherche en fonction du coût, de l'emplacement et des évaluations soumises par des utilisateurs.</p> <p>Utilisez Ressources et offres Lumino* pour trouver des rabais exclusifs et des offres spéciales. Il y a différentes catégories, comme les soins de la vue et de l'ouïe, les ressources et produits médicaux et le mieux-être mental.</p> <p>Découvrez du contenu régulièrement mis à jour sur le mieux-être et la santé mentale**. Lisez des articles, regardez des vidéos, écoutez des balados et plus encore.</p>

Soins virtuels Lumino Santé (SVLS)	<p>Les Soins virtuels Lumino Santé de la Sun Life, propulsés par Dialogue, vous donnent accès à des professionnels de la santé et du mieux-être dans le confort de votre foyer ou de votre lieu de travail. Rendez-vous sur le site sunlife.ca/luminoSV pour en savoir plus sur les Soins virtuels Lumino Santé et vous y inscrire.</p> <p>Services offerts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Équipe médicale multidisciplinaire qui aide à traiter les problèmes de santé non urgents. • Couverture familiale pour les personnes à charge admissibles • Renouvellement d'ordonnances lorsque c'est cliniquement indiqué*** • Accès à des consultations médicales sécuritaires et privées par téléphone, vidéo et message texte 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 • Orientation vers des spécialistes et demandes d'analyses de laboratoire • Aiguillage dans le système de santé • Programme d'aide aux employés (PAE) • Gestion du stress et bien-être
Le service de coach en santé mentale	<p>Le service de coach en santé mentale, offert par Kii Santé, propose aux organisations une solution de soins en santé mentale novatrice et personnalisée. Ces soins sont adaptés aux besoins et aux préférences des participants. Les coachs sont tous des professionnels de la santé autorisés (travailleurs sociaux et travailleuses sociales et personnel infirmier possédant une expérience clinique en santé mentale).</p> <p>Ils mobilisent activement les participants ayant des problèmes de santé mentale pour qu'ils obtiennent de l'aide avant que leurs symptômes empirent ou que leur état devienne trop grave. Le service de coach en santé mentale aide les participants et les personnes à leur charge de 16 ans ou plus à obtenir les soins appropriés par l'intermédiaire de leur régime de garanties ou du système de soins de santé public.</p> <p>Des plans d'action personnalisés : Le coach effectue une évaluation approfondie de la santé mentale de la patiente ou du patient. Ensuite, ils fixent ensemble des objectifs précis en fonction des risques et des préférences de la patiente ou du patient, puis un plan d'action personnalisé, basé sur les besoins uniques de la personne, est créé. Ce plan peut par exemple l'aider à trouver des soins adaptés à sa culture ou des professionnels de la santé qui offrent des services virtuels ou en personne. Il intègre son régime de garanties et les ressources offertes par son employeur ainsi que celles du système de santé public. Le coach propose des recommandations à la patiente ou au patient et lui donne les moyens de prendre en main son parcours en santé mentale.</p> <p>Un soutien continu : Les participants ont droit à des rencontres de suivi sur mesure avec leur coach, qui les aide à atteindre leurs objectifs et à modifier leur plan au besoin.</p>
Outil de recherche de médicaments	<p>Cet outil se trouve sur l'appli ma Sun Life mobile et sur masunlife.ca. Il est une source fiable qui vous donne accès à votre historique des médicaments et vous renseigne sur les médicaments, les effets secondaires, les directives d'utilisation et les contre-indications, ainsi que les équivalents potentiellement moins chers. Utilisez l'outil pour mieux gérer votre santé et discuter plus aisément avec vos professionnels de la santé.</p>

* Cette section ne sera visible que si **Ressources et offres Lumino** fait partie de votre régime.

** Accessible seulement par masunlife.ca.

***Sauf pour les benzodiazépines, les narcotiques, la testostérone, les stimulants pour le TDAH et le cannabis

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 comprendre les frais d'optique, le cannabis thérapeutique, les tests pharmacogénomiques, l'affirmation du genre, les services de fertilité et les frais médicaux liés à une grossesse pour autrui, 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. Régimes de paiement direct des frais de médicaments : 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 habituellement pas 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) Options supplémentaires : <ul style="list-style-type: none">• Franchises distinctes pour les frais médicaux et les frais de médicaments• Les franchises payées au cours des trois derniers mois de l'année de référence peuvent être reportées et utilisées pour payer la franchise de l'année de référence suivante. Cette règle s'applique généralement à toutes les garanties où des franchises sont prévues. Voir la rubrique Régimes d'assurance médicaments à la page 12 ci-après pour en savoir plus sur les franchises
Taux de remboursement (pourcentage couvert)	Au choix du promoteur Remboursement par paliers applicable à la garantie Frais médicaux Nous pouvons assurer le service de remboursement par paliers : <ul style="list-style-type: none">• si l'année de référence est fondée sur l'année civile,• ou si l'année de référence correspond à une période de 12 mois distincte de l'année civile et que le régime de paiement direct des frais de médicaments ne comprend pas le remboursement par paliers.
Maximum par année de référence	Aucun sauf indication contraire du promoteur (s'applique habituellement à tous les frais médicaux, y compris les frais de médicaments) Voir la rubrique Régimes d'assurance médicaments à la page 12 ci-après pour en savoir plus sur les maximums par année de référence

Maximum à vie	<p>Aucun sauf indication contraire du promoteur (s'applique à tous les frais médicaux, y compris les frais de médicaments)</p> <p>Si un maximum à vie est établi, un rétablissement automatique des prestations de 1 000 \$ s'applique (sauf dans le cas des remboursements avec carte médicaments), à moins d'indication contraire du promoteur</p> <p>Voir la rubrique Régimes d'assurance médicaments à la page 12 ci-après pour en savoir plus sur les maximums à vie</p>
Services paramédicaux	<p>Options offertes quant aux maximums (par demandeur, par année de référence) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • maximum par catégorie de praticiens • maximum global pour toutes les catégories de praticiens couverts • maximum global pour un groupe choisi de praticiens couverts qui est distinct du ou des maximums qui s'appliquent aux autres praticiens couverts <p>Offerts en option (à la demande du promoteur) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • maximums par visite • couverture dès la première visite ou une fois que le maximum annuel prévu par le régime provincial est atteint <p>Voir la section Particularités des produits à la page 31</p>
Hospitalisation (dans la province du domicile)	<p>Hôpital de soins de courte durée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • frais d'hospitalisation en chambre semi-particulière • ou frais d'hospitalisation en chambre particulière <p>Options offertes quant aux maximums :</p> <ul style="list-style-type: none"> • avec ou sans maximum quotidien <p>Hôpital de convalescence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à 20 \$ par jour pour une période maximale de 180 jours, sauf indication contraire du promoteur
Frais d'optique	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.)
Soins d'infirmières ou d'infirmiers exerçant à titre privé	À concurrence de 25 000 \$ par période de trois ans, sauf indication contraire du promoteur. Tout autre maximum demandé doit être approuvé par la Sun Life.
Chaussures orthopédiques et orthèses plantaires sur mesure	<p>Chaussures orthopédiques : à concurrence de 500 \$ par année de référence, sauf indication contraire du promoteur</p> <p>Orthèses plantaires : à concurrence de 350 \$ par année de référence, sauf indication contraire du promoteur</p> <p>À la demande du promoteur, nous pouvons combiner les maximums applicables aux chaussures et aux orthèses</p>
Appareils de correction auditive	Maximum de 500 \$ par personne par période de cinq années de référence, sauf indication contraire du promoteur. Comprend les frais de réparation.
Services, fournitures et articles médicaux	Voir la section Particularités des produits à la page 31
Cannabis thérapeutique (couverture facultative)	<p>Le processus d'autorisation préalable s'applique à la couverture du cannabis utilisé à des fins thérapeutiques. Les participants et les personnes à charge ne sont couverts que s'ils remplissent les critères médicaux définis par la Sun Life.</p> <p>Maximum annuel : de 1 500 \$ à 6 000 \$ par personne couverte, par année de référence.</p>

Affirmation du genre (couverture facultative)	<p>Choix de deux niveaux de couverture pour aider les participants ou les personnes à leur charge de diverses identités dans leur transition de genre :</p> <p>Couverture de base : interventions chirurgicales de base non couvertes par le régime d'assurance-maladie de la province de résidence de la personne couverte comme la réduction de la pomme d'Adam et la chirurgie de la voix.</p> <p>Couverture étendue : couverture supplémentaire pour les interventions chirurgicales visant à adapter certains traits féminins ou masculins au genre désiré par la personne, comme la réduction de la structure osseuse du visage ou l'augmentation des joues.</p> <p>Remarque : La couverture étendue est offerte seulement aux clients qui souscrivent la couverture de base. Elle n'est pas offerte seule.</p>
Assistance-voyage (couverture des frais engagés à l'extérieur de la province/du pays)	<p>Frais remboursés à 100 %, après déduction de la franchise, sauf indication contraire du promoteur. Comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'assistance-voyage en cas d'urgence médicale • Médi-Passeport (services d'assistance-voyage non médicaux, p. ex. : retour de véhicule, etc.), sauf indication contraire du promoteur <p>Au Canada</p> <p>Frais d'hospitalisation et honoraires de médecin qui ne sont pas couverts par le régime provincial</p> <p>Hors du Canada</p> <p>Frais d'hospitalisation, honoraires de médecin et frais de transport par service ambulancier pour des soins d'urgence</p> <p>Durée maximale du voyage</p> <p>Limite de 60 jours, sauf indication contraire du promoteur et sous réserve de l'approbation de la Sun Life</p> <p>Prestation maximale</p> <p>La couverture des frais engagés en cas d'urgence hors du Canada et l'assistance-voyage en cas d'urgence font l'objet d'un maximum à vie 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	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
Garantie Assurance de survivant (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 en savoir plus sur la garantie Frais médicaux	Voir la section Particularités des produits à la page 28
Services de fertilité et garantie Grossesse pour autrui (frais médicaux) (couverture facultative)	<p>La garantie Services de fertilité de la Sun Life couvre les frais admissibles liés à des traitements de fertilité et les frais médicaux liés à une grossesse pour autrui. La garantie rembourse les frais suivants au participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les frais engagés pour des traitements de fertilité par le participant ou une personne à sa charge admissible; • les frais médicaux engagés par le participant ou par son conjoint ou sa conjointe pour la mère porteuse. <p>Les médicaments liés à la fertilité pour les participants ou pour les personnes à charge admissibles sont couverts à part par votre régime d'assurance-médicaments. La Sun Life recommande un maximum à vie par famille.</p>

Régimes d'assurance médicaments

Type de régime	Régime de paiement direct
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 garantie Frais médicaux, 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 pour les médicaments
Plafond s'appliquant aux frais d'exécution d'ordonnance	<p>Au choix du promoteur</p> <p>Régimes de paiement direct : 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>Remboursement par paliers</p> <p>Nous pouvons assurer le service de remboursement par paliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • si l'année de référence est fondée sur l'année civile • 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.
Maximum par année de référence	<p>Aucun, sauf indication contraire du promoteur. Le maximum 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 le maximum par année de référence du régime de paiement direct est combiné à celui qui s'applique aux autres volets de la garantie Frais médicaux, l'année de référence doit être l'année civile</p>
Maximum à vie	<p>Aucun, sauf indication contraire du promoteur</p> <p>Pour des renseignements sur le rétablissement annuel des maximums à vie, voir la section portant sur la garantie Frais médicaux (ci-avant) à la page 10</p>
Caractéristiques des régimes d'assurance médicaments	<p>Médicaments sur ordonnance : 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 Particularité des produits).</p> <p>Médicaments délivrés sur ordonnance : Médicaments sur ordonnance et médicaments thérapeutiques en vente libre qui sont prescrits par le médecin (sauf ceux qui sont indiqués à la section Particularités des produits).</p> <p>Formules à plusieurs paliers : Nous pouvons gérer les régimes médicaments à un seul ou à plusieurs paliers. Les taux de remboursement sont différents pour les différentes listes de médicaments.</p> <p>Listes de médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulaire national • Liste de médicaments fixe (ne comprend pas certains médicaments introduits après le 31 décembre de l'année sur laquelle la liste est fondée) • Listes de médicaments provinciales • Régime d'assurance-médicaments à efficacité éprouvée (services de Groupe Reformulary Inc. retenus par la Sun Life – innovation dans la gestion du coût des médicaments)

Options de remplacement par le produit équivalent le moins coûteux (PEMC)	<p>Régimes de paiement direct :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucun remplacement par le PEMC : le remboursement est effectué d'après les frais engagés pour l'achat du médicament en cause • Remplacement par le PEMC : 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 • Remplacement obligatoire par le PEMC : le régime rembourse le coût du PEMC (s'il en existe un), même si le médecin a indiqué «aucun substitut» sur l'ordonnance <p>Remarque : Au Québec, les exigences de la RAMQ ont préséance</p>
Options supplémentaires	<p>Au choix du promoteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec auxiliaires antitabagiques (maximum à vie de 500 \$) • Avec médicaments contre l'obésité (maximum de 1 800 \$ par année de référence) • Avec médicaments pour le traitement des troubles de l'érection (maximum de 1 200 \$ par année de référence) • Avec médicaments liés au style de vie (maximum à vie de 2 400 \$) <p>Au choix du promoteur (régimes de paiement direct seulement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec Programme de pharmacothérapie initiale* • Avec Programme de pharmacothérapie de maintien* <p>*Non offert au Québec</p>
Autorisation préalable	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite que les participants transmettent des renseignements sur leur santé en vue d'obtenir une autorisation préalable pour que la Sun Life rembourse les frais de médicaments au titre du régime. • Rationalisée et axée sur les catégories de médicaments spéciaux; intègre une approche de traitement par étapes • Cible un nombre limité de médicaments – les médicaments de deuxième et de troisième lignes étant considérés comme relativement coûteux comparativement à d'autres traitements.
Réseau de pharmacies privilégiées (RPP)	<ul style="list-style-type: none"> • Offert à tous les promoteurs dont le régime est assorti du programme d'autorisation préalable. Les groupes dont les employés résident tous au Québec sont exclus. • Le RPP est un réseau de pharmacies participantes à l'échelle du Canada (à l'exception du Québec). Il est conçu pour réduire les frais à la charge des participants. Il vise aussi à améliorer les coûts du régime pour les promoteurs lorsque les participants achètent leurs médicaments de spécialité à l'une des pharmacies participantes.
Intégration avec les programmes provinciaux	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristique de régime standard pour les provinces concernées • La Sun Life prendra seulement en charge les sommes non couvertes par les régimes provinciaux.
Programme de médicaments de référence (PMR)	<p>Le PMR vise à réduire les coûts facturés au régime de garanties collectives sans compromettre les choix proposés aux participants. Voici comment il fonctionne :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nous élaborons une classe de traitements. Nous regroupons les médicaments qui traitent de façon identique ou semblable une même affection. Nous appelons chaque groupe «classe thérapeutique». 2. Ensuite, nous trouvons dans chaque classe thérapeutique le médicament qui a le meilleur rapport prix-efficacité. Nous disons qu'il s'agit du «médicament de référence». 3. Les remboursements se font selon le rapport prix-efficacité. Les participants continueront d'avoir accès à tous les médicaments d'une classe donnée. Toutefois, ils ne recevront pas plus que le prix du médicament de référence. C'est ce que nous appelons la «limite pour le médicament de référence».

Couverture des frais de médicaments – Québec	<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> <ol style="list-style-type: none"> 1. les listes de médicaments (types de médicaments couverts), 2. les taux de remboursement et 3. la contribution maximale aux frais. <p>Le régime peut rembourser les médicaments figurant sur la liste de médicaments de la RAMQ qui ne sont pas couverts par le contrat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • au taux prévu par le contrat, pour autant qu’il ne soit pas inférieur à celui de la RAMQ • ou au taux prévu par la RAMQ. <p>Les médicaments qui ne figurent pas sur la liste de médicaments de la RAMQ mais qui sont couverts par le contrat sont remboursés au taux prévu par le contrat.</p> <p>Médicaments pris en compte dans la contribution maximale aux frais :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a deux options pour les régimes de remboursement : <ul style="list-style-type: none"> – médicaments figurant sur la liste de la RAMQ seulement – ou tous les médicaments admissibles. • Régimes de paiement direct : médicaments figurant sur la liste de la RAMQ seulement
Pour en savoir plus sur les régimes d’assurance médicaments	Voir la section Particularités des produits à la page 34.

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 guide des tarifs de l’association dentaire provinciale ou territoriale applicable.

Délai d’admission	Au choix du promoteur (le délai d’admission doit être le même pour tous les frais couverts par la garantie Frais dentaires)
Franchise annuelle	<p>Couverture individuelle ou familiale</p> <ul style="list-style-type: none"> • La franchise s’applique habituellement à tous les soins dentaires à l’exception des soins orthodontiques • 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) • L’option de report de la franchise est offerte sur demande
Taux de remboursement (pourcentage couvert)	<p>Le promoteur peut choisir des paliers de remboursement différents pour les soins suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins de prévention • Soins de base (différents taux de remboursement offerts sur demande pour les soins d’endodontie et de parodontie) • Soins majeurs • Soins orthodontiques
Maximum par année de référence	<p>Au choix du promoteur</p> <p>Options offertes quant aux maximums par demandeur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un maximum global pour les soins de prévention, les soins de base et les soins majeurs • ou un maximum global pour les soins de prévention et les soins de base, et un maximum distinct pour les soins majeurs <p>Le maximum par année de référence ne s’applique pas aux soins orthodontiques.</p>

Maximum à vie	Au choix du promoteur (ne s'applique habituellement qu'aux soins orthodontiques)
Soins de prévention	<p>Pour connaître la liste des soins couverts, voir la section Particularités des produits à la page 35</p> <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"> • une série de radiographies interproximales (dans le cadre des services périodiques), • une série complète de radiographies tous les 24 mois, • ou une panographie tous les 24 mois
Soins de base	Pour connaître la liste des soins couverts, voir la section Particularités des produits à la page 35
Soins majeurs	<p>Pour connaître la liste des soins couverts, voir la section Particularités des produits à la page 35</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>Options : Supprimer ou remplacer la période d'attente de 12 mois (ci-dessus) par l'exclusion pour dent manquante. 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 pour les participants existants.</p> <p>Ces dispositions peuvent s'appliquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à compter de la date d'effet de la garantie • ou à compter de la date d'embauche. <p>Les couronnes, les ponts et les prothèses amovibles sur implant sont couverts à concurrence du même maximum et font l'objet des 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"> • enfants seulement (habituellement jusqu'à l'âge de 19 ans) • ou tous les participants et les personnes à leur charge. <p>Voir la section Particularités des produits à la page 35</p>
Clause de la méthode de traitement équivalente la moins coûteuse	Les frais sont couverts à concurrence de ceux habituellement exigés pour le traitement équivalent le moins coûteux qui donne un résultat satisfaisant selon les normes professionnelles. Cette clause s'applique automatiquement à tous les soins dentaires.

<p>Tarif des dentistes</p>	<p>Tarif des dentistes généralistes, tarif des dentistes spécialistes ou document de référence équivalent, au choix du promoteur</p> <p>Options offertes quant au tarif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Année en cours • Tarif d'une année déterminée (au maximum cinq années précédant l'année en cours) • 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). • Pourcentage du prix indiqué dans le tarif ou le document équivalent utilisé, au choix du promoteur <p>Options supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarif de la province où les soins sont donnés • Tarif de la province indiquée
<p>Maximums s'appliquant aux personnes qui adhèrent tardivement</p>	<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"> • 300 \$ pour les 36 premiers mois en ce qui touche les soins orthodontiques • et 100 \$ pour les 12 premiers mois en ce qui touche tous les autres soins <p>sauf indication contraire du promoteur et sous réserve de l'approbation de la Sun Life.</p> <p>Remarque : Ne s'applique pas si la participation à la garantie Frais dentaires est de 100 % (participation obligatoire).</p>
<p>Cessation de la couverture</p>	<p>À la cessation des services ou au départ à la retraite, sauf indication contraire du promoteur</p>
<p>Exonération des primes</p>	<p>Non offerte</p>
<p>Garantie Assurance de survivant (sans paiement des primes)</p>	<p>24 mois à compter de la date du décès du participant</p>
<p>Pour en savoir plus sur la garantie Frais dentaires</p>	<p>Voir la section Particularités des produits à la page 35</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 dans le cas d'une invalidité totale, sauf indication contraire.
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	À la première des dates suivantes : 70 ^e anniversaire de naissance ou date du départ à la retraite, sauf indication contraire du promoteur
Pour en savoir plus sur l'assurance-vie du participant	Voir la section Particularités des produits à la page 37

Assurance-vie facultative du participant

Délai d'admission	Au choix du promoteur
Couverture	Tranches (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
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 par l'assurance-vie du participant.
Cessation de la couverture	À la première des dates suivantes : 65 ^e anniversaire de naissance ou date du départ à la retraite, 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 en savoir plus sur l'assurance-vie facultative du participant	Voir la section Particularités des produits à la page 37

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 par 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	À la première des dates suivantes : 70 ^e anniversaire de naissance ou date du départ à la retraite, 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>	Voir la section Particularités des produits à la page 38

Assurance Décès et mutilation accidentels (DMA) facultative du participant

Délai d'admission	Au choix du promoteur
Couverture	Tranches (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 par l'assurance-vie du participant.
Cessation de la couverture	À la première des dates suivantes : 65 ^e anniversaire de naissance ou date du départ à la retraite, 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>	Voir la section Particularités des produits à la page 38

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 par l'assurance-vie du participant.
Garantie Assurance de survivant (sans paiement des primes)	24 mois à compter de la date du décès du participant, sauf indication contraire du promoteur
Cessation de la couverture	À la première des dates suivantes : 70 ^e anniversaire de naissance ou date du départ à la retraite, sauf indication contraire du promoteur
Pour en savoir plus sur l'assurance-vie des personnes à charge	Voir la section Particularités des produits à la page 37

Assurance-vie facultative du conjoint

Délai d'admission	Au choix du promoteur
Couverture	Tranches (montant en dollars)
Capital maximal	Au choix du promoteur, sous réserve de l'approbation de la Sun Life
Attestation de bonne santé	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 par 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 en savoir plus sur l'assurance-vie facultative du conjoint	Voir la section Particularités des produits à la page 37

Assurance Décès et mutilation accidentels (DMA) facultative du conjoint

Délai d'admission	Au choix du promoteur
Couverture	Tranches (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 par 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>	Voir la section Particularités des produits à la page 38

Gestion des absences et de l'invalidité

Services de maintien du salaire

Gestion de l'invalidité	Selon les politiques et processus du promoteur ou les directives d'évaluation de la Sun Life
Prestation maximale	S.o.
Déductions uniformes	S.o.
Situation fiscale	S.o.
Délai de carence	S.o. – Le promoteur de régime doit suivre ses politiques et processus.
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, nous considérons la participante comme atteinte d'invalidité totale seulement durant la portion de l'absence attribuable à des raisons de santé.
Maximum applicable aux revenus de toutes sources	S.o.
Cessation de la couverture	Politiques et processus du promoteur ou directives d'évaluation de la Sun Life
Pour en savoir plus sur les services de maintien du salaire	Voir la section Particularités des produits à la page 40

Invalidité de courte durée (ICD)

Délai d'admission	Au choix du promoteur
Couverture	<ul style="list-style-type: none">• Pourcentage du salaire hebdomadaire admissible.• Montant fixe• ou barème gradué (maximum de cinq échelons), par exemple : 66,67 % de la première tranche de 1 000 \$ et 50 % du reste.
Prestation maximale	Au choix du promoteur, sous réserve de l'approbation de la Sun Life
Déductions uniformes	Voir la section Particularités des produits à la page 41
Situation fiscale	Prestations imposables ou non, au choix du promoteur
Délai de carence	Avec ou sans la première journée d'hospitalisation, au choix du promoteur Accident, maladie : Au choix du promoteur
Invalidité liée au congé de maternité	L'assureur offrant la garantie 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. Options supplémentaires : <ul style="list-style-type: none">• L'assureur offrant la garantie ICD est le premier payeur pour tous les participants couverts par le contrat.• 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. Cela comprend le régime de prestations supplémentaires de chômage (PSC).• La garantie ICD s'ajoute aux prestations de l'assurance-emploi pour tous les participants couverts par le contrat (régime PSC).
Période maximale d'indemnisation	À concurrence de 52 semaines ou au choix du promoteur
Cessation de la couverture	À la première des dates suivantes : 70 ^e anniversaire de naissance ou date du départ à la retraite
Pour en savoir plus sur la garantie Invalidité de courte durée	Voir la section Particularités des produits à la page 40

Invalité de longue durée (ILD)

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. Elle est habituellement de quatre ou six mois.
Couverture	<ul style="list-style-type: none">• Pourcentage du salaire mensuel admissible.• Montant fixe• ou barème gradué (maximum de cinq échelons), par exemple : 66,67 % de la première tranche de 2 625 \$ et 50 % du reste.
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)	Jusqu'à 65 ans
Déductions uniformes	Voir la section Particularités des produits à la page 43
Situation fiscale	Prestations imposables ou non, au choix du promoteur
Maximum applicable aux revenus de toutes sources	<ul style="list-style-type: none">• Prestations non imposables : 85 % du salaire net touché avant l'invalidité• Prestations imposables : 85 % du salaire brut touché avant l'invalidité Pour savoir ce que comprend le «plafond d'indemnisation toutes sources combinées», Voir la section Particularités des produits à la page 43
Restriction relative aux maladies préexistantes	La restriction relative aux maladies préexistantes s'applique
Indexation sur le coût de la vie (1 ^{er} janvier)	Sans indexation sur le coût de la vie, sauf indication contraire du promoteur
Cessation de la couverture	À la première des dates suivantes : 65 ^e anniversaire de naissance ou date du départ à la retraite (d'autres options sont offertes, sous réserve de l'approbation de la Sun Life)
Garantie Assurance de survivant	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»
Pour en savoir plus sur la garantie Invalidité de longue durée	Voir la section Particularités des produits à la page 42

Santé et mieux-être

Services offerts	<p>Gérez votre santé. Grâce au Centre Lumino Santé, les participants peuvent facilement trouver des ressources et des solutions favorisant un mode de vie sain.</p> <p>Découvrez du contenu sur le mieux-être et la santé mentale mis à jour régulièrement. Lisez des articles, regardez des vidéos, écoutez des balados et plus encore à partir du site Web protégé par mot de passe de la Sun Life, masunlife.ca.</p> <p>Vous cherchez un professionnel de la santé? L'outil Trouver un professionnel Lumino peut vous aider. Il permet de trouver des professionnels de la santé et de prendre rendez-vous. Précisez votre recherche en fonction du coût, de l'emplacement et des évaluations soumises par des utilisateurs.</p> <p>Utilisez Ressources et offres Lumino* pour trouver des rabais exclusifs et des offres spéciales. Il y a différentes catégories, comme les soins de la vue et de l'ouïe, les ressources et produits médicaux et le mieux-être mental.</p>
------------------	---

* Cette section ne sera visible que si Ressources et offres Lumino fait partie de votre régime.

Programme d'aide aux employés (PAE)

Partenaire de service	Le Programme d'aide aux employés (PAE) est offert par Dialogue.
Services aux participants inclus	<ul style="list-style-type: none">• Santé mentale• Services juridiques• Finances• Famille et relations• Travail et carrière Autres services offerts (des frais supplémentaires peuvent s'appliquer) : <ul style="list-style-type: none">• Intervention en cas d'incident critique• Séminaires sur la santé et le mieux-être

Autres garanties

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 Régimes gérés au moyen des systèmes de gestion de la Sun Life : <ul style="list-style-type: none">• Attribution mensuelle : les participants reçoivent les crédits attribuables pour le mois s'ils sont admissibles au régime le premier jour de ce mois.• 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.• Le calcul au prorata est offert uniquement lorsque les crédits sont attribués annuellement. Régimes gérés en dehors des systèmes de gestion de la Sun Life : <ul style="list-style-type: none">• L'attribution annuelle ou mensuelle est offerte aux clients qui présentent leurs données sur ruban (données sur l'admissibilité des participants).• Seule l'attribution annuelle est offerte aux clients qui utilisent des listes pour transmettre leurs données sur l'admissibilité.
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">• report du solde (le participant doit utiliser les crédits affectés au cours d'une année de référence avant la fin de l'année de référence suivante)• ou report des frais (le participant peut rembourser les frais engagés au cours d'une année de référence en utilisant des crédits affectés au cours de l'année de référence suivante)• ou aucun report
Cessation de la couverture	Même que pour la garantie Frais médicaux
Garantie Assurance de survivant	La couverture des personnes à charge au titre du CSS ne peut être maintenue après le décès du participant
Pour en savoir plus sur le CSS	Voir la section Particularités des produits à la page 45

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 Régimes gérés au moyen des systèmes de gestion de la Sun Life : <ul style="list-style-type: none"> • Attribution mensuelle : les participants reçoivent les crédits attribuables pour le mois s'ils sont admissibles au régime le premier jour de ce mois • 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. • Le calcul au prorata est offert uniquement lorsque les crédits sont attribués annuellement. Régimes gérés en dehors des systèmes de gestion de la Sun Life : <ul style="list-style-type: none"> • L'attribution annuelle ou mensuelle est offerte aux clients qui présentent leurs données sur ruban (données sur l'admissibilité des participants). • Seule l'attribution annuelle est offerte aux clients qui utilisent des listes pour transmettre leurs données sur l'admissibilité.
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"> • report du solde (le participant doit utiliser les crédits affectés au cours d'une année de référence avant la fin de l'année de référence suivante) • ou report des frais (le participant peut rembourser les frais engagés au cours d'une année de référence en utilisant des crédits affectés au cours de l'année de référence suivante) • ou aucun report • ou report sur une période illimitée
Cessation de la couverture	Même que pour la garantie Frais médicaux
Garantie Assurance de survivant	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	Couverture de base (obligatoire) Habituellement offerte sans attestation de bonne santé Couverture facultative Habituellement offerte avec et sans attestation de bonne santé Couverture de base et couverture facultative réunies
Formules offertes	Trois formules sont offertes : Essentielle (3 affections couvertes), Étendue (11 affections couvertes) ou Complète (25 affections couvertes) Pour connaître la liste des affections couvertes Voir la section Particularités des produits à la page 45.
Cessation de la couverture	Participant : la couverture prend fin à la première des dates suivantes : 65 ^e ou 70 ^e anniversaire de naissance du participant ou date de son départ à la retraite. Conjoint : la couverture prend fin à la première des dates suivantes : 65 ^e ou 70 ^e anniversaire de naissance du conjoint ou date du départ à la retraite du participant.

Transfert de la couverture (transférabilité)	En cas de cessation d'emploi, il est possible de transférer la couverture du participant, de son conjoint et des enfants à sa charge (les enfants pourraient avoir le droit de conserver une couverture, à concurrence de 20 000 \$) à un autre régime de garantie MG offert par la Sun Life. Ce transfert est soumis à certaines conditions.
Programme de sensibilisation et de formation des participants	Des dossiers personnalisés d'adhésion à la garantie MG au moment de la mise en place du régime ou dans le cadre des campagnes de sensibilisation peuvent être offerts.
Le service Deuxième avis d'expert(e), par Dialogue	<p>Ce service est accessible par l'intermédiaire de la plateforme Soins virtuels Lumino Santé.</p> <p>Deuxième avis d'expert(e) : les participants obtiennent un deuxième avis d'expert(e) médical sur un diagnostic et un plan de traitement en cours, que ce soit pour un problème de santé physique ou mentale.</p> <p>Orientation vers les bonnes ressources en santé mentale : Les participants obtiennent un rendez-vous avec un ou une spécialiste en santé mentale. Cette personne les aidera à mieux comprendre leurs besoins en santé mentale et à trouver les bonnes ressources. Ce service peut être utilisé pour tout type de problème de santé mentale, y compris en cas de situation de crise ou d'urgence.</p> <p>Trouver un(e) médecin spécialiste : Ce service aide les participants à trouver des spécialistes et des établissements médicaux appropriés au partout en Amérique du Nord.</p>
Pour en savoir plus sur la garantie Maladies graves	Voir la section Particularités des produits à la page 45

Régimes Mes CHOIX et Continuité 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. Elle peut prendre fin à la cessation de l'emploi du participant 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 Sun Life au 1-877-893-9383.

Mes CHOIX vie	Assurance temporaire renouvelable annuellement offerte au participant et à son conjoint entre 18 et 65 ans. Le participant peut demander son adhésion dans les 60 jours suivant la fin de la couverture au travail. Le montant de la couverture sera le même que celui dont il bénéficiait dans le cadre de son régime collectif, à concurrence de 1 000 000 \$. Un conseiller en services financiers (personne portant le titre de conseiller en sécurité financière au Québec) autorisé posera quelques questions de santé simples, mais n'exigera pas d'examen médicaux.
AMG Continuité	À leur sortie du régime collectif, les participants, leur conjoint et les enfants à leur charge ont le droit de conserver leur protection au titre de l'assurance contre les maladies graves de la Sun Life, sous réserve d'un capital maximal de 100 000 \$ (20 000 \$ pour chaque enfant). Ils n'ont pas à répondre à des questions médicales ni à subir des examens médicaux. Ils doivent demander le transfert de la couverture dans les 60 jours suivant la cessation de la couverture collective.
Mes CHOIX santé	La couverture est offerte aux participants âgés de 18 à 74 ans et à leur conjoint (ayant aussi entre 18 et 74 ans) et aux enfants à leur charge. Les frais dentaires sont couverts si le participant bénéficiait de la garantie Frais dentaires dans 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. Si les 60 jours sont écoulés, le participant pourrait être admissible à l'Assurance-santé personnelle en direct. Il devra répondre à des questions médicales.

Les participants peuvent convertir leur assurance-vie collective dans les 31 jours suivant la cessation de leur couverture collective.

Solutions internationales en matière de garanties

Notre éventail complet de solutions internationales applicables aux garanties collectives contribue à satisfaire aux besoins des clients multinationaux. Ces clients peuvent être établis au Canada et à l'étranger. Nous pouvons faciliter l'accès aux garanties collectives aux employés qui répondent aux définitions suivantes :

Impatriés – Canadiens qui se réinstallent au Canada après une affectation à l'étranger. 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. De même, ils doivent bénéficier de la garantie Frais médicaux du régime collectif lorsqu'ils participent au RAMSI.

Conditions d'admission	<p>Employés actifs (citoyens canadiens) âgés de moins de 75 ans et les personnes à leur charge qui se réinstallent au Canada après une affectation à l'étranger. Ils doivent observer une période d'attente avant de devenir admissibles au régime provincial d'assurance-maladie.</p> <p>Employés étrangers actifs qui travaillent au Canada âgés de moins de 75 ans et les personnes à leur charge. Ils 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 dont la demande d'adhésion est reçue plus de 60 jours après la date du premier jour de travail de l'employé au Canada.</p> <p>Remarque : Si les personnes à la charge de l'employé n'arrivent pas au Canada en même temps que lui, mais qu'elles arrivent après la date du premier jour de travail de celui-ci, elles sont considérées comme des adhérents tardifs au régime si la Sun Life n'a pas reçu leur formulaire d'adhésion dans les 60 jours suivant leur arrivée au Canada.</p>
Caractéristiques du régime	
Hospitalisation (dans la province du domicile)	<p>Services reçus à titre de malade hospitalisé</p> <p>Hospitalisation en salle commune 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">• Utilisation des salles d'opération, des services de radiothérapie, d'équipement respiratoire et de fournitures anesthésiques et chirurgicales• Médicaments sur ordonnance prescrits par un médecin durant une hospitalisation <p>Services reçus à l'hôpital à titre de malade externe</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.
Services de sages-femmes	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	À concurrence des frais raisonnables habituellement exigés. Maximum à vie de 5 000 \$. Les frais doivent être approuvés au préalable par la Sun Life.
Services paramédicaux	Les services doivent être donnés par les praticiens autorisés indiqués ci-dessous. À concurrence des frais raisonnables habituellement exigés par visite. Comprend : <ul style="list-style-type: none"> • physiothérapeutes • orthophonistes • psychologues • ostéopathes • chiropraticiens • podiatres • chiropodistes Maximum : 500 \$ par année civile pour l'ensemble des services Voir la section Particularités des produits à la page 46
Transport en ambulance	À concurrence des frais raisonnables habituellement exigés.
Location d'appareils médicaux durables pour un usage temporaire, et autres services	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. Voir la définition sous la section Particularités des produits à la page 47
Chirurgie bucco-dentaire effectuée à l'hôpital	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. L'intervention doit être recommandée par un médecin ou un chirurgien-dentiste et elle doit être nécessaire sur le plan médical. La couverture des services reçus à l'hôpital (dans la province de résidence) est basée sur les tarifs interprovinciaux. La couverture des frais dentaires est basée sur le tarif des dentistes généralistes en vigueur dans la province.
Services reçus en cas d'urgence hors de la province/du Canada	Les services comprennent : <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation en cas d'urgence, autres services hospitaliers reçus hors du Canada • Services de médecins • Transport dans une ambulance autorisée 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. Mêmes limites applicables à la durée du voyage, aux frais couverts et aux maximums que celles qui sont prévues par le régime d'assurance-maladie de la province de résidence du participant. Les frais couverts sont basés sur les tarifs interprovinciaux. Hospitalisation : Tarif limité à celui d'une salle
Maximum	Maximum par participant et par personne à charge admissible : 500 000 \$
Maximum à vie	Maximum à vie 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>La couverture de l'employé prend effet à la plus tardive des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la date de son premier jour de travail au Canada, • la date d'effet de la participation de l'employeur, • le jour qui suit la date à laquelle la Sun Life accepte l'attestation de bonne santé. <p>La couverture des personnes à charge admissibles prend effet à la plus tardive des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la date à laquelle la couverture de l'employé entre en vigueur, si les personnes à sa charge sont arrivés au Canada; ils doivent tous adhérer au régime dans les 60 jours suivant l'entrée en vigueur de la couverture, • la date d'arrivée au Canada des personnes à charge, si elle est postérieure à celle de l'employé, • le jour qui suit la date à laquelle la Sun Life accepte l'attestation de bonne santé de la personne à charge.
Cessation de la couverture	<p>La couverture du participant prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le participant est admissible à la couverture prévue par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence, • les services du participant auprès de l'employeur prennent fin, • la couverture du participant au titre de la garantie Frais médicaux du régime prend fin, • le 75^e anniversaire de naissance du participant, • le participant quitte le Canada pour travailler à l'étranger, • nous obtenons une preuve raisonnable que la couverture est utilisée à des fins frauduleuses, • le participant cesse d'être admissible à la couverture, • la période de couverture du participant a atteint cinq ans au total, • l'employeur cesse de participer au RAMSI, • le contrat groupe est résilié, • la période couverte par la dernière prime payée à la Sun Life au nom du participant prend fin. <p>La couverture des personnes à la charge du participant prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la couverture du participant prend fin pour l'une des raisons ci-dessus, • la couverture de la personne à charge au titre du régime d'assurance-maladie de sa province de résidence prend effet, • la période de couverture de la personne à charge a atteint cinq ans au total, • l'enfant à charge cesse de satisfaire à la définition d'enfant à charge au titre du RAMSI, • le conjoint cesse de satisfaire à la définition de conjoint au titre du RAMSI.
Pour en savoir plus sur le Régime d'assurance-maladie des salariés impatriés	Voir la section Particularités des produits à la page 46

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 d'hospitalisation couverts	Frais d'hospitalisation seulement, sous réserve de la limite indiquée dans les Conditions particulières. Frais d'hospitalisation dans un hôpital de convalescence seulement. L'hospitalisation doit avoir pour objet la réadaptation et non la surveillance du malade
Frais d'hospitalisation NON couverts	<ul style="list-style-type: none">• Frais qui sont couverts par le régime provincial• Soins de longue durée (frais modérateurs ou tarif d'une chambre semi-particulière)• Réservations d'hébergement• Frais d'hospitalisation dans un hôpital privé (qui ne sont pas couverts par le régime provincial)• Frais d'hospitalisation dans un établissement de soins de longue durée• Séjour dans un centre de désintoxication (alcool ou drogues) (parrainé ou non par l'État)• Séjour dans un centre de réadaptation (parrainé ou non par l'État)
Frais d'optique couverts	<ul style="list-style-type: none">• Lentilles cornéennes• Lunettes – lentilles, montures et réparations• Correction de la vision par le laser• Lunettes de soleil sur ordonnance et lunettes de protection sur ordonnance Remarque : Ces articles et ces services doivent être prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé. Ils doivent être délivrés au participant par un ophtalmologiste, un optométriste autorisé ou un opticien.
Frais d'optique NON couverts	Lunettes grossissantes, lunettes de protection, lunettes de soleil et clips solaires non prescrits

<p>Couverture pour l'affirmation du genre</p>	<p>La couverture pour l'affirmation du genre de la Sun Life aide vos employés de diverses identités de genre (et les personnes à leur charge) à être pleinement eux-mêmes.</p> <p>Cette couverture facultative, offerte dans le cadre de la garantie Frais médicaux, fournit un soutien financier complémentaire pour les interventions chirurgicales.</p> <p>La plupart des régimes d'assurance maladie provinciaux ou territoriaux financent les interventions chirurgicales des personnes qui répondent à leurs exigences, mais les niveaux de couverture peuvent varier. De plus, plusieurs régimes publics ne couvrent pas les interventions visant à féminiser ou à masculiniser les traits de la personne. Le produit de la Sun Life comble ce manque.</p> <p>Aperçu de la couverture : Nous proposons deux niveaux de couverture, ce qui vous permet d'en offrir plus à vos employés.</p> <p>Couverture de base : Couverture de certaines interventions chirurgicales de base non couvertes par le régime provincial ou territorial de la personne. Il peut s'agir, par exemple, de la réduction de la pomme d'Adam ou de la chirurgie de la voix.</p> <p>Couverture étendue : Remboursement des frais engagés pour les interventions chirurgicales visant à adapter certains traits féminins ou masculins à l'identité de genre de la personne (p. ex., réduction de la structure osseuse du visage, augmentation des joues ou ajout d'implants pectoraux).</p> <p>Pour ajouter la couverture étendue à votre régime, vous devez d'abord ajouter la couverture de base.</p> <p>Admissibilité : Cette couverture est offerte à tous les participants du régime, ainsi qu'aux personnes à charge admissibles.</p> <p>Pour être admissible, la personne couverte doit être âgée d'au moins 18 ans et avoir reçu du médecin un diagnostic de dysphorie de genre. Si ces conditions sont remplies, nous étudions la demande individuellement. Toutes les interventions chirurgicales doivent être pratiquées au Canada.</p>
<p>Pharmacogénomique</p>	<p>Trouver le bon traitement médicamenteux peut être dispendieux et stressant. Ce processus prend du temps et ralentit le rétablissement. Heureusement, votre régime de garanties collectives peut couvrir des tests pharmacogénomiques qui permettent aux participants de trouver les bons médicaments d'ordonnance pour leurs besoins en santé particuliers. Les résultats de tests peuvent les aider à trouver le bon médicament pour traiter diverses affections, y compris l'anxiété, la dépression, la gestion de la douleur, le cancer et plus encore. Si vous ajoutez les tests pharmacogénomiques à votre régime, ils peuvent être remboursés au titre de la garantie Frais médicaux. Autrement, ils peuvent aussi être remboursés au titre du compte Soins de santé (CSS), si vous en offrez un.</p>
<p>Services de fertilité</p>	<p>Services de médecins et de laboratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Honoraires forfaitaires et frais de monitoring de médecins • Imagerie médicale (y compris : échographie/échographie de clarté nucale, SpindleView, embryoscope, test Matris, analyse non invasive de milieu de culture embryonnaire, sonohystérogramme) • Tests de dépistage et analyses en laboratoire pour la personne enceinte (y compris : dépistage prénatal [DPN], test de réceptivité endométriale, dosage de la FSH et de l'AMH) • Frais pour les services liés au don de matériel reproductif d'une clinique de fertilité ou d'une banque de donneurs du Canada <p>Frais liés à l'ovule, à l'embryon et au sperme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tests de dépistage • Congélation et décongélation • Frais de transfert et d'entreposage • Prélèvement d'ovules • Prélèvement de sperme et spermogramme • Sélection, lavage, et préparation de spermatozoïdes

Services de fertilité	<p>Tests génétiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y compris : diagnostic génétique préimplantatoire (DPI), analyses des produits de conception, analyse de la structure chromatinienne du sperme (SCSA) <p>Insémination et fécondation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maturation in vitro • Éclosion assistée • Injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) • Fécondation in vitro (FIV) (y compris : traitement standard, naturel, stimulé, antagoniste ou réciproque) • Insémination intra-utérine (IIU) • Insémination artificielle (IA) <p>Couverture des médicaments liés à la fertilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les médicaments liés à la fertilité font partie de votre couverture Frais médicaux. Ils figurent peut-être déjà sur la liste des médicaments admissibles. • Les frais pour les médicaments liés à la fertilité engagés par la mère porteuse sont couverts par la garantie Services de fertilité, et non par une garantie distincte.
Garantie Grossesse pour autrui (frais médicaux)	<p>Frais admissibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtention de documents médicaux ou autres • Services d'une sage-femme, d'une doula ou d'une consultante en lactation • Garde d'enfants (pour les enfants de la mère porteuse) • Garde d'animaux de compagnie (pour les animaux de compagnie de la mère porteuse) • Vitamines, minéraux, suppléments à base de plantes • Services liés à l'activité physique (cours prénataux) • Services de conseils nutritionnels (excluent le coût de la nourriture) • Services juridiques • Cours de préparation et matériel associés à la grossesse pour autrui
Frais admissibles liés aux procédures d'adoption	<p>Nous rembourserons directement au participant ou à son conjoint admissible les frais admissibles suivants que nous acceptons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frais de transport et d'hébergement pour le parent adoptif et/ou l'enfant si des déplacements sont nécessaires pour le processus d'adoption • Cours de préparation et matériel associés à l'adoption • Vérification des antécédents judiciaires • Visites après placement • Frais d'inscription des agences gouvernementales locales, provinciales ou nationales • Frais juridiques (au Canada ou à l'extérieur du Canada) • Frais d'évaluation du foyer d'accueil • Frais de l'agence d'adoption ou frais de consultation d'une agence ou d'une organisation commerciale établie, dotée d'un permis valide, fournissant des services d'adoption (au Canada ou à l'extérieur du Canada) • Frais de traduction et frais liés aux documents

Services paramédicaux couverts	<ul style="list-style-type: none"> • Services d'orthophonistes • Services de psychologues (thérapie individuelle ou de groupe) ou de travailleurs sociaux • Services de physiothérapeutes • Services d'acupuncteurs • Services de massothérapeutes ou d'orthothérapeutes • Services de podiatres/chiroprodistes (comprenant une radiographie par année de référence) • Services de naturopathes • Services de chiropraticiens (comprenant une radiographie par année de référence) • Services d'ostéopathes (comprenant une radiographie par année de référence) • Services d'audiologistes • Services de diététistes • Services d'ergothérapeutes <p>Remarque : Tous les praticiens doivent être agréés par un organisme de réglementation reconnu par l'État, et les frais sont assujettis aux frais raisonnables habituellement exigés.</p>
Services paramédicaux NON couverts	<ul style="list-style-type: none"> • Services de thérapeutes du sport • Services de praticiens de l'Église scientiste chrétienne • Services de conseillers en nutrition • Services d'électrolystes (électrolyse) • Services d'homéopathes • Services de kinésithérapeutes/kinésiologues • Services de thérapie visuelle • Services d'ergonomes • Services de thérapeutes de la réadaptation • Services de réflexologues • Services de sexologues/sexothérapeutes • Services de shiatsuistes • Services de conseillers cliniciens autorisés (Colombie-Britannique) • Services de thérapeutes familiaux
Services, fournitures et articles médicaux couverts (une recommandation du médecin pourrait être exigée)	<p>Les maximums peuvent être modifiés, sous réserve de l'approbation de la Sun Life et des frais raisonnables habituellement exigés.</p> <p>Éléments couverts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins d'infirmières ou d'infirmiers 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. • Transport (local terrestre) dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est médicalement nécessaire • Transport (aérien) par service ambulancier autorisé, à destination de l'hôpital approprié le plus proche où un traitement est offert, s'il est médicalement nécessaire • Analyses de laboratoire et échographies, au Québec seulement • Imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographies, électrocardiogrammes, mammographies et thermographies reçus à l'extérieur de l'hôpital. Le traitement est couvert à concurrence de 1 000 \$ par année de référence, au Québec seulement • Traitement des dents naturelles endommagées dans un accident (y compris les frais d'attelles et d'arcs dentaires). Le participant doit recevoir les soins dans les 12 mois suivant l'accident. • Services diagnostiques reçus hors de l'hôpital, sauf si le régime provincial de la personne couverte considère ces frais comme un service assuré.

Services, fournitures et articles médicaux couverts (une recommandation du médecin pourrait être exigée)

- 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)
- 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)
- 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.
- Prothèses mammaires (externes), à concurrence de 200 \$ par année de référence lorsqu'elles sont nécessaires par suite d'une intervention chirurgicale
- Soutiens-gorge postopératoires nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale (maximum de deux soutiens-gorge par année de référence)
- Prothèses (membres et yeux artificiels). Premier achat seulement
- Remplacement et réparation de prothèses
- Couvre-moignons, à concurrence de cinq paires par année de référence
- Bas à varices, y compris les bas à compression régressive, à concurrence de deux paires par année de référence
- Plâtres, attelles, bandages herniaires, orthèses et béquilles
- Orthèses de pied faites sur mesure nécessaires en raison de la malformation des pieds
- Chaussures orthopédiques, modifications apportées à des chaussures et chaussures faisant partie d'une orthèse, faites sur mesure et nécessaires en raison de la malformation des pieds, comme le pied bot ou d'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.
- Prothèses auditives. Réparations comprises. Piles comprises s'il s'agit de l'achat initial de l'appareil
- Oxygène (si les soins sont couverts par le régime provincial, nous remboursons seulement les frais venant en excédent de cette couverture)
- Systèmes de surveillance du glucose en continu (SGC) – récepteurs, transmetteurs ou capteurs – pour les personnes qui ont reçu un diagnostic de diabète de type 1 ou de type 2 et qui sont insulino-dépendantes, sous réserve d'un maximum global de 4 000 \$ par personne par année de référence
- Systèmes de surveillance du glucose, glucomètres/dextromètres, sous réserve d'un maximum à vie de 700 \$ s'ils sont prescrits par un médecin
- Lentilles cornéennes ou lentilles intraoculaires nécessaires à la suite d'une opération de la cataracte, sous réserve d'un maximum à vie d'une lentille par œil

Autres appareils médicalement nécessaires :

- 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)
- Chambre d'inhalation
- Respirateurs
- Cathéter. Sacs compris, mais non les couches et les protections pour l'incontinence
- Moniteurs respiratoires (apnée)
- Compresseur et tout autre matériel nécessaire à l'administration de médicaments
- Équipement de ventilation spontanée en pression positive continue
- Matériel nécessaire au traitement de la fibrose kystique (sauf si ces frais sont couverts par le régime provincial)
- Énurésie (émission d'urines nocturne), détecteur Mozes (diagnostic du médecin exigé). Seulement pour les assurés âgés de 6 ans ou plus

Services, fournitures et articles médicaux couverts (une recommandation du médecin pourrait être exigée)	<ul style="list-style-type: none"> • Inhalateurs, appareils servant à l'administration de médicaments, nébuliseur Maxi Mist • Lit d'hôpital – location, achat ou réparation (diagnostic du médecin exigé). Nous ne couvrons pas les lits Craftmatic. • Stimulateur (croissance osseuse, muscle) et fournitures (recommandation du médecin requise) • Supports abdominaux ou dorsaux, ou supports de la colonne ou du poignet – rigides et semi-rigides seulement (recommandation du médecin exigée). Nous ne couvrons pas les coussins Obus Formes. • Neurostimulateur transcutané • Appareil de traction • 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 • Collier cervical • Orthèses orthopédiques/attelles de Dennis Browne. Frais couverts si la chaussure fait partie de l'orthèse • Vêtement de compression • Canne, si nécessaire pour des raisons d'ordre médical. Les fers à glace ne sont pas couverts. • Déambulateur
Services, fournitures et articles médicaux NON couverts	Certaines fournitures 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
Attestation de frais	L'attestation doit être présentée à la Sun Life avant la fin de la période de 90 jours qui suit : <ul style="list-style-type: none"> • la fin de l'année de référence où le participant a engagé les frais • la cessation de la couverture du participant ou la résiliation de la garantie prévue par le contrat.

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
Hébergement à l'hôtel et repas si le participant n'est pas en mesure de voyager	Réservations d'hôtel et repas pendant une période de convalescence. (Sous réserve d'une prestation maximale par jour. Maximum de cinq jours.)

Services de médi-passeport

Hébergement à l'hôtel et repas si le voyage est retardé	Réservations d'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. Maximum de sept jours.)
Retour de personnes en difficulté	Billets de remplacement permettant le retour à la maison si les billets de retour sont devenus inutilisables parce qu'une personne couverte au titre du régime (participant, conjoint ou enfant) a eu une urgence médicale ou est décédée, par exemple. Retour à la maison des enfants à charge qui sont laissés seuls en raison de l'hospitalisation de la personne couverte. Les enfants à charge sont accompagnés s'ils ont moins de 16 ans ou qu'ils sont handicapés.

Visite d'un membre de la famille	Frais de déplacement, réservations d'hôtel et repas pour une visite par un membre de la famille si la personne couverte est hospitalisée plus de sept jours et voyage seule. (Sous réserve d'une prestation maximale par jour. Maximum 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 louée si la personne couverte est incapable de conduire en raison d'une urgence médicale. (Sous réserve d'une prestation maximale 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 parler au 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

Voici des exemples d'éléments couverts par les 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"> • Médicaments décrits dans le Sommaire des produits • Médicaments portant un numéro d'identification de médicament (DIN) • Extraits d'allergènes portant un code DIN et sérums antiallergiques (à l'exclusion des frais liés à l'administration du produit) • Matériel contraceptif (délivré sur ordonnance), y compris les contraceptifs oraux, les timbres contraceptifs, les stérilets et les diaphragmes • Médicaments et vitamines injectables (à l'exclusion des frais liés à l'administration du produit) • Insuline et articles pour diabétiques • Autolet/Monolet, injecteur d'insuline/Medijector, bandelettes réactives • Appareillage pour stomisés (frais non couverts par le régime provincial) • Préparations composées • Vaccins (à l'exclusion des frais liés à l'administration du produit)
Catégories couvertes selon le cas, tel qu'il est précisé dans le Sommaire des produits à la page 12	<ul style="list-style-type: none"> • Fécondostimulants (maximum à vie de 2 400 \$) • Médicaments pour le traitement d'une dysfonction sexuelle • Auxiliaires antitabagiques sur ordonnance • Médicaments de traitement de l'obésité/agents de perte de poids
Éléments NON couverts	<ul style="list-style-type: none"> • Antihistaminiques • Produits de santé naturels • Médicaments utilisés à des fins esthétiques • Relaxants musculaires qui ne nécessitent pas une ordonnance • Traitements de l'obésité obtenus sans ordonnance, p. ex. protéines et suppléments alimentaires ou diététiques • Vitamines en vente libre • Mélanges pour biberon (lait et substituts du lait) • Minéraux, protéines et traitements au collagène • Frais liés à l'administration de sérums, de vaccins et d'injections • Stimulants de la pousse des cheveux

Garantie Frais dentaires

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

<p>Éléments et services NON couverts</p>	<p>Nous ne verserons pas de prestations pour ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins dentaires donnés à des fins principalement esthétiques • Frais de remplacement d'appareils perdus, égarés ou volés • Frais de rendez-vous non respectés • Frais de rédaction de demandes de règlement • Services ou articles pour lesquels il n'y aurait pas de frais s'il n'y avait pas la présente couverture. • 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) • Reconstruction buccale complète, rectification de la dimension verticale, abrasion, modification ou reconstitution de l'occlusion, et contention au moyen d'une prothèse. • Implants et transplants, et modification des rapports entre maxillaires, y compris les frais de chirurgie. • Traitements expérimentaux • Services ou articles couverts en tout ou en partie par un régime ou un programme parrainé par l'État. Cependant, nous pouvons couvrir les frais modérateurs, les dépassements d'honoraires et les autres frais en excédent de ceux qui sont payables par le régime ou le programme parrainé par l'État, si la loi permet leur remboursement par les régimes privés. • 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 la participation à la perpétration d'un acte criminel • Soins dentaires nécessaires en raison de malformations congénitales
<p>Attestation de frais</p>	<p>L'attestation doit parvenir à la Sun Life avant l'expiration d'une période de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 90 jours suivant la fin de l'année de référence où le participant a engagé les frais • 90 jours suivant la cessation de la couverture du participant ou la résiliation de la garantie.

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

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>Couverture du participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La couverture est maintenue, sans paiement des primes, après une période ininterrompue d'invalidité de six mois ou une période égale au délai de carence prévu par la garantie invalidité de longue durée (ILD), si ce délai est plus court. <p>Couverture du participant et des personnes à sa charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nous maintenons la couverture du participant sans paiement des primes, nous maintiendrons aussi la couverture des personnes à charge sans paiement des primes. Nous le ferons tant que la garantie restera en vigueur. <p>Nous devons recevoir une attestation de l'invalidité totale du participant dans les 12 mois suivant la date du début de l'invalidité.</p> <p>Définition d'<i>invalidité totale</i> : Une maladie empêche le participant d'exercer quelque profession que ce soit qui convienne à sa formation ou à l'expérience qu'il a ou qu'il pourrait acquérir. (Toutefois, si un participant est considéré comme totalement invalide au titre de la garantie ILD, nous le considérons automatiquement comme totalement invalide 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 sa couverture. Cette transformation est limitée à 200 000 \$ ou au montant prescrit par les lois applicables, si ce montant est plus élevé, pour l'assurance-vie de base et l'assurance-vie facultative réunies. Le participant peut demander 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>Il doit présenter sa demande de transformation par écrit (accompagnée du paiement de la première prime) dans les 31 jours suivant la cessation ou la réduction. Nous établissons la prime en tenant compte du produit choisi, du sexe du participant et de son âge.</p> <p>Les trois produits qu'il est possible de souscrire sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solution Vie Sun Life : prime garantie pendant les dix premières années du contrat; valeur de rachat rajustable; capital-décès garanti; aucuns frais de résiliation • Temporaire Sun Life un an : 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 • Temporaire à 65 ans Sun Life : couverture jusqu'à l'anniversaire du contrat qui suit le 65^e anniversaire de naissance de la personne couverte; celle-ci peut alors la laisser expirer ou la transformer en une Solution Vie Sun Life <p>Si le participant 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. La Sun Life exige une attestation de décès.</p> <p>Le conjoint du participant peut aussi transformer sa couverture si celle-ci 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	La Sun Life ne verse aucun capital-décès pour le suicide d'une personne ayant une couverture facultative depuis moins de deux ans. Nous rembourserons le total des primes versées au titre de l'assurance en cause.
Adhésion tardive	<p>Pour la couverture de l'employé, l'adhésion est tardive si la demande d'adhésion de l'employé est reçue plus de 31 jours après la dernière des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la date d'effet du contrat • le jour où le participant devient admissible à la couverture <p>Nous exigeons une attestation de bonne santé en cas d'adhésion tardive.</p>

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>Couverture du participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la couverture d'assurance-vie du participant est maintenue sans paiement des primes, sa couverture DMA est maintenue elle aussi sans paiement des primes. Cette règle ne s'applique pas au-delà du 65^e anniversaire de naissance du participant. <p>Couverture facultative du conjoint :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la couverture du participant est maintenue sans paiement des primes, la couverture du conjoint est maintenue elle aussi sans paiement des primes, tant que la garantie restera en vigueur. Cette règle ne s'applique pas au-delà du 65^e anniversaire de naissance du conjoint.
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 où elle se trouvait. De plus, son corps n'est pas trouvé 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 habituellement exigés 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 \$. Cette somme est versée quand le conjoint 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 \$ par année. 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 km de son domicile, la Sun Life règle, à concurrence de 5 000 \$, les frais raisonnables habituellement exigés pour l'hébergement dans un hôtel à proximité de l'hôpital. Cette somme couvre aussi les frais raisonnables habituellement exigés pour le transport d'un membre de la famille immédiate du participant. La Sun Life rembourse aussi 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"> • résultant de blessures intentionnellement provoquées par la personne couverte, notamment à l'occasion de la manipulation d'une arme à feu • résultant de l'absorption de drogues ou de l'inhalation d'oxyde de carbone • résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide, que la personne ait ou non alors été atteinte d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non voulu ou compris les conséquences de son geste • occasionnées par un vol à bord de tout appareil de navigation aérienne, le débarquement de l'appareil ou une exposition à un danger inhérent à cet appareil. Cela comprend les 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. • résultant d'un acte d'hostilité de forces armées, d'une insurrection ou de la participation à une émeute ou à un mouvement populaire • attribuables au service à temps plein dans les forces armées de quelque pays que ce soit • résultant de la participation à la perpétration d'un acte criminel

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	<ul style="list-style-type: none">• Services de gestion des dossiers (toute les absences ou les absences sélectionnées)• Services-conseils de retour au travail• Services d'examen des absences chroniques• Réseau de fournisseurs de services, qui comprend :<ul style="list-style-type: none">– Évaluation et traitement des troubles physiques, mentaux et fonctionnels– Services de réadaptation professionnelle– Coordination du retour au travail• Services d'adaptation
Base de calcul des prestations	S.o.
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; sinon, 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 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 avant.

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.

Gestion des absences	<ul style="list-style-type: none">• Services de gestion des dossiers• Services de réadaptation• Coordination du retour au travail• Évaluation et traitement des troubles physiques, mentaux et fonctionnels
Base de calcul des prestations	Nous basons les prestations sur la semaine de sept jours (ou de cinq jours ouvrables) et nous les versons 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>Nous réduisons les prestations d'invalidité de courte durée du montant des revenus, des prestations et des paiements prévus par les régimes suivants : régime d'assurance automobile, dans la mesure où cette déduction n'est pas interdite par la loi; régimes collectifs, y compris les régimes interentreprises; régimes de maintien du salaire; 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 pas 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'invalidité totale	<p>Nous considérons le participant comme <i>totalelement invalide</i> si une maladie l'empêche d'accomplir les tâches essentielles de sa profession habituelle – et pas seulement 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; sinon, 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 qu'il touchait avant le début de son invalidité. Nous nous basons sur le salaire net si les prestations sont non imposables et sur le salaire brut 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 est d'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 suivant l'invalidité.
Congé de maternité ou congé parental	Le congé de maternité commence à la date convenue par le participant et l'employeur ou le jour de la naissance de l'enfant, si celle-ci a lieu avant.
Subrogation	Réclamation à un tiers
Conditions	<p>Aucune prestation n'est payable par la Sun Life pour toute période :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pendant laquelle le participant ne reçoit pas le traitement approprié • pendant laquelle le participant ne participe pas à un programme de réadaptation approuvé par la Sun Life, lorsque celle-ci l'exige • 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. • de plus de quatre semaines où le participant se trouve hors du Canada. La Sun Life peut verser des prestations si elle a accepté d'avance par écrit de verser des prestations durant cette période ou si le participant est hors du Canada pour recevoir un traitement médical et que son absence est autorisée par la réglementation de l'assurance-emploi. • pendant laquelle le participant purge une peine de prison ou est incarcéré dans un établissement analogue • pendant laquelle le participant exerce une activité rétribuée ou lucrative à moins que la Sun Life n'accepte de verser des prestations <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>

Conditions	<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"> • acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire • tentative de suicide ou blessure intentionnellement provoquée par la personne couverte • participation à la perpétration d'un acte criminel
------------	---

Invalidité de longue 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.

Gestion des absences	<ul style="list-style-type: none"> • Services de gestion des dossiers • Services de réadaptation • Coordination du retour au travail • Évaluation et traitement des troubles physiques, mentaux et fonctionnels • Services de réadaptation professionnelle
Définition d' <i>invalidité totale</i>	<p>Nous considérons le participant comme <i>totale</i> <i>invalidé</i> si une maladie l'empêche d'accomplir les tâches essentielles de sa profession habituelle – et pas seulement de son emploi habituel. Cela s'applique pendant le délai de carence et pendant les 24 mois suivant l'expiration de ce délai. Par la suite, nous considérons le participant comme totalement invalide s'il est incapable d'exercer quelque profession que ce soit qui convienne à la formation ou à l'expérience qu'il a ou qu'il pourrait 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>
Périodes successives d'invalidité totale	<p>Les périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une seule période d'invalidité. Cependant, cette règle ne s'applique pas si la deuxième absence est attribuable à une maladie ou à une blessure totalement différente. Le participant n'a pas à satisfaire 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"> • la première période d'invalidité totale dure au moins 30 jours sans interruption; • par la suite, il ne s'écoule aucun intervalle de plus de 30 jours entre les périodes d'invalidité totale; • chaque période d'invalidité totale est attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes; • 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; • 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.
Attestation d'invalidité	<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"> • 60 jours après le début de l'invalidité totale • 30 jours après la résiliation de la garantie Invalidité de longue durée <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>

Déductions uniformes	Nous réduisons les prestations d'invalidité de longue durée du montant des revenus, des prestations et des paiements prévus par les régimes suivants : RRQ/RPC (remarque : les prestations pour personnes à charge prévues par le RRQ/RPC ne sont pas comprises dans les déductions); autres régimes de l'État ou loi sur les accidents du travail pour la même invalidité ou toute invalidité ultérieure; régime d'assurance automobile, dans la mesure où cette déduction n'est pas interdite par la loi; régimes collectifs, notamment les régimes d'association et les régimes de retraite; régime québécois d'assurance parentale.
Maximum applicable aux revenus de toutes sources (déductions conditionnelles)	Nous réduisons davantage les prestations d'invalidité de longue durée 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 la loi sur les accidents du travail (sauf les augmentations automatiques liées à l'indice du coût de la vie apportées à ces prestations après le début de l'indemnisation); prestations prévues par la loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels. Remarque : Les prestations pour personnes à charge prévues par le RRQ/RPC ne sont pas prises en compte dans le calcul du «maximum applicable aux revenus de toutes sources».
Maladies préexistantes (si cela s'applique au régime)	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 : <ul style="list-style-type: none"> • le participant est couvert par la garantie Invalidité de longue durée du promoteur depuis au moins 13 semaines, période où il est demeuré effectivement au travail. Les jours d'absence ne sont pas pris en compte s'ils ne dépassent pas trois. De plus, le participant n'a pas été traité pour cette maladie par un médecin ni par toute personne agissant sous la direction du médecin; • ou si l'invalidité totale du participant commence plus de 12 mois après la prise d'effet de sa couverture. 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. Toutefois, si le participant revient d'un congé de maladie non payé dans les six mois suivant la date de cessation de sa couverture Invalidité, nous utiliserons la date de prise d'effet de la couverture initiale lorsque nous appliquerons la clause relative aux maladies préexistantes des contrats standards.
Subrogation	Réclamation à un tiers
Congé de maternité ou congé parental	Le congé de maternité 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 avant. 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 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>	<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"> • 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). • Le programme IP est pris en compte lorsque le participant reprend l'exercice de sa profession habituelle selon un horaire de travail réduit. • La participation à ce programme est limitée à la période relative à la profession habituelle.
<p>Programme de réadaptation</p>	<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 si 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>
<p>Conditions</p>	<p>Aucune prestation n'est payable par la Sun Life pour toute période :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pendant laquelle le participant ne reçoit pas le traitement approprié • 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 • 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 verser des prestations au cours de cette période • pendant laquelle le participant purge une peine de prison ou est incarcéré dans un établissement analogue • pendant laquelle le participant exerce une activité rétribuée ou lucrative à moins que la Sun Life n'accepte de verser des prestations • 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 <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"> • acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire • blessure intentionnellement provoquée par le participant • participation à la perpétration d'un acte criminel

Autres garanties

Compte Soins de santé

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 médicaux, hospitaliers et dentaires qui sont admissibles aux termes de la <i>Loi de l'impôt sur le revenu</i> (Canada) et qui ne sont pas remboursés, ou pas remboursés en totalité, par le régime collectif du participant, le régime de son conjoint ou tout régime d'État.
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

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 (mettant la vie en danger)	✓	✓	✓
Insuffisance rénale		✓	✓
Chirurgie coronarienne		✓	✓
Transplantation d'un organe vital		✓	✓
Sclérose en plaques		✓	✓
Paralysie		✓	✓
Cécité		✓	✓
Surdité		✓	✓
Perte d'autonomie		✓	✓
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			✓
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer			✓
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques			✓
Infection professionnelle par le VIH			✓
Maladie du motoneurone			✓
Méningite bactérienne			✓
Anémie aplasique			✓
Perte de membres			✓
Remplacement ou réparation valvulaire			✓

Affections touchant les enfants	<p>Vos enfants sont couverts pour les affections incluses dans la formule que vous choisissez et pour les 6 affections de l'enfance suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paralysie cérébrale • Cardiopathie congénitale • Fibrose kystique • Syndrome de Down • Dystrophie musculaire • Diabète sucré de type 1
---------------------------------	---

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 à ce dernier.

Régime d'assurance-maladie des salariés impatriés

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.

Hospitalisation (dans la province du domicile)	<p>Hospitalisation et services reçus à titre de malade externe dans un hôpital de la province du domicile de la personne couverte ou dans une autre province, et services médicaux reçus en cas d'urgence dans un hôpital situé à l'extérieur du Canada. Cette couverture se limite au 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 la province de résidence de la personne couverte.</p> <p>Un hôpital est 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 aux interventions chirurgicales majeures. L'établissement doit assurer des soins infirmiers 24 heures sur 24. Nous ne considérons pas comme un hôpital les établissements suivants : établissements de soins prolongés, maisons de repos, établissements de soins pour personnes âgées ou malades chroniques, sanatoriums, sanatoriums de convalescence, hôpitaux de convalescence, établissements destinés au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, de même que les lits réservés à ces fins dans un hôpital.</p>
Soins infirmiers à domicile	<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; et approuvés par la Sun Life au préalable. Les soins infirmiers doivent être donnés au domicile principal de la personne couverte.</p>
Services paramédicaux	<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"> • physiothérapeutes, orthophonistes, psychologues, ostéopathes, chiropraticiens, podiatres et chiropodistes

<p>Autres services et appareils médicaux</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"> • Plâtres, attelles, bandages herniaires, orthèses et béquilles. • Membres ou yeux artificiels. Sont exclus les appareils myoélectriques. • 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. • 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. • Appareils de correction auditive.
<p>Services et articles NON couverts</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Services qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie de la province de résidence du participant. • Frais et produits qui sont couverts par un régime provincial d'assurance médicaments. • Produits et services à l'égard desquels des indemnités sont payables aux termes d'un régime d'État ou d'un régime d'assurance-maladie collectif. • Services nécessaires pour une transplantation d'organe à titre de donneur ou de receveur. • Frais découlant de blessures subies par suite de troubles civils ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non. • Frais engagés hors de la province pour un traitement médical non urgent ou une intervention chirurgicale non urgente. • Frais découlant de blessures subies pendant la pratique d'activités sportives à haut risque. • Services fournis après la date de cessation de la couverture.

À propos de la Sun Life

La Sun Life, qui compte parmi les chefs de file du domaine des garanties collectives, sert plus d'un Canadien sur six dans plus de 16 000 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 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.



Le service à la clientèle est au centre de tout ce que nous faisons. Une promesse brillante des Garanties collectives de la 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 Sun Life pour en savoir plus sur le régime de garanties qui conviendrait le mieux à vos besoins.

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 Sun Life.

Les garanties collectives sont offertes par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Sun Life. CA1128-F-04-25 ds-jf

