

VOS **garanties**  
collectives

**Rolls-Royce Canada Limitée**

**Retraités**  
**Divisions 901, 902, 913 et 923**

**Contrat numéro 50941 Partie B**  
**À effet du 1<sup>er</sup> septembre 2022**



## Table des matières

<b>Avis de Rolls Royce</b> .....	<b>1</b>
<b>Conditions générales</b> .....	<b>2</b>
Votre brochure .....	2
Conditions d'admission.....	2
Personne à charge.....	2
Adhésion .....	3
Prise d'effet de la couverture .....	3
Modification de la couverture .....	4
Tenue à jour de votre dossier .....	4
Accès à vos dossiers.....	4
Cessation de la couverture.....	5
Prolongation de la couverture des personnes à charge à votre décès .....	5
Remplacement de la couverture .....	6
Demande de règlement.....	6
Actions en justice .....	6
Coordination des prestations .....	7
Examen médical .....	9
Droit de recouvrement.....	9
Définitions.....	9
<b>Frais médicaux (Complément d'assurance-maladie)</b> .....	<b>10</b>
Description générale de la garantie .....	10
Franchise .....	10
Prestation viagère maximale .....	11
Frais hospitaliers engagés dans votre province .....	14
Frais engagés hors de votre province .....	16
Services et articles médicaux .....	20
Services paramédicaux.....	22
Prestations après la cessation de la couverture.....	23
Exclusions .....	23
Intégration du régime avec les programmes de l'État.....	24
Désengagement gouvernemental.....	25
Demande de règlement.....	25
<b>Assurance-vie</b> .....	<b>26</b>
Description générale de la garantie .....	26
Votre assurance-vie.....	26

---

Bénéficiaire .....	26
Transformation de l'assurance-vie collective .....	27
Demande de règlement.....	27

---

## **Avis de Rolls Royce**

Rolls Royce se réserve le droit de modifier ou d'annuler en tout temps le régime d'assurance collective à la retraite et de modifier le partage de coûts du programme, moyennant un préavis écrit de 30 jours.

## Conditions générales

**Votre brochure**

Cette brochure contient des renseignements importants pour vous. Elle décrit les garanties prévues par le contrat collectif que nous, la Sun Life du Canada, avons établi au nom de Rolls-Royce Canada.

Si vous avez besoin de précisions sur la présente brochure ou sur vos garanties collectives, veuillez vous adresser à la Sun Life.

**Conditions d'admission**

Pour être admissible aux garanties collectives, vous devez résider au Canada et remplir les conditions suivantes :

- être embauché avant le 1<sup>er</sup> mars 2020.
- être âgé d'au moins 55 ans, compter au moins 10 années de service auprès de Rolls-Royce Canada et être à la retraite,
- avoir été couvert par le régime, le jour précédant immédiatement votre départ à la retraite.

Le régime ne prévoit aucune période probatoire.

La personne à votre charge est admissible au régime à la date à laquelle vous y êtes admissible ou à la date à laquelle elle répond à la définition de personne à charge, si cette date est postérieure. Les personnes à votre charge ne sont admissibles au régime que si vous demandez à y adhérer vous-même.

**Personne à charge**

Par *personne à charge*, on entend votre conjoint ou votre enfant, qui réside au Canada.

Par *conjoint*, on entend votre conjoint en vertu d'un mariage ou de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou la personne de sexe opposé ou de même sexe qui est publiquement présentée comme étant votre conjoint et avec qui vous cohabitez depuis au moins 1 an (ou moins si un enfant est né de votre union). À toute époque, le régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint.

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

L'enfant de moins de 26 ans qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et dont vous assurez entièrement le soutien sur le plan financier est également considéré comme un enfant.

L'enfant qui souffre d'un handicap avant l'âge limite demeure couvert après l'âge limite :

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

Dans les cas ci-dessus, vous devez informer la Sun Life dans les 31 jours suivant le jour où l'enfant atteint l'âge limite. Nous pouvons vous donner des précisions à ce sujet.

**Adhésion**

Vous devez adhérer au régime pour avoir droit à la couverture. À cette fin, vous devez transmettre à la Sun Life les renseignements nécessaires à votre admission dans les 31 jours qui suivent la date de votre départ à la retraite. Vous devez demander la couverture des personnes à votre charge pour qu'elles soient admises au régime.

**Prise d'effet de la couverture**

Votre couverture prend effet à la date à laquelle vous êtes admissible au régime.

La couverture des personnes à charge prend effet dès que vous bénéficiez de la couverture prévue pour vous-même et que vous avez une personne à votre charge admissible à la couverture.

Cependant, la personne à charge, autre qu'un nouveau-né, qui est hospitalisée n'est couverte qu'à compter du jour où elle ne l'est plus et où elle exerce effectivement ses activités habituelles.

Dès que vous bénéficiez de la couverture des personnes à charge, toute nouvelle personne à votre charge est couverte automatiquement, à condition d'informer la Sun Life.

Dans le cas où une garantie comporte des conditions supplémentaires, celles-ci sont indiquées dans la section appropriée de la présente brochure.

**Modification de la couverture**

Il peut se produire, à l'occasion, des événements qui entraînent des modifications de votre couverture.

Par exemple, Rolls-Royce Canada peut modifier le contrat collectif. Toute modification de votre couverture résultant d'un tel changement prend effet le jour même du changement.

L'exception suivante s'applique si le changement donne lieu à une augmentation de la couverture :

Si vous ou une personne à votre charge autre qu'un nouveau-né, êtes hospitalisés à la date du changement, la modification ne peut prendre effet que lorsque vous ou la personne à votre charge cessez d'être hospitalisés et exercez effectivement vos activités habituelles.

**Tenue à jour de votre dossier**

Pour toujours bénéficier de la protection appropriée, il est important que vous informiez la Sun Life :

- de tout changement de situation quant aux personnes à charge.
- de tout changement de nom.
- de tout changement de bénéficiaire.

**Accès à vos dossiers**

Dans le cas des garanties assurées, vous pouvez obtenir une copie des documents suivants :

- votre formulaire d'adhésion ou de demande d'assurance;
- toutes déclarations écrites ou tout autre document que vous avez fournis à la Sun Life à titre de preuve d'assurabilité et qui ne font pas partie intégrante de la demande de couverture.



Dans le cas des garanties assurées, moyennant un préavis raisonnable, vous pouvez également demander un exemplaire du contrat.

Le premier exemplaire est fourni sans frais, mais des frais peuvent être demandés pour des exemplaires additionnels.

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

- le site Web au [www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca);
- le Centre de service à la clientèle au numéro sans frais 1-866-881-0583.

**Cessation de la couverture**

La couverture dont vous bénéficiez à titre de retraité prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :

- vous ne satisfaites plus aux conditions d'admission.
- la période couverte par la dernière prime payée à la Sun Life en votre nom prend fin.
- le contrat collectif est résilié.

La couverture de la personne à charge prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :

- votre couverture prend fin.
- la personne à charge cesse de répondre à la définition de personne à charge.
- la période couverte par la dernière prime payée relativement à la couverture des personnes à charge prend fin.

Les conditions relatives à la cessation de la couverture peuvent varier d'une garantie à l'autre. Pour plus de précisions sur la cessation de la couverture prévue par une garantie particulière, veuillez vous reporter à la section appropriée de la présente brochure.

**Prolongation de la**

Si vous décédez en cours de couverture, la personne à votre charge

**couverture des personnes à charge à votre décès**

demeure couverte, sans qu'aucune prime ne soit exigible, jusqu'à ce que se réalise l'une des situations suivantes :

- pour les personnes résidant au Québec, dans le cas des médicaments figurant dans la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la période de 24 mois suivant votre décès prend fin.
- la personne à charge cesserait de répondre à la définition de personne à charge même si vous étiez toujours vivant.
- la garantie couvrant la personne à charge est résiliée.

**Remplacement de la couverture**

Le contrat collectif est interprété et géré conformément à toutes les lois régissant le maintien de l'assurance après la résiliation du contrat, ainsi que le remplacement de l'assurance collective.

La Sun Life n'est pas tenue de régler des prestations lorsque l'assureur ayant établi le contrat collectif précédent est responsable du paiement de prestations analogues.

**Demande de règlement**

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

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

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

Pour traiter une demande de règlement, la Sun Life peut exiger des dossiers ou rapports médicaux, une preuve de paiement, des factures détaillées et toute autre information qu'elle juge nécessaire. Les frais pour obtenir les attestations de sinistre sont à votre charge.

**Actions en justice**

Délai de prescription en Ontario :

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

Délai de prescription dans les autres provinces :

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

#### **Coordination des prestations**

Si vous ou les personnes à votre charge êtes couverts par la garantie Frais médicaux du présent régime et par la garantie Frais médicaux ou Frais dentaires d'un autre régime, nous appliquons le principe de la coordination des prestations conformément aux normes établies dans l'industrie de l'assurance. Ces normes déterminent le régime au titre duquel vous devez présenter la demande de règlement en premier.

Le régime qui ne contient pas de clause de coordination des prestations est considéré comme le premier payeur; par conséquent, ce régime versera des prestations avant tout régime comportant une clause de coordination des prestations.

Les régimes d'assurance-maladie prévoyant la couverture des frais dentaires engagés par suite d'un accident ont préséance sur les régimes Frais dentaires quant au règlement des prestations.

Les prestations provenant de l'ensemble des régimes ne peuvent dépasser les frais remboursables effectivement engagés.

Lorsque les deux régimes contiennent une clause de coordination des prestations, les demandes de règlement doivent être présentées dans l'ordre indiqué ci-dessous.

***Les demandes de règlement portant sur des frais engagés pour vous-même et pour votre conjoint doivent être présentées dans l'ordre suivant :***

- régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel. Si

la personne est couverte par deux régimes, l'ordre suivant prévaut :

- régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel actif à temps plein.
- régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel actif à temps partiel.
- régime qui couvre la personne à titre de retraité.
- régime qui couvre la personne à titre de personne à charge.

***Les demandes de règlement portant sur des frais engagés pour un enfant doivent être présentées dans l'ordre suivant :***

- régime qui couvre l'enfant à titre de membre du personnel.
- régime d'assurance maladie ou dentaire offert par l'entremise d'un établissement d'enseignement qui couvre l'enfant à titre d'étudiant.
- régime du parent (père ou mère) dont l'anniversaire arrive en premier (mois et jour) dans l'année civile. Ainsi, si votre anniversaire tombe le 1<sup>er</sup> mai et celui de votre conjoint, le 5 juin, la demande doit être présentée en premier au titre de votre régime.
- si les parents ont le même anniversaire de naissance, régime du parent dont la première lettre du prénom arrive en premier dans l'alphabet.

L'ordre ci-dessus s'applique dans tous les cas, sauf si les parents sont séparés ou divorcés et qu'ils ne se partagent pas la garde de l'enfant, auquel cas, l'ordre suivant prévaut :

- régime du parent qui a la garde de l'enfant.
- régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant.
- régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

- régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

Lorsque vous présentez une demande de règlement, vous êtes tenu de déclarer à la Sun Life toute couverture équivalente dont vous-même ou les personnes à votre charge bénéficiez.

La Sun Life peut vous aider à déterminer le régime au titre duquel vous devez présenter votre demande en premier.

**Examen médical**

Nous pouvons exiger que vous subissiez un examen médical lorsque vous présentez une demande de règlement. Si vous ne vous conformez pas à cette exigence, nous ne verserons pas de prestations. Les frais de ces examens sont à notre charge.

**Droit de recouvrement**

Nous pouvons recouvrer toute prestation versée en trop en prélevant la somme due sur d'autres prestations, ou par tout autre moyen légal.

**Définitions**

Vous trouverez ci-après la définition de certains termes utilisés dans la présente brochure. D'autres termes sont définis dans les sections portant sur les garanties.

***Accident***

Blessure causée uniquement et directement par l'action violente, soudaine et imprévue d'une cause extérieure.

***Maladie***

S'entend également d'une blessure, d'une affection ou d'une infirmité mentale. Toute intervention chirurgicale subie pour faire don d'un organe à une autre personne et qui entraîne une invalidité totale, est considérée comme une maladie.

***Médecin***

Médecin ou chirurgien autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il donne des soins médicaux.

## Frais médicaux (Complément d'assurance-maladie)

<b>Description générale de la garantie</b>	<p>Dans la présente section, le mot <i>vous</i> s'entend du retraité ou de toute personne à sa charge, couverts par la garantie Frais médicaux.</p> <p>La garantie Frais médicaux prévoit le remboursement de certains frais engagés pour des services et articles nécessaires au traitement d'une maladie. Toutefois, des conditions d'admissibilité supplémentaires s'appliquent dans le cas des médicaments (voir la section <i>Programme d'autorisation préalable</i> pour en savoir plus).</p> <p>Pour bénéficier de cette garantie, vous devez être couvert par un régime provincial d'assurance-maladie ou par un régime fédéral comportant des garanties analogues. Si vous quittez la province de votre domicile pour un délai allant au-delà de la période maximale permise par votre province de résidence (normalement 6 mois), veuillez vous assurer de réadhérer au régime provincial/fédéral comportant des garanties analogues afin de bénéficier de la garantie Frais médicaux.</p> <p>Les frais sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés. Les frais sont réputés engagés à la date à laquelle les soins sont donnés ou les articles sont loués ou achetés.</p> <p>L'année de référence de la garantie s'étend du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.</p>
<b>Franchise</b>	<p>La franchise est la part des frais engagés que vous devez payer.</p> <p>La franchise est fixée à 25 \$ par famille, par année de référence.</p> <p>Une fois la franchise payée, les frais engagés sont remboursés dans la proportion prévue par le régime.</p>

**Prestation viagère maximale**

Aux termes de la garantie Frais médicaux, pour l'ensemble des frais remboursables, la prestation maximale pouvant être versée après la retraite à chaque salarié retraité et à chaque personne à sa charge est de 50 000 \$.

Le premier jour de chaque année de référence, la personne couverte est automatiquement créditée des prestations payées qui n'ont pas déjà fait l'objet d'un crédit, jusqu'à concurrence de 1 000 \$.

**Médicaments sur ordonnance**

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

- médicaments nécessitant une ordonnance aux termes de la loi.
- médicaments essentiels à la survie qui pourraient ne pas nécessiter une ordonnance aux termes de la loi.
- médicaments et vitamines injectables.
- préparations composées, pour autant que le principal ingrédient actif soit admissible et qu'il possède un numéro DIN.
- articles pour diabétiques.
- auxiliaires antitabagiques nécessitant une ordonnance aux termes de la loi, à concurrence du maximum établi par le régime d'assurance-médicaments du Québec.
- médicaments pour le traitement de la stérilité, à concurrence de 2 400 \$ par personne sa vie durant.
- vaccins.
- stérilets et diaphragmes.
- articles devenus nécessaires à la suite d'une colostomie.
- injections sclérosantes pour le traitement des varices.

La garantie couvre 100% du coût des médicaments et articles ci-dessus, après déduction de la franchise.

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

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

- mélanges pour biberon (lait et substituts du lait), minéraux, protéines, vitamines et traitements au collagène.
- frais d'administration de sérums, de vaccins et d'injections.
- traitements de l'obésité, y compris les médicaments, les protéines et les suppléments alimentaires ou diététiques.
- stimulants de la pousse des cheveux.
- médicaments pour le traitement d'une dysfonction sexuelle.
- médicaments utilisés à des fins esthétiques.
- produits de santé naturels, qu'ils aient ou non un numéro de produit naturel (NPN).
- médicaments et traitements administrés dans un hôpital à une personne à titre de malade interne ou de malade externe, ou dans une clinique ou un centre de soins financés au moyen de fonds publics, y compris tout service ou article ayant trait à l'administration du médicament et du traitement.

En outre,

- dans le cas des personnes couvertes par le régime d'assurance-médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), **aucune prestation n'est versée relativement aux médicaments payables en totalité ou en partie** par la RAMQ.



- aucune prestation n'est versée relativement aux frais de médicaments, y compris les frais d'exécution d'ordonnance, que les personnes de 65 ans et plus sont tenues de payer au titre du Programme de médicaments de l'Ontario.

*Limitation au prix du médicament équivalent*

Les frais venant en excédent du prix du médicament équivalent le moins coûteux ne sont pas couverts, à moins que la Sun Life n'en ait expressément approuvé le remboursement. Afin de déterminer si l'utilisation d'un médicament plus coûteux constitue une nécessité médicale, la Sun Life exige qu'une demande d'exception dûment remplie par votre médecin et par vous-même lui soit fournie.

*Programme d'autorisation préalable*

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

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

Vous pourriez avoir droit au remboursement de ces médicaments si les renseignements que vous et votre médecin avez fournis satisfont aux critères cliniques que nous avons établis en fonction de facteurs comme :

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

- votre réponse au traitement médicamenteux privilégié.

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

Les formulaires d'autorisation préalable sont accessibles auprès des sources suivantes :

- notre site Web à l'adresse [www.masunlife.ca/autorisationprealable](http://www.masunlife.ca/autorisationprealable)
- notre Centre de service à la clientèle en appelant sans frais au 1-866-881-0583

***Régime d'assurance-médicaments du Québec***

Pour les retraités résidant au Québec, toute condition du présent régime qui n'est pas conforme aux exigences du régime d'assurance-médicaments du Québec est automatiquement modifiée pour satisfaire à ces exigences.

***Personnes de 65 ans ou plus***

Lorsqu'une personne de 65 ans ou plus est admissible à un régime provincial d'assurance-médicaments, la Sun Life présume que la personne y participe. Cependant, si le salarié atteint l'âge de 65 ans en premier, la Sun Life présume que ses personnes à charge participent également au régime provincial d'assurance-médicaments. Aucune prestation n'est versée relativement aux médicaments payables en totalité ou en partie par votre régime provincial d'assurance-médicaments.

Veillez vous adresser à la Sun Life si vous avez besoin de précisions.

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

Nous remboursons certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé autorisés de la même façon que si les médicaments étaient prescrits par un médecin ou un dentiste si les lois provinciales en cause leur permettent de prescrire ces médicaments.

**Frais hospitaliers engagés dans votre province**

Nous couvrons, dans une proportion de 100%, les frais qui ont été engagés pour des soins hospitaliers reçus dans la province de votre domicile. Aucune franchise ne s'applique aux frais hospitaliers.

Nous couvrons, à concurrence de 120 jours pour le traitement d'une maladie attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes :

- les services reçus à l'hôpital à titre de malade externe, à l'exception de tout service expressément exclu au titre de la présente garantie.
- la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre semi-particulière.
- la différence entre le tarif chambre semi-particulière et celui d'une chambre particulière, jusqu'à concurrence de 15 \$ par jour.

En outre, nous couvrons les frais engagés pour une hospitalisation dans un hôpital de convalescence, prescrite par le médecin, à condition :

- que l'entrée à l'hôpital de convalescence soit précédée d'une hospitalisation d'au moins 3 jours consécutifs dans un hôpital,
- qu'elle ait lieu dans les 14 jours de la sortie de l'hôpital,
- et qu'elle ait principalement pour objet la réadaptation et non la surveillance du malade.

La prestation maximale payable pour le traitement d'une maladie attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes correspond à la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre semi-particulière, pour une période limitée à 180 jours.

Pour les besoins du régime, on entend par *hôpital de convalescence* un établissement autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées qui sont en convalescence par suite d'une blessure ou d'une maladie, et qui doit assurer des soins infirmiers et médicaux 24 heures sur 24. L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour vieillards ou malades chroniques, un sanatorium ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, n'est pas considéré comme un hôpital de convalescence.

Un *hôpital* est un établissement autorisé à donner des soins et des traitements aux blessés et aux malades, principalement durant la phase aiguë de la maladie. Il doit être doté d'installations servant au diagnostic et à la chirurgie majeure. L'établissement doit assurer des

soins infirmiers 24 heures sur 24. L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour vieillards ou malades chroniques, un sanatorium, un hôpital de convalescence ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, de même que les lits réservés à ces fins dans un hôpital ne sont pas considérés comme un hôpital.

**Frais engagés hors de votre province**

Nous couvrons les services reçus en cas d'urgence hors de la province de votre domicile. Nous couvrons également les services reçus à la recommandation du médecin.

Dans le cas des services reçus en cas d'urgence et à la recommandation du médecin, nous couvrons ce qui suit :

- hospitalisation dans une chambre semi-particulière.
- autres services hospitaliers reçus hors du Canada seulement.
- soins reçus à l'hôpital à titre de malade externe.
- soins du médecin.

Les frais reliés à tous les autres services et articles admissibles au titre du présent régime sont également couverts lorsqu'ils sont engagés hors de la province de votre domicile, sous réserve du pourcentage de remboursement et de toutes les conditions applicables à ces frais.

***Services reçus en cas d'urgence***

Nous réglons 100% des frais venant en excédent de la franchise qui sont engagés pour les services admissibles reçus en cas d'urgence.

Nous ne couvrons que les services reçus en cas d'urgence dans les 60 jours suivant votre départ de la province de votre domicile. Si vous êtes admis à l'hôpital au cours de cette période, les services que vous recevez à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à votre sortie de l'hôpital.

Le terme *services reçus en cas d'urgence* s'entend des services et des articles médicaux raisonnables, y compris les consultations, traitements, actes médicaux ou interventions chirurgicales, qui sont nécessaires en raison d'une urgence. Dans le cas des personnes

souffrant d'une affection chronique, les services reçus en cas d'urgence ne comprennent pas les soins donnés dans le cadre d'un programme de traitement établi qui était déjà en place avant leur départ de la province de leur domicile.

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

Lorsque survient une urgence, vous ou une autre personne devez communiquer avec AZGA Service Canada Inc. (*Allianz Global Assistance*), le fournisseur du Programme Voyage Assistance de la Sun Life. Tous les procédés invasifs et les procédés d'investigation (y compris toute intervention chirurgicale, angiographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographie par émission de positons (TEP), tomodensitométrie) doivent être autorisés au préalable par Allianz Global Assistance, sauf dans des circonstances extrêmes où une intervention chirurgicale doit être effectuée d'urgence immédiatement après l'admission à l'hôpital.

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

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

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

Après avoir consulté le médecin traitant, Allianz Global Assistance peut déterminer qu'il est nécessaire d'assurer votre transport, sous surveillance médicale, vers un autre hôpital ou centre de soins, ou votre retour à la maison. Dans ce cas, l'organisme prend les dispositions nécessaires et garantit le paiement des frais de transport et, au besoin, verse une avance à cette fin.

La Sun Life ou Allianz Global Assistance décide, en se basant sur les renseignements médicaux disponibles, de la nécessité de vous transporter hors du lieu où vous vous trouvez, du mode de transport et du moment de votre transport, du choix de la destination finale, ainsi que de l'équipement, du matériel et du personnel médicaux. Sa décision est sans appel.

Vous n'avez pas à présenter en premier les demandes de règlement pour les honoraires des médecins et les frais hospitaliers à la régie de l'assurance-maladie de votre province. Vous serez remboursé plus rapidement en ne le faisant pas. La Sun Life et Allianz Global Assistance assurent la coordination des prestations avec la plupart des régies provinciales d'assurance-maladie et avec tous les assureurs, et vous envoient un chèque couvrant les frais remboursables. Allianz Global Assistance vous demandera de signer une formule l'autorisant à agir en votre nom.

Nous appliquons le principe de la coordination des prestations conformément aux directives adoptées par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, lorsque vous êtes couvert par le présent régime et par d'autres régimes. La société émettrice du régime au titre duquel vous présentez une demande de règlement en premier est responsable de la gestion et de l'évaluation de la demande. Elle a le droit d'exiger de toute société émettrice d'un autre régime le remboursement des frais venant en excédent de la part qui lui incombe.

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

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

- services médicaux qui ne sont pas requis immédiatement ou qui pourraient raisonnablement être reportés jusqu'à votre retour dans la province de votre domicile, à moins que votre état de santé soit

tel que vous ne pouvez pas raisonnablement retourner dans cette province avant d'avoir reçu ces services.

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

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

Les *services reçus à la recommandation du médecin* doivent être donnés pour le traitement d'une maladie et prescrits par un médecin exerçant dans la province de votre domicile. Nous réglons 100% des frais venant en excédent de la franchise qui sont engagés pour ces services. La Régie de l'assurance-maladie de votre province doit avoir accepté par écrit de verser des prestations relativement à ces services.

Les services donnés à la recommandation du médecin doivent être :

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

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

**Services et articles médicaux**

Nous couvrons 100% des frais venant en excédent de la franchise qui sont engagés pour les services médicaux ci-dessous prescrits par le médecin (les services de dentistes n'ont pas à être prescrits par le médecin).

- soins d'infirmières exerçant à titre privé, donnés hors de l'hôpital et nécessaires pour des raisons d'ordre médical. Les services donnés doivent consister en soins infirmiers; ils ne doivent pas avoir pour objet la surveillance du malade. Par *infirmières exerçant à titre privé*, on entend des infirmières ou infirmiers et infirmières ou infirmiers auxiliaires, qui sont autorisés à exercer leur profession dans la province de votre domicile et qui ne résident pas normalement avec vous. Les services d'infirmières autorisées ne sont couverts que s'ils ne peuvent pas être donnés par des infirmières auxiliaires. La prestation maximale payable est de 10 000 \$ par personne par année de référence.
- transport dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est nécessaire pour des raisons d'ordre médical.
- en cas d'urgence, transport aérien par service ambulancier autorisé, à destination de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est nécessaire pour des raisons d'ordre médical.
- les services diagnostiques suivants, reçus hors de l'hôpital, sauf si le régime provincial de la personne couverte interdit le remboursement de ces frais :
  - analyses de laboratoire, sous réserve d'un maximum de 1 250 \$ par personne par année de référence.
- échographies, radiographies, électrocardiogrammes, mammographies, thermographies, IRM (imagerie par résonance magnétique) et tomographies, sous réserve d'un maximum global de 1 000 \$ par personne par année de référence.



- traitement des dents naturelles endommagées dans un accident survenu en cours de couverture, y compris les frais d'attelles et d'arcs dentaires. Les soins doivent être donnés dans les 12 mois de l'accident. Les frais couverts sont limités aux honoraires prévus dans le tarif publié à l'intention des dentistes généralistes par l'association des chirurgiens-dentistes de la province du domicile du retraité. Le tarif utilisé est celui qui est en vigueur à la date du traitement.
- perruques nécessaires à la suite d'une chimiothérapie. La prestation maximale pouvant être versée à chaque personne sa vie durant est de 200 \$. Les perruques ne nécessitent pas l'ordonnance du médecin.
- location ou, à notre demande, achat d'appareils nécessaires pour des raisons d'ordre médical qui répondent à vos besoins médicaux fondamentaux. S'il y a plus d'un appareil qui répond à vos besoins médicaux fondamentaux, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil le moins cher. Dans le cas des frais engagés pour un fauteuil roulant, la couverture est limitée à l'utilisation d'un fauteuil roulant non motorisé, sauf si l'état de santé de la personne justifie l'utilisation d'un fauteuil roulant motorisé.
- plâtres, attelles, bandages herniaires, orthèses et béquilles.
- prothèses mammaires nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale; la garantie couvre au maximum une prothèse et deux soutiens-gorge post-opératoires par personne par année de référence.
- membres ou yeux artificiels, y compris les appareils myoélectriques (et leur réparation), à concurrence de 10 000 \$ par prothèse. Les frais de réparation **ne sont pas** inclus dans ce maximum.
- couvre-moignons.
- bas à varices, y compris les bas à compression régressive, sous réserve d'un maximum de 20 paires par personne par année de référence.

- orthèses de pied faites sur mesure, sur l'ordonnance du médecin ou du podiatre, y compris les frais de radiographies et les honoraires du médecin en ce qui a trait aux orthèses.
- appareils de correction auditive sur l'ordonnance d'un oto-rhino-laryngologiste, à concurrence de 350 \$ par personne par période de 60 mois.
- implants intra-oculaires, lentilles cornéennes ou la première paire de lunettes nécessaire à la suite d'une opération de la cataracte, sur l'ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste autorisé, à concurrence de 200 \$ par intervention chirurgicale.
- radiothérapie ou traitements de troubles de la coagulation du sang.
- administration d'oxygène, transfusions de plasma et transfusions sanguines.
- glucomètres sur l'ordonnance d'un diabétologue ou d'un interniste; la garantie couvre au maximum un appareil par personne par période de 4 années de référence.
- systèmes de surveillance du glucose en continu (systèmes de SGC) – récepteurs, transmetteurs ou capteurs – pour les personnes qui ont reçu un diagnostic de diabète de type 1, sous réserve d'un maximum global de 4 000 \$ par personne par année de référence. Vous devez nous fournir une note du médecin confirmant le diagnostic.

**Services paramédicaux**

Nous couvrons 100% des frais venant en excédent de la franchise, qui sont engagés pour les services ci-dessous, à concurrence des prestations maximales indiquées pour chaque catégorie de spécialistes paramédicaux :

- services de chiropraticiens autorisés, à concurrence de 400 \$ par personne par année de référence et sous réserve d'un maximum de 25 \$ par visite. Nous remboursons également les examens radiologiques, à concurrence de 25 \$ par année de référence.

- services d'ostéopathes autorisés ou de praticiens en ostéopathie, à concurrence de 180 \$ par personne par année de référence. Nous remboursons également les examens radiologiques, à concurrence de 25 \$ par année de référence.
- services de psychologues autorisés, à concurrence de 50 \$ par visites et sous réserve d'un maximum de 500 \$ par personne par année de référence.
- services de physiothérapeutes ou de technologues en physiothérapie autorisés, ou de technologues en physiothérapie qui ont la qualité de membre actif de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec ou d'une autre association provinciale reconnue par la Sun Life à concurrence de 2 000 \$ par personne par année de référence. Cependant, une fois que la prestation maximale par année de référence est atteinte, la personne est admissible à un montant supplémentaire de 3 000 \$ pour cette année de référence si des traitements supplémentaires sont prescrits par un médecin.

**Prestations après la cessation de la couverture**

En cas de résiliation de la garantie Frais médicaux, le traitement des dents naturelles endommagées dans un accident demeure couvert, pourvu que l'accident soit survenu en cours de couverture, et que les soins soient donnés dans les 6 mois de l'accident.

**Exclusions**

**Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit :**

- services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainés par l'État, sous réserve des dispositions énoncées ci-dessous sous la rubrique *Intégration du régime avec les programmes de l'État*.
- excédent sur les frais raisonnables habituellement exigés dans la région où les services ou articles sont donnés.
- matériel que la Sun Life exclut de sa garantie (exemples : matelas orthopédiques, appareils d'exercice physique, climatiseurs et purificateurs d'air, baignoires d'hydromassage, humidificateurs et équipement nécessaire au traitement des dépressions hivernales).

- services ou articles qui ne sont pas habituellement fournis pour le traitement d'une maladie, y compris les traitements expérimentaux.
- services ou articles qui ne sont pas approuvés par Santé Canada ou par un autre organisme de réglementation gouvernemental pour le grand public.
- services ou articles qui ne sont pas généralement reconnus par le corps médical canadien comme efficaces, appropriés et requis pour traiter une maladie d'après les normes médicales canadiennes.
- services ou articles qui ne sont pas des frais médicaux admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).
- services d'ophtalmologistes ou d'optométristes autorisés.
- services ou articles pour lesquels il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture.

**Nous ne versons pas de prestations lorsque la demande de règlement se rapporte à une maladie attribuable à l'une des causes suivantes :**

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- exercice d'une activité rémunérée pour le compte d'une autre personne que l'employeur qui offre le présent régime.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

**Intégration du régime avec les programmes de l'État**

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

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

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

**Désengagement  
gouvernemental**

La couverture Frais médicaux est offerte conjointement avec les régimes ou programmes parrainés par l'État, et elle repose sur l'hypothèse que la couverture des services ou des articles que prévoit actuellement ces régimes ou programmes ne sera pas réduite ou supprimée. Si la couverture d'un service ou d'un article en vertu de tout régime ou programme parrainés par l'État est réduite ou supprimée, les frais qui cessent d'être couverts ne seront pas automatiquement couverts par le présent régime.

**Demande de  
règlement**

Pour présenter une demande de règlement, veuillez remplir le formulaire de demande de règlement que vous pouvez vous procurer auprès de la Sun Life.

Pour que des prestations puissent être versées, la demande de règlement doit nous parvenir dans les 90 jours qui suivent :

- la fin de l'année de référence au cours de laquelle vous engagez les frais,
- ou la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais médicaux, si cette date est antérieure.

## Assurance-vie

**Description générale de la garantie** L'assurance-vie prévoit le versement d'un capital à votre bénéficiaire si vous décédez en cours de couverture.

### Votre assurance-vie

*Capital* Le capital de votre assurance-vie est de 7 500 \$.

**Bénéficiaire** Si vous décédez en cours de couverture, la Sun Life règle en totalité le capital de votre assurance au dernier bénéficiaire que vous avez désigné et qui est inscrit dans ses dossiers.

À défaut de bénéficiaire désigné, le capital de l'assurance est versé à vos ayants droit. Vous pouvez désigner comme bénéficiaire la personne de votre choix. Vous pouvez changer le bénéficiaire à tout moment, à moins que la loi ne l'interdise ou que vous n'indiquiez dans la désignation que le bénéficiaire ne peut être changé.

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

**Transformation de l'assurance-vie collective**

En cas de cessation ou de réduction de la couverture prévue par votre assurance-vie pour toute autre raison qu'à votre demande expresse, vous pouvez demander la transformation de l'assurance-vie collective qui a pris fin en assurance-vie individuelle, sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé.

La demande doit être présentée dans les 31 jours qui suivent la réduction ou la cessation.

En vertu du contrat collectif, la transformation de l'assurance-vie est assujettie à certaines conditions et à un maximum. Veuillez vous adresser à la Sun Life pour plus de précisions.

**Demande de règlement**

La demande de règlement doit être présentée le plus tôt possible après le décès. Il est possible de se procurer les formulaires de demande de règlement auprès de la Sun Life.

## **Protection des renseignements personnels**

Pour le groupe Financière Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins de conformité et d'exigences réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le [www.sunlife.ca/confidentialite](http://www.sunlife.ca/confidentialite).

### **À votre choix**

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



