

your group benefits

Contract Number: 102194

Effective: July 1, 2022

Issued: June 23, 2022



Canada Workday ULC

All regular employees



Table of Contents

How to Connect with Sun Life Financial	3
Benefit Summary	5
Making Claims	8
General Information	10
Extended Health Care	14
Emergency Travel Assistance	24
Dental Care	28
Health Spending Account	32

How to Connect with Sun Life Financial



Questions?

We're here to help. Talk to a Sun Life Financial Customer Care representative for assistance with your coverage by calling toll-free at 1-866-896-6976.

For faster service, have your **group contract number** and **member ID** ready to enter into our automated telephone system.

Plan Member Services

Download the my Sun Life Mobile App!

- Free from the Apple App Store or Google Play, anytime
- Fast and easy access, wherever you go, to your benefit information
- View and/or submit mobile claims instantly, depending on your plan

Don't have a smartphone? Visit www.mysunlife.ca to obtain the following services:

- benefit information about coverage, claim status, and easy access to claim forms and/or e-claims, depending on your plan
- chat live with an agent
- send a secure email message to the Sun Life Financial Customer Care Centre
- contact information

Access to mysunlife website

The first time you access your group benefits online, you will need to register to get your personal access ID and password. To register you will need your group contract number and member ID.

Prior Authorization Program

For the form:

- visit our website at www.mysunlife.ca/priorauthorization
- call a Sun Life Financial Customer Care representative toll-free at 1-866-896-6976

For the list of drugs:

- visit our website at www.mysunlife.ca/priorauthorization

Your Drug Card

Provided by your employer or online at www.mysunlife.ca.

Note: If you have refused Extended Health Care coverage under this plan, this drug card does not apply to you.

Your Travel Card

Provided by your employer or online at www.mysunlife.ca.

Note: If you have refused Extended Health Care coverage under this plan, this travel card does not apply to you.

Need to contact Allianz Global Assistance?

In the USA and Canada, call: 1-800-511-4610.

All other inquiries

Call 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433).

Benefit Summary



Contract Number 102194

This is a summary of the coverage your plan provides. You should read it together with the information in the rest of this booklet. Please see the related sections of this booklet for more information, including exclusions, limitations and other conditions that apply to your plan.

General Information

We, our and us	Throughout this booklet, <i>we</i> , <i>our</i> and <i>us</i> mean Sun Life Assurance Company of Canada
Waiting period	None
Termination	Termination of coverage may vary from benefit to benefit as indicated in this Benefit Summary. Coverage may also end on an earlier date, as specified in the <i>General Information</i> section of this booklet.

Extended Health Care

Benefit year	January 1 to December 31
Deductible	None
Reimbursement level	<p><i>Drug card plan</i> Included</p> <p><i>Prescription drugs</i> 100%</p> <p>Drugs covered under this plan must have a Drug Identification Number (DIN) and be approved under <i>Drug evaluation</i></p> <p>We will cover the following drugs and supplies that are prescribed by a doctor or dentist and are obtained from a pharmacist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • drugs that legally require a prescription • life-sustaining drugs that may not legally require a prescription • injectable drugs and vitamins • compounded preparations, provided that the principal active ingredient is an eligible expense and has a DIN • diabetic supplies • vaccines • intrauterine devices (IUDs) and diaphragms • drugs for the treatment of infertility, up to a lifetime maximum of \$5,000 per person • varicose vein injections • anti-obesity drugs, up to a maximum of \$500 per person per benefit year <p>There are drugs and treatments that are not covered, even when prescribed. Please refer to the Extended Health Care section of this booklet for details.</p>

<i>Other health professionals allowed to prescribe drugs</i>	We reimburse certain drugs prescribed by other qualified health professionals the same way as if the drugs were prescribed by a doctor or a dentist if the applicable provincial legislation permits them to prescribe those drugs.
<i>Drug substitution limit</i>	We will not cover charges above the lowest priced equivalent drug unless we specifically approve them. To assess the medical necessity of a higher priced drug, we will require the covered person and the attending doctor to complete and submit an exception form.
<i>Québec drug insurance plan</i>	Any conditions under this plan that do not meet the requirements under the Québec drug insurance plan are automatically adjusted to meet those requirements
<i>In-province hospital</i>	100% of the difference between the cost of a ward and a semi-private room
<i>Convalescent hospital</i>	100% up to \$20 per day for a maximum of 180 days for treatment of an illness due to the same or related causes
<i>Out-of-province emergency services</i>	100% Emergency Travel Assistance included Time limit – 60 days after the date the person leaves the province where the person lives Lifetime maximum of \$3,000,000 per person for out-of-Canada services
<i>Out-of-province referred services</i>	80%
<i>Medical services and equipment</i>	100%
<i>Gender affirmation procedures</i>	100%, up to a maximum of \$10,000 per person per benefit year but no more than \$40,000 in a person's lifetime
<i>Paramedical services</i>	100% up to a maximum of \$500 per person per benefit year per specialty for the qualified paramedical practitioners listed below: <ul style="list-style-type: none"> • massage therapists • speech therapists • physiotherapists • naturopaths • acupuncturists • occupational therapists • osteopaths or osteopathic practitioners, including a maximum of one x-ray examination each benefit year • chiropractors, including a maximum of one x-ray examination each benefit year • podiatrists or chiropodists, including a maximum of one x-ray examination each benefit year. A separate maximum of \$200 per person per benefit year applies to surgery
<i>Other paramedical services</i>	100% up to a maximum of \$1,500 per person per benefit year for psychologists, social workers or clinical counsellors 100% for visual therapy up to a maximum of \$500 per person per benefit year
<i>Vision care</i>	100% up to a maximum of \$200 per person in any 24 month period
Lumino Health Virtual Care services	Included

Termination	When you retire or reach age 70, whichever is earlier
--------------------	---

Dental Care

Benefit year	January 1 to December 31
Deductible	None
Fee guide	<p>The current fee guide in the province where the employee lives, regardless of where the treatment is received</p> <p>If services are provided by a board qualified specialist in endodontics, prosthodontics, oral surgery, periodontics, paedodontics or orthodontics whose dental practice is limited to that specialty, then the fee guide approved by the provincial Dental Association for that specialist will be used</p>
Reimbursement level	
<i>Preventive procedures</i>	100%
<i>Basic procedures</i>	100%
<i>Major procedures</i>	50%
<i>Orthodontic procedures</i>	50%, only for children under age 19
Maximum benefit	
<i>Benefit year maximum</i>	<p>\$2,000 per person</p> <p>A separate lifetime maximum (below) applies to Orthodontic expenses</p>
<i>Lifetime maximum</i>	Orthodontic procedures – \$2,000 per person
Termination	When you retire or reach age 70, whichever is earlier

Health Spending Account Contract no 102194

Benefit year	January 1 to December 31
Credits	<p>Employees without dependents – \$300 at the beginning of each benefit year</p> <p>Employees with dependents – \$500 at the beginning of each benefit year</p>
Prorating	If your coverage starts after the benefit year begins, your credits are adjusted based on the number of months remaining in that benefit year
Eligible expenses	Expenses that are considered eligible medical, hospital and dental expenses under the Income Tax Act (Canada) and are not paid, or not paid in full, under your group plan, your spouse's plan or any government-sponsored plan
Termination	When you retire or reach age 70, whichever is earlier

Making Claims



There are time limits for making claims. You can find more on these time limits in the following chart. **If you fail to meet these time limits, you may not be entitled to some or all benefit payments.**

To assess a claim, we may ask you to send us the following documents:

- medical records or reports
- proof of payment
- itemized bills
- prescriptions
- other information we need.

Proof of claim is at your expense.

Instructions and Time Limits for Sending Us Your Claims

Use this handy reminder to help you meet the time limits for sending in your claim.

Type of claim	Starting the claims process	Limits and special instructions
Extended Health Care	<p>Ask your employer for the form to complete, or get the form on our website.</p> <p>You can also submit claims for some expenses electronically. For more information, ask your employer.</p>	<p>Up to the earlier of the following dates:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 90 days after the end of the benefit year during which the expense is incurred, or • 90 days after the end of your Extended Health Care coverage.
Emergency Travel Assistance	<p>Contact Allianz Global Assistance to notify them that a medical emergency exists.</p>	<p>Having expenses reimbursed: To have services or supplies reimbursed that either you or another covered person have paid for, proof of the expenses must be provided to us within 30 days of the person's return to the province where the person lives.</p> <p>Refer to <i>Reimbursement of expenses</i> under the <i>Emergency Travel Assistance</i> section for further details.</p>

Type of claim	Starting the claims process	Limits and special instructions
Dental Care	<p>Ask your employer for the form to complete, or get the form on our website.</p> <p>The dentist will have to complete a section of the form.</p> <p>You can also submit claims for some expenses electronically. For more information, ask your employer.</p>	<p>Up to the earlier of the following dates:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 90 days after the end of the benefit year during which the expense is incurred, or • 90 days after the end of your Dental Care coverage. <p>If we consider it needed, we can require that you give us the dentist's statement of the treatment received, pre-treatment x-rays and any other related information.</p> <p>For orthodontic procedures, a treatment plan will need to be submitted to us.</p>
Health Spending Account	<p>Ask your employer for the form to complete, or get the form on our website.</p> <p>You can also submit claims for some expenses electronically. For more information, ask your employer.</p>	<p>Up to 90 days after the earlier of the following dates:</p> <ul style="list-style-type: none"> • the end of the benefit year during which the expense is incurred, or • the end of your Health Spending Account coverage.

General Information



The information in this employee benefits booklet is important to you. It provides the information you need about the group benefits available through your employer's group contract with Sun Life Assurance Company of Canada (*Sun Life*), a member of the Sun Life Financial group of companies.

This booklet is only a summary of your employer's group contract. If there are any discrepancies between the group contract and the information in this booklet, the group contract will take priority, to the extent permitted by law.

Your group benefits may be modified after the effective date of this booklet. We will notify you in writing of any changes to your group plan. Any such notices will become part of this group benefits booklet and you should keep them in a safe place together with this booklet.

Have questions? Need more information about your group benefits? Talk to your employer.

<p>Your group benefits</p>	<p>The contract holder, Canada Workday ULC, self-insures the Health Spending Account benefit. This means Canada Workday ULC has the sole legal and financial liability for this benefit and funds the claims. Sun Life provides administrative services only (ASO) such as claims adjudication and claims processing. All other benefits are insured by Sun Life.</p>
<p>Who is eligible to receive benefits?</p>	<p>To be eligible for group benefits, you must reside in Canada and meet all the following conditions:</p> <ul style="list-style-type: none"> • you are a permanent employee working in Canada. • you are actively working for your employer at least 30 hours a week. • you have completed the waiting period indicated in the Benefit Summary. <p>Your dependents become eligible for coverage on the later of the following dates:</p> <ul style="list-style-type: none"> • on the date you become eligible for coverage, or • on the date they become your dependent. <p>You must apply for coverage for yourself in order for your dependents to be eligible.</p>
<p>Who qualifies as your dependent</p>	<p>Your dependent must be:</p> <ul style="list-style-type: none"> • your spouse or your child, and • residing in Canada or the United States. <p>Your spouse qualifies as your dependent if they are your spouse in one of the following ways:</p> <ul style="list-style-type: none"> • by marriage. • under any other formal union recognized by law. • as your partner of the opposite sex or of the same sex who is living with you and has been living with you in a conjugal relationship. <p>You can only cover one spouse at a time.</p> <p>Your children and your spouse's children (other than foster children) are eligible dependents if they are under age 21 and do not have a spouse.</p> <p>A child who is a full-time student under age 25 (age 26 for drugs listed in the Régie de l'assurance-maladie du Québec drug formulary for employees residing in Québec) is also considered an eligible dependent as long as the child is dependent on you for financial support and does not have a spouse.</p>

	<p>If a child becomes disabled before the maximum age and remains continuously disabled, we will continue coverage if they are not able to support themselves financially because of a disability and must rely on you financially. The exception is if they have a spouse.</p> <p>In these cases, you must inform Sun Life within 6 months of the date the child attains the maximum age for this plan. Ask your employer for more on this.</p>
<p>How to enrol</p>	<p><i>For you</i> – You must provide the proper enrolment information to Sun Life through your employer.</p> <p><i>For a dependent</i> – You must ask for dependent coverage.</p> <p>If you or your dependents already have similar Extended Health Care or Dental Care coverage under this or another plan – You may refuse this coverage under this plan. If the other coverage ends at a later date, you can enrol for coverage under this plan then.</p>
<p>When coverage begins</p>	<p>Your coverage begins on the date you become eligible for coverage.</p> <p>If you are not actively working on the date coverage would normally begin, your coverage will not begin until you return to active work.</p> <p>A dependent's coverage begins on the later of the following dates:</p> <ul style="list-style-type: none"> • the date your coverage begins. • the date you first have a dependent.
<p>Changes affecting your coverage</p>	<p>If proof of good health is required, the change cannot take effect before Sun Life approves the proof of good health.</p> <p>If you are not actively working when an increase in coverage occurs or when Sun Life approves proof of good health, the change cannot take effect before you return to active work.</p>
<p>Updating your records</p>	<p>To ensure that coverage is kept up-to-date, it is important that you report any of the following changes to your employer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • change of dependents. • change of name.
<p>Accessing your records</p>	<p>You may request copies of your records, including:</p> <ul style="list-style-type: none"> • your enrolment form or application for insurance. • any written statements or other record about your health that you provided to Sun Life in applying for coverage. • one copy of the insured contract. <p>We will not charge you for the first copy but we may charge a fee for further copies.</p> <p>Need a copy of a document? Contact one of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • our website at www.mysunlife.ca. • our Customer Care centre, toll-free at 1-866-896-6976.

When coverage ends

As an employee, your coverage will end on the earlier of the following dates:

- the date your employment ends or you retire.
- the date you are no longer actively working.
- the end of the period for which premiums have been paid to Sun Life for your coverage.
- the date the group contract or the benefit provision ends.

A dependent's coverage terminates on the earlier of the following dates:

- the date your coverage ends.
- the date the dependent is no longer an eligible dependent.
- the end of the period for which premiums have been paid for dependent coverage.

The end of coverage may vary from benefit to benefit. For information about a specific benefit, please refer to the Benefit Summary section at the beginning of this booklet.

If you die while covered by this plan

Coverage for your dependents will continue, without anyone paying further premiums, until **the earlier of** the following dates:

- 24 months after the date of your death.
- the date the person would no longer be considered your dependent under this plan if you were still alive.
- the date your coverage would have terminated if you were still alive.
- the date the benefit provision under which the dependent is covered ends.

When dependent coverage continues, it is subject to all other terms of the plan.

Legal actions for insured benefits

Limitation period for Ontario:

Every action or proceeding against an insurer for the recovery of insurance money payable under the contract is absolutely barred unless commenced within the time set out in the *Limitations Act, 2002*.

Limitation period for any other province:

Every action or proceeding against an insurer for the recovery of insurance money payable under the contract is absolutely barred unless commenced within the time set out in the *Insurance Act* or other applicable legislation of your province or territory.

Legal actions for self-insured benefits

Where the applicable legislation of your province or territory permits the use of a different limitation period, every action or proceeding for the recovery of money payable under the plan is absolutely barred unless it is commenced within one year of the date that we must receive your claim forms. Otherwise, every action or proceeding for the recovery of money payable under the plan must be commenced within the time set out in the applicable legislation of your province or territory.

Coordinating your benefits with another plan

If you or your dependents are covered for Extended Health Care or Dental Care under this plan and another plan, the maximum amount that you can receive from all plans is 100% of the total eligible expenses.

When you have more than one plan, insurance industry standards determine which plan you should claim expenses from first.

Please send in claims for you and your spouse in the following order:

- First, send in the claim to the plan where the person is covered as an employee. If the person is an employee under two plans, send the claim to the different plans in the following order:
 - to the plan where the person is covered as an active full-time employee.
 - then, to the plan where they are covered as an active part-time employee.
 - then, to the plan where they are covered as a retiree.
- Next, send the claim to the plan where the person is covered as a dependent.

Please send in claims for a child in the following order:

- First send in the claim to the plan where the child is covered as an employee.
- Then, to the plan where they are covered under a student health or dental plan through their educational institution.
- Then, to the plan of whichever parent has the earlier birth date (month and day) in the calendar year. For example, if your birthday is May 1 and your spouse's birthday is June 5, you must claim under your plan first.

When you send us a claim, you must tell us about all other equivalent coverage that you or your dependents have.

Medical examination

We may require that you or your dependent have a medical examination if you make a claim. We will pay for the examination. If the person fails or refuses to have an examination, we will not pay any benefits.

Recovering overpayments

If we have overpaid any amount of benefit, we have the right to recover this money. We will:

- ask you to reimburse us,
- deduct that amount from other benefit payments, or
- recover that amount by any other legal means available.

Assignments

We reserve the right to deny your request for an assignment.

Definitions

Here are the definitions of some terms that appear in this employee booklet. Other definitions that describe specific benefits appear in the benefit sections.

Accident	An accident is a bodily injury that occurs solely as a direct result of a violent, sudden and unexpected action from an outside source.
Doctor	A doctor is a physician or surgeon who is licensed to practice medicine where that practice is located.
Illness	An illness is a bodily injury, disease, mental infirmity or sickness. Any surgery needed to donate a body part to another person which causes total disability is an illness.
Regular employees	All employees other than interns.
Retirement date	If you are totally disabled, your retirement date is your 65th birthday, unless you have actually retired before then.

Extended Health Care



General description of the coverage

In this section, *you* means the employee and all dependents covered for Extended Health Care benefits. Extended Health Care coverage pays for eligible expenses that you incur while covered under this plan.

Eligible expenses mean expenses incurred for the services and supplies described below that are medically necessary for the treatment of an illness and do not exceed the reasonable and customary charges for the service or supply being claimed. However, there are additional eligibility requirements that apply to drugs (see *Prior authorization program* for details).

Medically necessary means generally recognized by the Canadian medical profession as effective, appropriate and required for treating an illness according to Canadian medical standards.

Reasonable and customary charges mean:

- fees and prices normally charged in the regional area where the services or supplies are provided, and
- charges for services and supplies that represent reasonable treatment, considering the duration of services and how frequently services and supplies are provided.

To qualify for this coverage you must be entitled to benefits under a provincial medicare plan or federal government plan that provides similar benefits.

Reference to Doctor may also include a nurse practitioner – If the applicable provincial legislation permits nurse practitioners to prescribe or order certain supplies or services, Sun Life will reimburse those eligible services or supplies prescribed or ordered by a nurse practitioner the same way as if they were prescribed or ordered by a doctor. For drugs, refer to *Other health professionals allowed to prescribe drugs* outlined in the Benefit Summary.

Claiming when the expense is incurred	<p>You must claim an expense for the benefit year in which you incur the expense. You incur an expense on the date you receive the service or purchase or rent supplies.</p> <p>The benefit year is indicated in the Benefit Summary.</p> <p>See the table Instructions and Time Limits for Sending Us Your Claims at the beginning of this booklet for information about when and how to make a claim.</p>
Reimbursement level	<p>Claims will be paid up to the reimbursement level under this plan.</p> <p>For each type of service listed below, the reimbursement level is indicated in the Benefit Summary.</p>

Prescription drugs

Prescription drugs	We will cover the cost of the drugs and supplies that are listed in the Benefit Summary.
Quantity limit	Payments for any single purchase are limited to quantities that can reasonably be used in a 34 day period or, in the case of certain maintenance drugs, in a 100 day period as ordered by a doctor.

<p>What is not covered</p>	<p>We will not pay for the following, even when prescribed:</p> <ul style="list-style-type: none"> • infant formulas (milk and milk substitutes), minerals, proteins, vitamins and collagen treatments. • the cost of giving injections, serums and vaccines. • proteins and food or dietary supplements. • hair growth stimulants. • products to help you quit smoking. • drugs for the treatment of sexual dysfunction. • drugs that are used for cosmetic purposes. • natural health products, whether or not they have a Natural Product Number (NPN). • drugs and treatments, and any services and supplies relating to the administration of the drug and treatment, administered in a hospital, on an in-patient or out-patient basis, or in a government-funded clinic or treatment facility.
<p>Drug evaluation</p>	<p>The following drugs will be evaluated and must be approved by us to be eligible for coverage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • drugs that receive Health Canada Notice of Compliance for an initial or a new indication on or after November 1, 2017. • drugs covered under this plan and subject to a significant increase in cost. <p>Drug expenses are eligible for reimbursement only if incurred on or after the date of our approval.</p> <p>We will assess the eligibility of the drug based on factors such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> • comparative analysis of the drug cost and its clinical effectiveness. • recommendations by health technology assessment organizations and provinces. • availability of other drugs treating the same or similar condition(s). • plan sustainability.
<p>Smoking cessation products</p>	<p>For employees residing in Québec, smoking cessation products are covered in accordance with the requirements under the Québec drug insurance plan.</p>
<p>Pharmaceutical services (rendered by pharmacists)</p>	<p>For employees residing in Québec, we will cover the pharmaceutical services that are covered under the Québec drug insurance plan and apply its requirements.</p>
<p>Prior authorization program</p>	<p>The prior authorization (PA) program applies to a limited number of drugs, where you must get approval in advance for coverage under the program.</p> <p>In order for drugs in the PA program to be covered, you need to provide medical information. Please use our PA form to submit this information. Both you and your doctor need to complete parts of the form. You will be eligible for coverage for these drugs if the information you and your doctor provide meets our clinical criteria based on factors such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Health Canada Product Monograph. • recognized clinical guidelines. • comparative analysis of the drug cost and its clinical effectiveness. • recommendations by health technology assessment organizations and provinces. • your response to preferred drug therapy. <p>If not, your claim will be declined.</p> <p>See <i>How to Connect with Sun Life Financial</i> at the beginning of this booklet for information on how to obtain our prior authorization forms.</p>

Reference Drug Program

The Reference Drug Program (RDP) applies to select drugs determined by Sun Life. Under RDP, Sun Life will:

- group together a set of drugs that are used to treat the same condition(s) in the same or similar way (a *therapeutic category*).
- determine the most cost-effective drug within a *therapeutic category* (the *Reference Drug*), considering such factors as cost to the plan, provincial programs, safety and clinical effectiveness.
- limit the eligible cost of drugs in a particular *therapeutic category* to the eligible cost of the *Reference Drug* (the *Reference Drug Limit*).
- apply the *Reference Drug Limit* to select province(s), excluding Québec. The selected province(s) may vary with each *therapeutic category*.

For all *therapeutic categories*, the *Reference Drug Limit* applies to covered persons in the selected provinces having no previous claims for a non-*Reference Drug*. The *Reference Drug Limit* may also apply to covered persons with previous claims for a non-*Reference Drug* depending upon the *therapeutic category* and such factors as:

- clinical support for switching to the *Reference Drug*.
- expected duration of treatment.
- provincial programs.

Any claim submitted under this plan within 120 days before the date that Sun Life applies the *Reference Drug* to the plan is a previous claim. Any drug other than the *Reference Drug* in a *therapeutic category* is a non-*Reference Drug*.

When the *Reference Drug Limit* applies, charges in excess of this limit are not covered, unless there is a medical reason for the covered person to take the non-*Reference Drug*. To assess medical necessity, Sun Life will require the covered person and the attending doctor to complete and submit an exception form.

Hospital expenses in your province

Hospital

We will cover the cost of room and board in a hospital in the province where you live, as indicated in the Benefit Summary.

A *hospital* is a facility licensed to provide care and treatment for sick or injured patients, primarily while they are acutely ill. It must have facilities for diagnostic treatment and major surgery. Nursing care must be available 24 hours a day.

It does not include a nursing home, rest home, home for the aged or chronically ill, sanatorium, convalescent hospital or a facility for treating alcohol or drug abuse or beds set aside for any of these purposes in a hospital.

Convalescent hospital

We will cover the cost of room and board in a convalescent hospital, as indicated in the Benefit Summary, if this care has been ordered by a doctor and as long as it is primarily for rehabilitation, and not for custodial care.

A *convalescent hospital* is a facility licensed to provide convalescent care and treatment for sick or injured patients on an in-patient basis. Nursing and medical care must be available 24 hours a day.

It does not include a nursing home, rest home, home for the aged or chronically ill, sanatorium or a facility for treating alcohol or drug abuse.

Expenses out of your province

Expenses out of your province	<p>We will cover emergency services while you are outside the province where you live. We will also cover referred services. For both emergency services and referred services, the reimbursement level is indicated in the Benefit Summary.</p> <p>For both emergency services and referred services, we will cover the cost of:</p> <ul style="list-style-type: none">• a semi-private hospital room• other hospital services provided outside of Canada• out-patient services in a hospital• the services of a doctor
Emergency services	<p>We will only cover emergency services obtained within the time limit indicated in the Benefit Summary. If hospitalization occurs within this period, in-patient services are covered until the date you are discharged.</p> <p><i>Emergency services</i> mean any reasonable medical services or supplies, including advice, treatment, medical procedures or surgery, required as a result of an emergency. When a person has a chronic condition, emergency services do not include treatment provided as part of an established treatment program that existed before they left their home province.</p> <p><i>Emergency</i> means an acute illness or accidental injury that requires immediate, medically necessary treatment prescribed by a doctor.</p> <p>Contact us right away in an emergency! You or someone with you must contact Sun Life's Emergency Travel Assistance provider, AZGA Service Canada Inc. (<i>Allianz Global Assistance</i>) right away. Allianz Global Assistance must approve all invasive and investigative procedures (including any surgery, angiogram, MRI, PET scan, CAT scan) before you have them.</p> <p>If Allianz Global Assistance does not hear from you first, before you receive emergency services, and we determine that someone could have reasonably made contact on your behalf, Sun Life has the right to deny or limit payments for all expenses related to that emergency.</p> <p>In extreme circumstances where contact with Allianz Global Assistance cannot be made before services are provided, you must contact Allianz Global Assistance as soon as possible afterwards.</p> <p>An emergency ends when Allianz Global Assistance, based on available medical evidence, deems you medically stable to return to the province where you live.</p>
Emergency services excluded from coverage	<p>Any expenses related to the following emergency services are not covered:</p> <ul style="list-style-type: none">• services that are not immediately required or which could reasonably be delayed until you return to the province where you live, unless your medical condition reasonably prevents you from returning to that province prior to receiving the medical services.• services relating to an illness or injury which caused the emergency, after such emergency ends.

	<ul style="list-style-type: none"> • continuing services, arising directly or indirectly out of the original emergency or any recurrence of it, after the date that Sun Life or Allianz Global Assistance, based on available medical evidence, determines that you can be returned to the province where you live, and you refuse to return. • services which are required for the same illness or injury for which you received emergency services, including any complications arising out of that illness or injury, if you had unreasonably refused or neglected to receive the recommended medical services. • where the trip was taken to obtain medical services for an illness or injury, services related to that illness or injury, including any complications or any emergency arising directly or indirectly out of that illness or injury.
Referred services	<p><i>Referred services</i> must be for the treatment of an illness and ordered in writing by a doctor located in the province where you live. Your provincial medicare plan must agree in writing to pay benefits for the referred services.</p> <p>All referred services must be obtained in Canada, if available, regardless of any waiting lists. However, if referred services are not available in Canada, they may be obtained outside of Canada.</p>

Your medical services at a glance

Covered expenses	Details	Payment limits
Medical services and equipment		
Out-of-hospital private duty nurse	<p>Must be medically necessary</p> <p>Must be for nursing care, and not for custodial care, and must be prescribed by a doctor</p> <p>The private duty nurse must be a nurse or nursing assistant who is licensed, certified or registered in the province where you live and who does not normally live with you</p> <p>The services of a registered nurse are eligible only when someone with lesser qualifications cannot perform the duties</p>	\$10,000 per person per benefit year
Ambulance	<p>Transportation in a licensed ambulance that takes you to and from the nearest hospital that is able to provide the necessary medical services</p> <p>Must be medically necessary</p> <p>Expenses incurred outside Canada for emergency services will be paid based on the conditions that appear in the Benefit Summary for <i>Out-of-province emergency services</i></p>	

Covered expenses	Details	Payment limits
Air ambulance	<p>Transportation in a licensed air ambulance that takes you to the nearest hospital that is able to provide the necessary medical services</p> <p>Must be medically necessary</p> <p>Expenses incurred outside Canada for emergency services will be paid based on the conditions that appear in the Benefit Summary for <i>Out-of-province emergency services</i></p>	
Diagnostic services	<p>The following diagnostic services that you receive outside of a hospital, except where your provincial plan considers the expense to be an insured service:</p> <ul style="list-style-type: none"> laboratory tests when prescribed by a doctor ultrasounds medical imaging services, including MRIs and CT scans 	For all medical imaging services combined, \$1,000 per person per benefit year
Dental services following an accident	<p>Dental services, including braces and splints, to repair damage to natural teeth caused by an accidental blow to the mouth that occurs while you are covered</p> <p>You must receive these services within 12 months of the accident</p>	We will only cover up to the fee stated in the <i>Dental Association Fee Guide</i> for a general practitioner in the province where the employee lives
Ophthalmologist or licensed optometrist	Services of an ophthalmologist or licensed optometrist	One examination per person in any 12 month period
Contact lenses or intraocular lenses	After cataract surgery	\$100 per person per eye, per lifetime
Wigs	After chemotherapy	\$700 per person, per lifetime
Equipment	<p>Medically necessary equipment that meets your basic medical needs, that you rented (or purchased at our request)</p> <p>For equipment to be eligible, we may require a doctor's prescription</p> <p>If alternate equipment is available, eligible expenses are limited to the cost of the least expensive equipment that meets your basic medical needs</p>	For wheelchairs, we only cover the cost of a manual wheelchair, except if your medical condition requires that you use an electric wheelchair
Casts, trusses or crutches		
Splints or braces	Must be prescribed by a doctor	

Covered expenses	Details	Payment limits
Breast prostheses	Required as a result of surgery	\$200 per person per benefit year
Surgical brassieres	Required as a result of surgery	2 brassieres per person per benefit year
Artificial limbs and eyes		
Stump socks		6 pairs per person per benefit year
Elastic support stockings, including pressure gradient hose	Must be prescribed by a doctor	2 pairs per person per benefit year
Custom-made orthotics for shoes	Must be prescribed by a doctor, podiatrist or chiropodist	\$500 per person per benefit year
Custom-made orthopaedic shoes, excluding shoes that form part of a brace	Must be prescribed by a doctor, podiatrist or chiropodist	
Hearing aids		\$2,000 per person per ear over 5 benefit years Repairs are included in this maximum
Oxygen		
Blood glucose monitors		\$700 per person, per lifetime
Continuous Glucose Monitor (CGM) receivers, transmitters or sensors	Only for persons diagnosed with Type 1 diabetes You must provide us with a doctor's note confirming the diagnosis	Combined maximum of \$4,000 per person per benefit year
Insulin pumps	Must be prescribed by a doctor	
Colostomy supplies		

Gender affirmation procedures

Gender affirmation procedures	We will cover, up to the reimbursement level indicated in the Benefit Summary, the costs of the following procedures for gender transitioning, provided you meet the <i>Eligibility requirements</i> set out below.
	<p>Surgical and other procedures for male-to-female transition:</p> <ul style="list-style-type: none"> • augmentation mammoplasty. • thyroid chondroplasty. • laryngoplasty. • permanent hair removal (laser or electrolysis) for pre-surgical areas in preparation for vaginoplasty, or for excessive facial or body hair. • brow bone reduction; jaw bone reduction/reshaping/contouring; rhinoplasty; blepharoplasty; rhytidectomy; liposuction of the waist; gluteal augmentation (lipofilling or implants). • hairline reconstruction to correct a receding hairline.

	<p>Surgical and other procedures for female-to-male transition:</p> <ul style="list-style-type: none"> • scrotoplasty. • implantation of penile and/or testicular prostheses. • permanent hair removal (laser or electrolysis) for pre-surgical areas in preparation for phalloplasty. • brow bone construction; chin augmentation; cheek augmentation; rhinoplasty; blepharoplasty; chest contouring (liposuction/lipofilling); pectoral implants. <p>We reserve the right to modify the above list of eligible expenses in the event there is a change in the list of procedures covered by any of the gender affirmation programs in a province or territory.</p>
<p>Eligibility requirements</p>	<ul style="list-style-type: none"> • You must be under the care of a doctor for gender transitioning. • You must be at least 18 years old. • Prior approval is required. You and your doctor must complete the <i>Gender Affirmation application form</i>, and submit it to us along with proof that you have been approved for surgical procedure(s) under the medicare plan's gender affirmation program in your place of residence. If you live in a province or territory which does not have a gender affirmation program, you will need to contact us and meet our criteria in order for expenses to be eligible for reimbursement. • All procedures must be considered medically necessary by your doctor. • All procedures must be performed in Canada. • Only expenses incurred after your effective date for coverage under this benefit provision, and while this benefit provision is in force, will be eligible for reimbursement. <p>Before incurring an expense, you must call a Sun Life Financial Customer Care representative toll-free at 1-800-361-6212 to obtain the <i>Gender Affirmation application form</i>. We will assess all procedures based on the terms of this plan. We reserve the right to request details of procedures performed.</p> <p>You may incur other expenses, such as drugs or paramedical services, related to gender transitioning. To determine if these other expenses are eligible under this plan, and any applicable benefit maximum, please refer to the <i>Prescription drugs, Paramedical services</i> or other applicable provisions of this Extended Health Care benefit.</p>
<p>What is not covered</p>	<p>We will not pay for the costs of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • procedures payable or available under the medicare plan in your place of residence. • travel or accommodations expenses. • reversal of gender affirmation procedures. • sperm preservation or cryopreservation of fertilized embryos. • procedures related to fertility problems caused by gender transitioning.

Covered expenses	Details	Payment limits
Paramedical services		
Paramedical practitioners listed in the Benefit Summary	The paramedical practitioners must be qualified	Up to the reimbursement level indicated in the Benefit Summary We will not pay for the cost of services rendered by a podiatrist in Ontario or Alberta unless they are performed after the provincial medicare plan has paid its annual maximum benefit
<p><i>Qualified</i> means a person who is a member of the appropriate governing body established by the provincial government for their profession. In the absence of a governing body, the person must be an active member of an association approved by us.</p> <p><i>Qualified</i> paramedical practitioners must:</p> <ul style="list-style-type: none"> • belong to a regulatory body or in the absence of a regulatory body, belong to an association approved by us, • be licensed or registered, as required by the applicable provincial regulatory body, • have undergone appropriate training and obtained necessary credentials in support of the services or supplies rendered, • maintain clinical records and files consistent with the reasonable practices and standards of others in their field or as may be required by a regulatory body or association, • produce clinical records and files to us upon request and generally act in a manner that is responsive to inquiries from us, and • not engage in administrative practices unacceptable to us. <p>This is not an exhaustive list of qualifications. We have the sole discretion to determine whether a paramedical practitioner is qualified to render a service or provide a supply. To the extent that the qualifications listed above apply to clinics, we have the sole discretion to determine whether a clinic is qualified such that claims for services or supplies rendered at that clinic are eligible for reimbursement under this plan.</p>		
Visual therapy		Up to the reimbursement level indicated in the Benefit Summary
Vision care		
Contact lenses, eyeglasses or laser eye correction surgery	<p>An ophthalmologist or licensed optometrist must have prescribed contact lenses or eyeglasses</p> <p>You must have received the above from an ophthalmologist, licensed optometrist or optician</p> <p>We will only cover laser eye correction surgery that an ophthalmologist has performed</p>	<p>Up to the reimbursement level indicated in the Benefit Summary</p> <p>We will not pay for sunglasses, magnifying glasses, or safety glasses of any kind, unless they are prescription glasses needed for the correction of vision</p>

When coverage ends

See the Benefit Summary at the beginning of this booklet to see when your coverage ends.

Payments after coverage ends

If you are totally disabled, as defined in the contract, when your coverage ends, benefits will continue for expenses that result from the illness that caused the total disability if the expenses are incurred:

- during the uninterrupted period of total disability,
- within 90 days of the end of coverage, and
- while this provision is in force.

If the Extended Health Care benefit ends, coverage for dental services to repair natural teeth damaged by an accidental blow to the mouth will continue, if both of the following apply:

- the accident occurred while you were covered, and
- you have the procedure within 6 months after the date of the accident.

What is not covered

We will not pay for the costs of:

- services or supplies payable or available (regardless of any waiting list) under any government-sponsored plan or program, except as described below under *Integrating with government programs*.
- implanted prosthetic or medical devices (examples of these devices are gastric lap bands, breast implants, spinal implants and hip implants).
- equipment that we consider ineligible (examples of this equipment are orthopaedic mattresses, exercise equipment, air-conditioning or air-purifying equipment, whirlpools and humidifiers).
- services or supplies that are not usually provided to treat an illness, including experimental or investigational treatments as defined in the contract.
- services or supplies that do not qualify as medical expenses under the Income Tax Act (Canada).
- services or supplies for which no charge would have been made in the absence of this coverage.

We will not pay benefits when the claim is for an illness resulting from:

- the hostile action of any armed forces, insurrection or participation in a riot or civil commotion.
- any work for which you were compensated that was not done for the employer who is providing this plan.
- participation in a criminal offence.

Integrating this plan with government programs

This plan will integrate with benefits payable or available under the government-sponsored plan or program (the *government program*).

The covered expense under this plan is the remaining portion of the expense that the government program does not pay or make available, regardless of:

- whether you have made an application to the government program,
- whether your being covered under this plan affects your ability to be eligible for or entitled to any benefits under the government program, or
- whether there are any waiting lists.

Lumino Health Virtual Care

The services offered through Lumino Health Virtual Care are provided by Dialogue. These services are not insured or administered by Sun Life.

If you are covered for Extended Health Care coverage, you and your covered dependents will have access to Dialogue services.

Lumino Health Virtual Care offers a variety of services including access to medical professionals. To learn more about the services provided by Dialogue, or to use these services, please visit <https://luminovc.dialogue.co/>.

Liability and responsibility of Sun Life

Sun Life will not be held liable for any acts or omissions of any person or organization providing services directly or indirectly in connection with Dialogue.

Emergency Travel Assistance



General description of the coverage

In this section, *you* means the employee and all dependents covered for Emergency Travel Assistance benefits.

Emergency means an acute illness or accidental injury that requires immediate, medically necessary treatment prescribed by a doctor.

This benefit, called **Medi-Passport**, supplements the emergency portion of your Extended Health Care coverage. We will only cover emergency services obtained within the time limit indicated in the Benefit Summary. If hospitalization occurs within this period, in-patient services are covered until the date you are discharged.

The emergency services excluded from coverage, and all other conditions including maximums, limitations and exclusions that apply to your Extended Health Care coverage also apply to Medi-Passport.

Bring your Travel card with you! There you will find telephone numbers and the information you'll need to confirm your coverage and get help.

Getting help

Contact us right away in an emergency!

You or someone with you must contact AZGA Service Canada Inc. (*Allianz Global Assistance*) right away.

If Allianz Global Assistance does not hear from you first, before you receive emergency services, and we determine that someone could have reasonably made contact on your behalf, Sun Life has the right to deny or limit payments for all expenses related to that emergency.

In extreme circumstances where contact with Allianz Global Assistance cannot be made before services are provided, you must contact Allianz Global Assistance as soon as possible afterwards.

Access to a fully staffed coordination centre is available 24 hours a day. Please consult the telephone numbers on the Travel card.

Allianz Global Assistance may arrange for:

On the spot medical assistance

Allianz Global Assistance will provide referrals to physicians, pharmacists and medical facilities.

As soon as Allianz Global Assistance is notified that you have a medical emergency, its staff, or a physician designated by Allianz Global Assistance, will, when necessary, attempt to establish communications with the attending medical personnel to obtain an understanding of the situation and to monitor your condition. If necessary, Allianz Global Assistance will also guarantee or advance payment of the expenses incurred to the provider of the medical service.

Allianz Global Assistance will provide translation services in any major language that may be needed to communicate with local medical personnel.

Allianz Global Assistance will transmit an urgent message from you to your home, business or other location. Allianz Global Assistance will keep messages to be picked up in its offices for up to 15 days.

<p>Transportation home or to a different medical facility</p>	<p>Allianz Global Assistance may determine, in consultation with an attending physician, that it is necessary for you to be transported under medical supervision to a different hospital or treatment facility or to be sent home.</p> <p>In these cases, Allianz Global Assistance will arrange, guarantee, and if necessary, advance the payment for your transportation.</p> <p>Sun Life or Allianz Global Assistance, based on available medical evidence, will make the final decision whether you should be moved, when, how and to where you should be moved and what medical equipment, supplies and personnel are needed.</p>
<p>Meals and accommodations expenses</p>	<p>If your return trip is delayed or interrupted due to a medical emergency or the death of a person you are travelling with who is also covered by this benefit, Allianz Global Assistance will arrange for your meals and accommodations at a commercial establishment. We will pay a maximum of \$150 a day for each person for up to 7 days.</p> <p>Allianz Global Assistance will arrange for meals and accommodations at a commercial establishment, if you have been hospitalized due to a medical emergency while away from the province where you live and have been released, but, in the opinion of Allianz Global Assistance, are not yet able to travel. We will pay a maximum of \$150 a day for up to 5 days.</p>
<p>Travel expenses home if stranded</p>	<p>Allianz Global Assistance will arrange and, if necessary, advance funds for transportation to the province where you live:</p> <ul style="list-style-type: none"> • for you if, due to a medical emergency, you have lost the use of a ticket home because you or a dependent had to be hospitalized as an in-patient, transported to a medical facility or repatriated (sent home); or • for a child if, due to a medical emergency, you need to be admitted to hospital and they are left unattended while travelling with you outside the province where you live. We provide this benefit for children who are under 16 or mentally or physically handicapped. <p>If necessary, in the case of such a child, Allianz Global Assistance will also make arrangements and advance funds for a qualified person to go home with the child as their attendant.</p> <p>We will pay a maximum of the cost of the transportation minus any redeemable portion of the original ticket.</p>
<p>Travel expenses of family members</p>	<p>Allianz Global Assistance will arrange and, if necessary, advance funds for one round-trip economy class ticket for a member of your immediate family to travel from their home to the hospital where you are:</p> <ul style="list-style-type: none"> • if you are there for more than 7 days in a row, and • if you are travelling alone or you are travelling only with a child who is under 16 or mentally or physically handicapped. <p>We will pay up to \$150 a day for the family member to eat and stay at a commercial establishment up to 7 days.</p>
<p>Returning you home (repatriation)</p>	<p>If you die while out of the province where you live, Allianz Global Assistance will pay up to \$5,000 to do the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • arrange for all necessary government authorizations. • arrange for the return of your remains in an approved container.

Returning your vehicle	Allianz Global Assistance will arrange and, if necessary, advance funds up to \$500 to return a private vehicle to the province where you live or a rental vehicle to the nearest appropriate rental agency if death or a medical emergency prevents you from doing so.
Lost luggage or documents	If your luggage or travel documents become lost or stolen while you are travelling outside of the province where you live, Allianz Global Assistance will direct you in how to arrange for replacement of travel documents or who to contact about your lost or stolen luggage. This is a service only. There is no benefit amount payable in the event of lost or stolen luggage or documents.
Limits on advances	Advances will not be made for requests of less than \$200. Requests in excess of \$200 will be made in full up to a maximum of \$10,000.
Reimbursement of expenses	<p>If you obtain confirmation from Allianz Global Assistance that you are covered and a medical emergency exists, Sun Life will reimburse you for services and supplies that you paid for and that are covered by this plan. In this situation, you should do the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keep the receipts. • always obtain a fully itemized bill for any hospital treatment. • within 30 days of your return home, complete an Extended Health Care claim form, include original receipts and any itemized bills, and send directly to Allianz Global Assistance. Allianz Global Assistance's address can be obtained by visiting our Sun Life Financial Plan Member Services website at www.mysunlife.ca or by calling our Sun Life Financial Customer Care centre toll-free number 1-866-896-6976. <p>Allianz Global Assistance will ask you to sign a form authorizing them to act on your behalf with your provincial medicare plan. You must sign and return this form to Allianz Global Assistance before your claim can be processed.</p>
Coordination of coverage	<p>If you are covered under this group plan and certain other plans, we will coordinate payments with the other plans in accordance with guidelines adopted by the Canadian Life and Health Insurance Association.</p> <p>The plan from which you make the first claim will be responsible for managing and assessing the claim. It has the right to recover from the other plans the expenses that exceed its share.</p>
Your responsibility for advances	<p>You will have to reimburse Sun Life for any of the following amounts advanced by Allianz Global Assistance:</p> <ul style="list-style-type: none"> • any amounts which are or will be reimbursed to you by your provincial medicare plan. • that portion of any amount which exceeds the maximum amount of your coverage under this plan. • amounts paid for services or supplies not covered by this plan. • amounts which are your responsibility, such as deductibles and the percentage of expenses payable by you. <p>Sun Life will bill you for any outstanding amounts. Payment will be due when the bill is received.</p>
Limits on Emergency Travel Assistance coverage	There are countries where Allianz Global Assistance is not currently available for various reasons. For the latest information, please call Allianz Global Assistance before you leave on your trip.

	<p>Allianz Global Assistance reserves the right to suspend, curtail or limit its services in any area, without prior notice, because of:</p> <ul style="list-style-type: none">• a rebellion, riot, military up-rising, war, labour disturbance, strike, nuclear accident, terrorism or an act of God.• the refusal of authorities in the country to permit Allianz Global Assistance to fully provide service to the best of its ability during any such occurrence.
Liability of Sun Life or Allianz Global Assistance	<p>Neither Sun Life nor Allianz Global Assistance will be liable for the negligence or other wrongful acts or omissions of any physician or other health care professional providing direct services covered under this group plan.</p>

Dental Care



General description of the coverage

In this section, *you* means the employee and all dependents covered for Dental Care benefits.

Dental Care coverage pays for eligible expenses that you incur for dental procedures provided by a licensed dentist, denturist, dental hygienist and anaesthetist while you are covered by this group plan.

For each dental procedure, we will only cover **reasonable and customary charges**. We will not cover more than the fee stated in the Dental Association Fee Guide specified in the Benefit Summary. When a fee guide is not published for a given year, the term fee guide may also mean an adjusted fee guide established by Sun Life.

Reasonable and customary charges mean:

- charges considered necessary for the treatment and maintenance of a person's oral health, according to standard Canadian dental procedures and practices, and
- charges of a reasonable frequency and duration, as determined by Sun Life.

We will base payments on the fee guide at the time the person receives the treatment.

To decide what part of a procedure we will pay for:

- we will first find out if you could have had alternate, or other, dental procedures.
- we confirm that these alternate procedures are part of usual and accepted dental work and produced a similar result to the procedure that the dentist performed.

We will only pay the reasonable cost of the least expensive alternate procedure.

If you receive any temporary dental service	It will be included as part of the final dental procedure used to correct the problem and not as a separate procedure. The fee for the permanent service will be used to determine the reasonable and customary charge for the final dental service.
Claiming when the expense is incurred	<p>You must claim an expense for the benefit year in which you incurred the expense.</p> <p>The benefit year is indicated in the Benefit Summary.</p> <p>You incur an expense on the date your dentist performs a single appointment procedure.</p> <p>For procedures which take more than one appointment, you incur an expense once the entire procedure is completed, except for orthodontic procedures where an expense is incurred for each appointment.</p> <p>See the table Instructions and Time Limits for Sending Us Your Claims at the beginning of this booklet for information about when and how to make a claim.</p>
Reimbursement level	<p>Claims will be paid up to the reimbursement level under this plan.</p> <p>For each type of service listed below, the reimbursement level is indicated in the Benefit Summary.</p>
Maximum benefit	Maximums are indicated in the Benefit Summary.

Getting an estimate before you have certain procedures

For any major treatment or any procedure that will cost more than \$500, we suggest that you send us an estimate before the work is done. Here's what to expect:

- you will send us a completed dental claim form that shows the treatment that the dentist is planning and the cost.
- both you and the dentist will have to complete parts of the claim form.
- we will tell you how much of the planned treatment is covered. This way you will know how much of the cost you will be responsible for before the work is done.

Your dental services at a glance

Covered expenses	Details / Payment limits
Preventive dental procedures – Your dental benefits include the following procedures used to help prevent dental problems. They are procedures that a dentist performs routinely to help maintain good dental health.	
Oral examinations	<ul style="list-style-type: none"> • 1 complete examination every 36 months. • 1 recall examination every 9 months. • emergency or specific examinations.
X-rays	<ul style="list-style-type: none"> • 1 complete series of x-rays or 1 panorex every 5 benefit years. • 1 set of bitewing x-rays every 12 months. • x-rays to diagnose a symptom or examine progress of a certain course of treatment.
Other services	<ul style="list-style-type: none"> • required consultations between two dentists. • polishing (cleaning of teeth) once every 9 months. • topical fluoride treatment once every 9 months. Only children under age 19 are covered for this procedure. • emergency or palliative services. • diagnostic tests and laboratory examinations. • removing impacted teeth and related anaesthesia. • providing space maintainers for missing primary teeth. • pit and fissure sealants.
Basic dental procedures – Your dental benefits include the following procedures used to treat basic dental problems.	
Fillings	<ul style="list-style-type: none"> • amalgam (silver) and composite or acrylic (white), or equivalent.
Extraction of teeth	<ul style="list-style-type: none"> • removing teeth, except impacted teeth (<i>Preventive dental procedures</i>).
Basic restorations	<ul style="list-style-type: none"> • prefabricated metal restorations and repairs to prefabricated metal restorations, other than in conjunction with the placement of permanent crowns.
Endodontics	<ul style="list-style-type: none"> • root canal therapy and root canal fillings, and treatment of disease of the pulp tissue.
Periodontics	<ul style="list-style-type: none"> • treating disease of the gum and other supporting tissue. • scaling and root planing, up to a combined maximum of 2 units of 15 minutes per benefit year for a child under age 13 or 10 units of 15 minutes per benefit year for any other person.

Covered expenses	Details / Payment limits
Oral surgery	<ul style="list-style-type: none"> surgery and related anaesthesia, other than the removal of impacted teeth (<i>Preventive dental procedures</i>).
Repair of dentures	<ul style="list-style-type: none"> repair of dentures.
Rebase or reline	<ul style="list-style-type: none"> rebase or reline of an existing partial or complete denture.
Major dental procedures – Your dental benefits include the following procedures used to treat major dental problems.	
Major restorations	<ul style="list-style-type: none"> inlays and onlays. Crowns and repairs to crowns, other than prefabricated metal restorations (<i>Basic dental procedures</i>).
Repair of bridges	<ul style="list-style-type: none"> repair of bridges.
Prosthodontics	<p>Construction and insertion of bridges or standard dentures, limited to teeth extracted while a person is covered under this provision.</p> <p>We do not consider charges for a replacement bridge or replacement standard denture an eligible expense during the 5 year period after a previous bridge or standard denture is constructed or inserted, unless either 1. or 2. below is true:</p> <ol style="list-style-type: none"> it is needed to replace a bridge or standard denture which has caused temporomandibular joint (TMJ) disturbances and which cannot be economically modified to correct the condition. it is needed to replace a transitional denture which was inserted shortly after teeth were extracted, where the dentist cannot economically get it to the final shape needed.
Orthodontic procedures – Your dental benefits include the following procedures used to treat misaligned or crooked teeth.	
Only persons under the maximum age indicated in the Benefit Summary are covered for these procedures.	
Coverage includes orthodontic examinations, including orthodontic diagnostic services and fixed or removable appliances such as braces	<p>The following orthodontic procedures are covered:</p> <ul style="list-style-type: none"> interceptive, interventive or preventive orthodontic services, other than space maintainers (<i>Preventive dental procedures</i>). comprehensive orthodontic treatment, using a removable or fixed appliance, or combination of both. This includes diagnostic procedures, formal treatment and retention.

When coverage ends

See the Benefit Summary at the beginning of this booklet to see when your coverage ends.

Payments after coverage ends

If the Dental Care benefit ends, coverage for dental services to repair natural teeth damaged by an accidental blow will continue, if both of the following apply:

- the accident occurred while you were covered, and
- you have the procedure within 6 months after the date of the accident.

What is not covered

We will not pay for services or supplies payable or available (regardless of any waiting list) under any government-sponsored plan or program unless explicitly listed as covered under this benefit.

We will not pay for services or supplies that are not usually provided to treat a dental problem.

We will not pay for:

- procedures performed primarily to improve appearance.
- the replacement of dental appliances that are lost, misplaced or stolen.
- charges for appointments that you do not keep.
- charges for completing claim forms.
- services or supplies for which no charge would have been made in the absence of this coverage.
- supplies usually intended for sport or home use, for example, mouthguards.
- procedures or supplies used in full mouth reconstructions (capping all of the teeth in the mouth), vertical dimension corrections (changing the way the teeth meet) including attrition (worn down teeth), alteration or restoration of occlusion (building up and restoring the bite), or for the purpose of prosthetic splinting (capping teeth and joining teeth together to provide additional support).
- transplants and repositioning of the jaw.
- charges related to implants, including surgery charges.
- occlusal equilibration and adjustments
- experimental treatments.

We will also not pay for dental work resulting from:

- the hostile action of any armed forces, insurrection or participation in a riot or civil commotion.
- teeth malformed at birth or during development.
- participation in a criminal offence.



Health Spending Account

General description of the coverage

The contract holder has the sole legal and financial liability for this benefit. Sun Life only acts as administrator on behalf of the contract holder.

Your Health Spending Account coverage provides reimbursement to you for services or supplies described in this section under *Eligible expenses*.

An expense is incurred on the date the services are received or the supplies are purchased or rented. Eligible expenses incurred by a dependent are also covered. Coverage applies only to eligible expenses incurred after the employee becomes covered under the Health Spending Account and before the date the Health Spending Account ends.

A dependent is your spouse, your children or any other person whom you may claim as dependents under the Income Tax Act (Canada). For example, this could include members of your extended family, such as your parents, grandparents or grandchildren. You can claim eligible expenses for dependents even if they are not covered under your Extended Health Care or Dental Care benefits.

The benefit year is indicated in the Benefit Summary.

How your Health Spending Account works	<p>Your Health Spending Account works like an expense account. Your employer will allocate credits to your account in the manner described under <i>Credits</i> in the Benefit Summary.</p> <p>Each time you submit a Health Spending Account claim, either for yourself or for a dependent, you will be reimbursed for eligible expenses described in this section under <i>Eligible expenses</i>, up to the balance of your Health Spending Account.</p>
Balance carry-forward	<p>This plan is set up with a balance carry-forward feature. This means that you may be reimbursed for eligible expenses incurred in a benefit year using credits received during that benefit year, as well as any unused credits that have been carried forward from the previous benefit year.</p> <p>In other words, any credits remaining in your Health Spending Account at the end of one benefit year will be carried forward and may be used to reimburse you for eligible expenses incurred in the following benefit year. Credits that are carried forward from one benefit year to the next will be lost at the end of the second benefit year if you have not used them by then. Carried forward credits are always used before new credits are used.</p> <p>See the table Instructions and Time Limits for Sending Us Your Claims at the beginning of this booklet for information about when and how to make a claim.</p> <p>There are a number of reasons why the Health Spending Account is tax-effective for you. Eligible expenses are specifically limited to expenses not paid, or not paid in full, under another plan or under another benefit of this plan. If you paid for these expenses on your own, you would have to use expensive "after-tax" dollars. On the other hand, your Health Spending Account is sheltered from federal and provincial (except Québec) income tax. In most circumstances, this means that when you use credits to pay for expenses, you are using less expensive "pre-tax" dollars. The result is extra savings for you.</p>

Eligible expenses

You can use your Health Spending Account to cover medical, hospital and dental expenses that are eligible under the Income Tax Act (Canada) and are not paid, or not paid in full, under your group plan, your spouse's plan or any government-sponsored plan.

Eligible expenses include but are not limited to the items listed below:

- portion of expenses not covered by a health or dental benefits plan such as deductibles, coinsurances or amounts over plan maximums.
- premiums for health or dental benefits.
- drugs or other preparations when prescribed by a qualified medical practitioner or dentist and dispensed by a pharmacist.
- services performed by a qualified medical or dental practitioner.
- payments to a hospital or another facility such as nursing home, special school, institution or other place for care and training of a mentally or physically impaired individual.
- remuneration of a full-time attendant, or for the cost of full-time care in a nursing home of a mentally or physically impaired individual. Condition must be certified by a qualified medical practitioner.
- emergency services or referred services outside the person's province of residence.
- eyeglasses, contact lenses or laser eye correction surgery when prescribed by a qualified medical practitioner.
- medical devices, supplies or equipment when prescribed by a qualified medical practitioner.
- diagnostic screening, laboratory or radiological procedures when prescribed by a qualified medical practitioner.
- reasonable expenses relating to rehabilitative therapy, including training in lip reading and sign language, incurred to adjust for the patient's hearing or speech loss.
- transportation costs to transfer a patient and one additional person (if necessary) to receive medical services, if conditions for transportation expenses are satisfied and the distance travelled is at least 40 kilometres.
- reasonable expenses for meals and accommodation for the patient and, if required, the accompanying individual, if conditions for transportation expenses are satisfied and the distance travelled is at least 80 kilometres.
- costs of acquisition, care and maintenance (including food and veterinary care) of an animal specially trained to assist a patient who is blind or profoundly deaf or has a severe and prolonged impairment that markedly restricts the use of arms or legs.
- modifications to the principal home of the person who lacks normal physical development or who has severe and prolonged mobility impairment, to enable the person to gain access to a dwelling or to be functional within it.
- reasonable expenses to locate a bone marrow or organ transplant donor, and reasonable travelling, board and lodging expenses of the donor and the patient in respect of the transplant.

Qualified means a person who is a member of the appropriate governing body established by the provincial government for their profession. In the absence of a governing body, the person must be an active member of an association approved by us.

Other coverage

If you or your eligible dependents have coverage under another plan, you should submit your claims to the other plan first. Once benefits have been determined under the other plan, you can submit any unpaid portion of the claim for payment from your Health Spending Account.

When coverage ends

See the Benefit Summary at the beginning of this booklet to see when your coverage ends.

Surviving dependent coverage

The Health Spending Account is set up under the employee's name, and there is no continuation of coverage for dependents after the employee's death. Only eligible expenses incurred before the employee's death can be reimbursed under the employee's Health Spending Account.

Respecting your privacy

Respecting your privacy is a priority for the Sun Life Financial group of companies. We keep in confidence personal information about you and the products and services you have with us to provide you with investment, retirement and insurance products and services to help you meet your lifetime financial objectives. To meet these objectives, we collect, use and disclose your personal information for purposes that include: underwriting; administration; claims adjudication; protecting against fraud, errors or misrepresentations; meeting legal, regulatory or contractual requirements; and we may tell you about other related products and services that we believe meet your changing needs. The only people who have access to your personal information are our employees, distribution partners such as advisors, and third-party service providers, along with our reinsurers. We will also provide access to anyone else you authorize. Sometimes, unless we are otherwise prohibited, these people may be in countries outside Canada, so your personal information may be subject to the laws of those countries. You can ask for the information in our files about you and, if necessary, ask us in writing to correct it. To find out more about our privacy practices, visit www.sunlife.ca/privacy.

You have a choice

We will occasionally inform you of other financial products and services that we believe meet your changing needs. If you do not wish to receive these offers, let us know by calling 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433).



About Sun Life Financial

A market leader in group benefits, Sun Life Financial serves more than one in six Canadians, in over 12,000 corporate, association, affinity and creditor groups across Canada.

Our Core values – integrity, service excellence, customer focus and building value – are at the heart of who we are and how we do business.

Sun Life Financial and its partners have operations in 22 key markets worldwide including Canada, the United States, the United Kingdom, Hong Kong, the Philippines, Japan, Indonesia, India, China and Bermuda.

Life's brighter under the sun

Group Benefits are provided by Sun Life Assurance Company of Canada, a member of the Sun Life Financial group of companies.

GB10171-E



vos garanties collectives

Contrat numéro : 102194
À effet du : 1^{er} juillet 2022
Établi le : 23 juin 2022



Canada Workday ULC
Tous les salariés réguliers



Table des matières

Pour communiquer avec la Financière Sun Life	3
Sommaire des garanties	5
Demandes de règlement	9
Conditions générales	11
Frais médicaux	16
Programme Voyage Assistance	29
Frais dentaires	33
Compte Soins de santé	37

Pour communiquer avec la Financière Sun Life



Des questions?

Nous sommes là pour vous aider. Pour parler à un représentant du Centre de service à la clientèle de la Financière Sun Life qui vous renseignera sur votre couverture, appelez sans frais au 1-866-896-6976.

Pour un service plus rapide, ayez sous la main le numéro de contrat collectif et votre numéro de participant pour pouvoir entrer ces numéros dans notre système téléphonique automatisé.

Services aux participants

Téléchargez l'application ma Sun Life Mobile!

- Gratuitement et en tout temps, à partir de l'App Store d'Apple et de Google Play
- Accès facile et rapide à vos garanties, où que vous soyez
- Selon les caractéristiques de votre régime, vous pouvez présenter des demandes de règlement et/ou les visualiser instantanément

Vous n'avez pas de téléphone intelligent? Visitez www.masunlife.ca pour obtenir les services ci-dessous :

- obtenir des renseignements sur la couverture, connaître la situation des demandes de règlement et accéder facilement aux formulaires de demande de règlement et/ou présenter des demandes de règlement en ligne, selon les caractéristiques de votre régime
- clavarder avec un agent
- envoyer des messages sécurisés au Centre de service à la clientèle de la Financière Sun Life
- obtenir les coordonnées des personnes à contacter

Accès au site Web masunlife

La première fois que vous accéderez à vos garanties collectives en ligne, vous devrez vous inscrire pour obtenir un code d'accès personnel et un mot de passe. Pour vous inscrire, vous aurez besoin de connaître le numéro de contrat collectif et votre numéro de participant.

Programme d'autorisation préalable

Pour obtenir le formulaire :

- visitez notre site Web à l'adresse www.masunlife.ca/autorisationprealable
- appelez un représentant du Centre de service à la clientèle de la Financière Sun Life sans frais au 1-866-896-6976

Pour obtenir la liste des médicaments :

- visitez notre site Web à l'adresse www.masunlife.ca/autorisationprealable

Votre carte-médicaments

Obtenez-la par l'entremise de votre employeur ou en ligne à l'adresse www.masunlife.ca.

Remarque : Si vous avez refusé la garantie Frais médicaux au titre du présent régime, la carte-médicaments ne s'applique pas à vous.

Votre carte d'assistance-voyage

Obtenez-la par l'entremise de votre employeur ou en ligne à l'adresse www.masunlife.ca.

Remarque : Si vous avez refusé la garantie Frais médicaux au titre du présent régime, la carte d'assistance-voyage ne s'applique pas à vous.

Pour communiquer avec Allianz Global Assistance

Au Canada et aux États-Unis, composez le : 1-800-511-4610.

Pour toute autre demande

Composez le 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433).

Sommaire des garanties



Numéro de contrat 102194

La présente section est un sommaire général de la couverture offerte au titre de votre régime. Elle doit être lue conjointement avec les renseignements contenus dans le reste de la présente brochure. Veuillez vous reporter aux sections appropriées pour plus de renseignements, notamment sur les exclusions, les restrictions et les autres conditions prévues par votre régime.

Conditions générales

Nous, nos et notre	Dans la présente brochure, les termes « <i>nous</i> », « <i>nos</i> » et « <i>notre</i> » se rapportent à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Période probatoire	Aucune
Cessation	Les conditions de cessation de la couverture peuvent varier d'une garantie à l'autre comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué dans la section <i>Conditions générales</i> de la présente brochure.

Frais médicaux

Année de référence	Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre
Franchise	Aucune
Niveau de remboursement	
<i>Régime avec carte-médicaments</i>	Inclus
<i>Médicaments sur ordonnance</i>	100 % des frais
	Les médicaments couverts au titre de la présente garantie doivent avoir un numéro d'identification du médicament (numéro DIN) et être approuvés conformément à la rubrique <i>Évaluation des médicaments</i>
	La garantie couvre les médicaments et les articles suivants qui sont délivrés par un pharmacien sur l'ordonnance du médecin ou du dentiste :
	<ul style="list-style-type: none">• 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• vaccins

	<ul style="list-style-type: none"> • stérilets et diaphragmes • médicaments pour le traitement de la stérilité, à concurrence de 5 000 \$ par personne sa vie durant • injections sclérosantes pour le traitement des varices • médicaments contre l'obésité, à concurrence de 500 \$ par personne par année de référence <p>Certains médicaments et traitements ne sont pas couverts même s'ils sont prescrits par le médecin. Veuillez consulter la section Frais médicaux de la présente brochure pour de plus amples renseignements.</p>
<i>Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments</i>	La Sun Life rembourse 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.
<i>Limitation au prix du médicament équivalent</i>	Les frais venant en excédent du prix du médicament équivalent le moins coûteux ne sont pas couverts, à moins que nous n'en ayons expressément approuvé le remboursement. Afin de déterminer si l'utilisation d'un médicament plus coûteux constitue une nécessité médicale, nous exigeons qu'une demande d'exception dûment remplie par la personne couverte et par le médecin traitant nous soit fournie.
<i>Régime d'assurance médicaments du Québec</i>	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
<i>Hospitalisation dans la province du domicile</i>	100 % de la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre semi-particulière
<i>Hôpital de convalescence</i>	100 % des frais, à concurrence de 20 \$ par jour, pour une période limitée à 180 jours pour toutes les périodes de traitement d'une maladie attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes
<i>Services hors province reçus en cas d'urgence</i>	100 % des frais Programme Voyage Assistance inclus Limite de temps – 60 jours suivant le départ de la province du domicile de la personne Maximum viager de 3 000 000 \$ par personne pour les services reçus à l'extérieur du Canada
<i>Services hors province reçus à la recommandation du médecin</i>	80 % des frais
<i>Services et articles médicaux</i>	100 % des frais
<i>Interventions pour l'affirmation du genre</i>	100 % des frais, à concurrence de 10 000 \$ par personne par année de référence et d'un maximum viager de 40 000 \$ par personne
<i>Services paramédicaux</i>	100 % des frais pour les spécialistes paramédicaux autorisés ci-dessous, à concurrence de 500 \$ par personne par année de référence pour chaque spécialité : <ul style="list-style-type: none"> • massothérapeutes • orthophonistes • physiothérapeutes • naturopathes • acupuncteurs

	<ul style="list-style-type: none"> ergothérapeutes ostéopathes ou praticiens en ostéopathie, avec au maximum un examen radiologique par année de référence chiropraticiens, avec au maximum un examen radiologique par année de référence podiatres ou chiropodistes, avec au maximum un examen radiologique par année de référence. Un maximum distinct correspondant à 200 \$ par personne par année de référence s'applique pour les interventions chirurgicales
<i>Autres services paramédicaux</i>	100 % des frais, à concurrence de 1 500 \$ par personne par année de référence pour les services de psychologues, travailleurs sociaux ou conseillers cliniciens
	100 % des frais, pour l'entraînement visuel, à concurrence de 500 \$ par personne par année de référence
<i>Frais d'optique</i>	100 % des frais, à concurrence de \$200 par personne par période de 24 mois
Services de Soins virtuels Lumino Santé	Inclus
Cessation	À votre départ à la retraite ou à votre 70 ^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur

Frais dentaires

Année de référence	Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre
Franchise	Aucune
Tarif	Tarif de la province du domicile du salarié, quel que soit l'endroit où les soins sont reçus Si les services sont fournis par un spécialiste agréé en endodontie, en prothèse dentaire, en chirurgie bucco-dentaire, en parodontie, en pédodontie ou en orthodontie, qui limite sa pratique aux traitements relevant de sa spécialité, c'est le tarif reconnu par l'association des chirurgiens-dentistes provinciale pour le spécialiste qui est utilisé
Niveau de remboursement	
<i>Soins de prévention</i>	100 % des frais
<i>Soins de base</i>	100 % des frais
<i>Soins majeurs</i>	50 % des frais
<i>Soins orthodontiques</i>	50 % des frais, pour les enfants de moins de 19 ans seulement
Prestation maximale	
<i>Prestation maximale par année de référence</i>	2 000 \$ par personne Une prestation viagère maximale distincte (ci-dessous) s'applique aux soins orthodontiques

<i>Prestation viagère maximale</i>	Soins orthodontiques – 2 000 \$ par personne
Cessation	À votre départ à la retraite ou à votre 70 ^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur

Compte Soins de santé 102194

Année de référence	Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre
Crédits	Salariés sans personnes à charge – 300 \$ au début de chaque année de référence Salariés avec personnes à charge – 500 \$ au début de chaque année de référence
Calcul proportionnel	Si votre couverture prend effet après le début de l'année de référence, vos crédits sont ajustés sur la base du nombre de mois qui restent avant la fin de l'année de référence
Frais remboursables	Frais qui sont considérés comme des frais médicaux et dentaires et des frais d'hospitalisation admissibles aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et qui ne sont pas pris en charge, en totalité ou en partie, par votre régime collectif, par le régime de votre conjoint ou par un régime parrainé par l'État
Cessation	À votre départ à la retraite ou à votre 70 ^e anniversaire, si cet anniversaire est antérieur

Demandes de règlement



Les demandes doivent être présentées dans les délais prescrits. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les délais de présentation des demandes de règlement dans le tableau ci-dessous. **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.**

Pour traiter une demande de règlement, nous pouvons vous demander de nous fournir les documents suivants :

- dossiers ou rapports médicaux
- preuve de paiement
- factures détaillées
- ordonnances
- tout autre renseignement dont nous avons besoin.

Les frais reliés à la présentation d'une attestation de sinistre sont à votre charge.

Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement

Utilisez ce tableau pour vous aider à respecter les délais de présentation de vos demandes de règlement.

Type de demande de règlement	Pour présenter une demande	Délais prescrits et instructions
Frais médicaux	<p>Demandez le formulaire à votre employeur ou obtenez-le sur notre site Web.</p> <p>Vous pouvez également présenter des demandes de règlement par voie électronique pour certains frais. Veuillez vous adresser à votre employeur pour plus de précisions.</p>	<p>Jusqu'à la moins tardive des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• 90 jours après la fin de l'année de référence au cours de laquelle les frais sont engagés, ou• 90 jours après la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais médicaux.
Programme Voyage Assistance	<p>Communiquez avec Allianz Global Assistance pour signaler une urgence médicale.</p>	<p>Demander le remboursement de vos frais : Afin de vous faire rembourser des frais que vous ou une autre personne couverte avez engagés pour des services ou des articles, vous devez nous faire parvenir une attestation des frais engagés dans les 30 jours suivant le retour de la personne dans la province de son domicile.</p> <p>Pour plus de précisions, voir le paragraphe <i>Sommes qui vous sont remboursées</i> de la section <i>Programme Voyage Assistance</i>.</p>

Type de demande de règlement	Pour présenter une demande	Délais prescrits et instructions
Frais dentaires	<p>Demandez le formulaire à votre employeur ou obtenez-le sur notre site Web.</p> <p>Le dentiste devra remplir la section appropriée du formulaire.</p> <p>Vous pouvez également présenter des demandes de règlement par voie électronique pour certains frais. Veuillez vous adresser à votre employeur pour plus de précisions.</p>	<p>Jusqu'à la moins tardive des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 90 jours après la fin de l'année de référence au cours de laquelle les frais sont engagés, ou • 90 jours après la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais dentaires. <p>Nous pouvons exiger que vous nous présentiez la déclaration du dentiste en ce qui touche le traitement reçu, les radiographies prises avant le traitement et tout autre renseignement se rapportant au traitement.</p> <p>Un plan de traitement doit nous être fourni pour les soins orthodontiques.</p>
Compte Soins de santé	<p>Demandez le formulaire à votre employeur ou obtenez-le sur notre site Web.</p> <p>Vous pouvez également présenter des demandes de règlement par voie électronique pour certains frais. Veuillez vous adresser à votre employeur pour plus de précisions.</p>	<p>Jusqu'à 90 jours après la moins tardive des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la fin de l'année de référence au cours de laquelle les frais sont engagés, ou • la date de cessation de votre couverture au titre de la garantie Compte Soins de santé.

Conditions générales



Cette brochure contient des renseignements importants pour vous. Elle décrit les garanties prévues par le contrat collectif établi au nom de votre employeur par nous, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la *Sun Life*), membre du groupe Financière Sun Life.

La présente brochure ne constitue qu'un résumé des principales dispositions du contrat collectif de votre employeur. En cas de divergence entre les dispositions du contrat collectif et les renseignements contenus dans la présente brochure, c'est le contrat qui prime, dans la mesure où la loi le permet.

Vos garanties collectives peuvent être modifiées après l'établissement de la présente brochure. Vous serez informé par écrit de toute modification apportée à votre régime collectif. Ces avis de modification feront alors partie de la présente brochure, veuillez les conserver en lieu sûr avec cette brochure.

Des questions? Vous avez des questions concernant vos garanties collectives? Veuillez vous adresser à votre employeur.

Vos garanties collectives	<p>La garantie Compte Soins de santé est autoassurée par le titulaire du contrat Canada Workday ULC. Cela signifie que Canada Workday ULC a l'entière responsabilité de cette garantie sur les plans légal et financier, et doit fournir les fonds nécessaires au versement des règlements. La Sun Life procure des services administratifs seulement (SAS), comme l'étude et le traitement des demandes de règlement. Toutes les autres garanties sont assurées par la Sun Life.</p>
Qui est admissible aux garanties?	<p>Pour être admissible aux garanties collectives, vous devez résider au Canada et remplir toutes les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• être membre du personnel permanent de l'employeur et travailler au Canada.• travailler effectivement pour le compte de l'employeur au moins 30 heures par semaine.• avoir accompli la période probatoire indiquée dans le Sommaire des garanties. <p>Les personnes à votre charge sont admissibles au régime à la plus tardive des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle vous êtes admissible au régime, ou• la date à laquelle elles répondent à la définition de personne à charge. <p>Les personnes à votre charge ne sont admissibles au régime que si vous demandez à y adhérer vous-même.</p>
Personne à charge	<p>Par personne à charge, on entend :</p> <ul style="list-style-type: none">• votre conjoint ou votre enfant,• qui réside au Canada ou aux États-Unis. <p>Par conjoint, on entend :</p> <ul style="list-style-type: none">• votre conjoint en vertu d'un mariage, ou• votre conjoint en vertu de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou• la personne du sexe opposé ou du même sexe qui habite avec vous et qui vit une relation conjugale avec vous. <p>À toute époque, le régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint.</p> <p>Par enfant, on entend tout enfant du salarié ou de son conjoint (sauf un enfant pris en foyer nourricier), qui est âgé de moins de 21 ans et qui n'a pas de conjoint.</p>

	<p>L'enfant de moins de 25 ans (de moins de 26 ans dans le cas des médicaments figurant dans la liste de médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour les salariés résidant au Québec) qui étudie à temps plein, qui n'a pas de conjoint et dont vous assurez le soutien sur le plan financier est également considéré comme un enfant.</p> <p>L'enfant qui souffre d'une invalidité avant l'âge limite et dont l'invalidité se poursuit demeure couvert s'il est incapable de subvenir à ses besoins sur le plan financier en raison de son invalidité, s'il dépend de vous financièrement et s'il n'a pas de conjoint.</p> <p>Dans ce cas, vous devez informer la Sun Life dans les 6 mois suivant le jour où l'enfant atteint l'âge limite dans le cadre de ce régime. Veillez vous adresser à votre employeur pour plus de renseignements à ce sujet.</p>
<p>Comment adhérer au régime</p>	<p><i>Couverture pour vous-même</i> : Vous devez fournir les renseignements nécessaires à la Sun Life par l'entremise de votre employeur.</p> <p><i>Couverture pour une personne à charge</i> : Vous devez demander la couverture des personnes à charge.</p> <p>Vous pouvez refuser la garantie Frais médicaux ou Frais dentaires du présent régime, si vous ou les personnes à votre charge bénéficiez d'une couverture comparable aux termes du présent régime ou d'un autre régime. Si, par la suite, l'autre couverture prend fin, vous pourrez alors opter pour la couverture prévue par le présent régime.</p>
<p>Prise d'effet de la couverture</p>	<p>Votre couverture prend effet à la date à laquelle vous êtes admissible à la couverture.</p> <p>Si vous n'êtes pas effectivement au travail le jour où votre couverture devrait normalement prendre effet, vous n'êtes couvert qu'à compter du jour où vous remplissez cette condition.</p> <p>La couverture de la personne à charge prend effet dès que toutes les conditions suivantes sont remplies :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vous bénéficiez de la couverture prévue pour vous-même. • vous avez une personne à votre charge.
<p>Modification de la couverture</p>	<p>Lorsqu'une attestation de bonne santé est exigée, la modification ne peut prendre effet avant que la Sun Life n'accepte l'attestation.</p> <p>Si vous n'êtes pas effectivement au travail le jour où une augmentation de la couverture devrait normalement prendre effet ou le jour où la Sun Life accepte l'attestation de bonne santé, la modification ne prend effet qu'à compter du jour où vous remplissez cette condition.</p>
<p>Tenue à jour de votre dossier</p>	<p>Pour toujours bénéficier de la protection appropriée, il est important que vous informiez votre employeur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de tout changement de situation quant aux personnes à charge. • de tout changement de nom.

Accès à vos dossiers

Vous pouvez demander une copie des renseignements figurant à votre dossier, notamment :

- votre formulaire d'adhésion ou de demande d'assurance.
- tout document ou renseignement écrit se rapportant à votre santé que vous avez fourni à la Sun Life au moment de votre adhésion à la couverture.
- une copie du contrat assuré.

La première copie est fournie sans frais, mais des frais peuvent être demandés pour des copies supplémentaires.

Pour obtenir une copie d'un document, utilisez l'une des deux méthodes ci-dessous :

- allez sur notre site Web, à l'adresse www.masunlife.ca.
- téléphonez à notre Centre de service à la clientèle, sans frais au 1-866-896-6976.

Cessation de la couverture

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

- vous quittez le service de l'employeur ou prenez votre retraite.
- vous cessez d'être effectivement au travail.
- la période couverte par la dernière prime payée à la Sun Life en votre nom prend fin.
- la garantie ou 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 d'une garantie en particulier, veuillez vous reporter au Sommaire des garanties qui se trouve au début de la présente brochure.

Si vous décédez en cours de couverture

Les personnes à votre charge demeurent couvertes, sans qu'aucune prime ne soit exigible, **jusqu'à ce que se réalise l'une des situations suivantes :**

- 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.
- votre couverture aurait pris fin si vous étiez toujours vivant.
- la garantie couvrant la personne à charge est résiliée.

La couverture des personnes à charge qui est maintenue est assujettie à toutes les autres conditions du présent régime.

Actions en justice pour les garanties assurées

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.

Actions en justice pour les garanties autoassurées

Dans les cas où la loi applicable dans votre province ou territoire permet l'utilisation d'un délai de prescription différent, toute action en justice engagée pour recouvrer les sommes payables au titre du régime est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée moins d'un an après la date à laquelle nous devons recevoir vos formulaires de demandes de règlement. Dans les autres cas, toute action en justice engagée pour recouvrer les sommes payables au titre du régime est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la loi applicable dans votre province ou territoire.

Coordination de vos prestations avec un autre régime

Si vous ou les personnes à votre charge êtes couverts par la garantie Frais médicaux ou Frais dentaires du présent régime et d'un autre régime, les prestations provenant de l'ensemble des régimes ne peuvent dépasser le total des frais remboursables.

Lorsque vous êtes couvert par plusieurs régimes, les normes établies dans l'industrie de l'assurance déterminent le régime au titre duquel vous devez présenter la demande de règlement en premier.

Veillez envoyer les demandes de règlement portant sur des frais engagés pour vous-même et pour votre conjoint dans l'ordre suivant :

- Envoyez d'abord la demande de règlement au régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel. Si la personne est couverte à titre de membre du personnel 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.
- Envoyez ensuite la demande de règlement au régime qui couvre la personne à titre de personne à charge.

Veillez envoyer les demandes de règlement portant sur des frais engagés pour un enfant dans l'ordre suivant :

- Envoyez d'abord la demande de règlement au régime qui couvre l'enfant à titre de membre du personnel.
- Envoyez-la ensuite au régime d'assurance maladie ou dentaire offert par l'entremise d'un établissement d'enseignement qui couvre l'enfant à titre d'étudiant.
- Puis au 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^{er} mai et celui de votre conjoint, le 5 juin, la demande doit être présentée en premier au titre de votre régime.

Lorsque vous nous envoyez une demande de règlement, vous devez déclarer toute couverture équivalente dont vous-même ou les personnes à votre charge bénéficiez.

Examen médical

Nous pouvons exiger que vous ou les personnes à votre charge subissiez un examen médical lorsque vous présentez une demande de règlement. Les frais de ces examens sont à notre charge. Si la personne ne se conforme pas à cette exigence, nous ne verserons pas de prestations.

Droit de recouvrement

Si nous avons versé des prestations en trop, nous pouvons les récupérer. Nous pourrions :

- vous demander de nous rembourser,
- déduire ce montant sur d'autres prestations ou
- récupérer cette somme par tout autre moyen légal.

Cession

Nous nous réservons le droit de refuser toute cession.

Définitions

Vous trouverez ci-après la définition de certains termes utilisés dans la présente brochure. D'autres termes qui se rapportent plus spécifiquement aux garanties 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.
Date du départ à la retraite	Si vous êtes totalement invalide, la date de votre départ à la retraite correspond à votre 65 ^e anniversaire de naissance, à moins que vous n'ayez effectivement pris votre retraite avant cet anniversaire.
Maladie	Par maladie, on entend également une blessure, une affection ou 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.
Salariés réguliers	Tous les salariés à l'exclusion des stagiaires.



Description générale de la garantie

Dans la présente section, le mot *vous* s'entend du salarié ou de toute personne à sa charge, couverts par la garantie Frais médicaux.

La garantie Frais médicaux prévoit le paiement des frais remboursables que vous engagez en cours de couverture.

Par *frais remboursables*, on entend les frais engagés pour les services et les articles indiqués ci-dessous qui sont médicalement nécessaires au traitement d'une maladie et qui n'excèdent pas les frais raisonnables habituellement exigés pour les services ou les articles faisant l'objet de la demande de règlement. Toutefois, des conditions d'admissibilité supplémentaires s'appliquent dans le cas des médicaments (voir la section *Programme d'autorisation préalable* pour en savoir plus).

Par *médicalement nécessaire*, on entend généralement reconnu par le corps médical canadien comme efficace, approprié et requis pour traiter une maladie d'après les normes médicales canadiennes.

Par *frais raisonnables habituellement exigés*, on entend :

- les honoraires et prix normalement demandés dans la région où les services ou articles sont donnés
- et les frais relatifs aux services et aux articles qui représentent un traitement raisonnable en ce qui touche la fréquence et la durée.

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.

Le terme médecin peut également s'entendre d'une infirmière praticienne – Si les lois provinciales applicables permettent aux infirmières praticiennes de fournir des ordonnances pour certains produits ou services, la Sun Life rembourse les frais admissibles de la même façon que si les ordonnances venaient d'un médecin. Pour les médicaments, veuillez vous reporter à la section *Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments* indiquée dans le Sommaire des garanties.

Présentation d'une demande de règlement lorsque les frais sont engagés

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.

L'année de référence figure dans le Sommaire des garanties.

Voir le tableau **Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement** au début de la présente brochure pour savoir quand et comment présenter une demande de règlement.

Niveau de remboursement

Les frais engagés sont remboursés en fonction du niveau de remboursement prévu par le présent régime.

Pour chaque type de service mentionné ci-dessous, le niveau de remboursement figure dans le Sommaire des garanties.

Médicaments sur ordonnance

Médicaments sur ordonnance	Nous couvrons le coût des médicaments et articles qui figurent dans le Sommaire des garanties.
Limite d'approvisionnement	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.
Exclusions	<p>Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit, même s'il s'agit de soins, de médicaments et d'articles prescrits :</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.• protéines et les suppléments alimentaires ou diététiques.• stimulants de la pousse des cheveux.• auxiliaires antitabagiques.• 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.
Évaluation des médicaments	<p>Les médicaments suivants feront l'objet d'une évaluation et devront être approuvés par nous en vue d'être admissibles à un remboursement :</p> <ul style="list-style-type: none">• médicaments ayant reçu un avis de conformité de Santé Canada, le 1^{er} novembre 2017 ou après cette date, pour un usage initial ou un nouvel usage.• médicaments couverts par ce régime et dont le coût a connu une hausse importante. <p>Les frais de médicaments sont admissibles à un remboursement seulement s'ils ont été engagés à compter de la date à laquelle nous les avons approuvés.</p> <p>Nous évaluerons l'admissibilité du médicament en fonction de facteurs comme :</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.• l'accès à d'autres médicaments qui traitent les mêmes affections ou des affections similaires.• la durabilité du régime.
Auxiliaires antitabagiques	Pour les salariés résidant au Québec, les auxiliaires antitabagiques sont couverts compte tenu des exigences du régime d'assurance médicaments du Québec.
Services pharmaceutiques (rendus par les pharmaciens)	Pour les salariés résidant au Québec, nous couvrons les services pharmaceutiques qui sont couverts par le régime d'assurance médicaments du Québec et appliquons les exigences de celui-ci.

Programme d'autorisation préalable

Le programme d'autorisation préalable (AP) s'applique à un nombre restreint de médicaments pour lesquels une autorisation préalable est nécessaire pour qu'ils soient couverts au titre du programme.

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.

Voir la section *Pour communiquer avec la Financière Sun Life* qui se trouve au début de la présente brochure pour savoir comment vous procurer des formulaires d'autorisation préalable.

Programme de médicaments de référence

Le Programme de médicaments de référence (PMR) s'applique à certains médicaments déterminés par la Sun Life. Dans le cadre du PMR, la Sun Life :

- regroupe par catégorie (*classe thérapeutique*) les médicaments utilisés pour traiter de façon identique ou semblable les mêmes affections.
- détermine le médicament qui a le meilleur rapport prix-efficacité dans une *classe thérapeutique* donnée (*médicament de référence*). Pour ce faire, la Sun Life se base sur différents facteurs comme le coût pour le régime, les programmes provinciaux, la sécurité et l'efficacité clinique.
- limite les frais remboursables des médicaments d'une même *classe thérapeutique* au prix du *médicament de référence* de ce groupe (*limite pour le médicament de référence*).
- applique la *limite pour le médicament de référence* dans les provinces sélectionnées, sauf au Québec. Les provinces sélectionnées peuvent varier selon la *classe thérapeutique*.

Pour toutes les *classes thérapeutiques*, la *limite pour le médicament de référence* s'applique aux personnes couvertes dans les provinces sélectionnées qui n'ont pas de demandes de règlement précédentes pour un médicament autre que le *médicament de référence*. La *limite pour le médicament de référence* peut aussi s'appliquer aux personnes couvertes qui ont des demandes de règlement précédentes pour un médicament autre que le *médicament de référence*, selon la *classe thérapeutique* et des facteurs comme :

- le soutien clinique requis pour passer au *médicament de référence*.
- la durée prévue du traitement.
- les programmes provinciaux.

Toute demande de règlement présentée sous ce régime dans les 120 jours précédant la date où la Sun Life applique le *médicament de référence* au régime est considérée comme une demande de règlement précédente. Tout médicament différent du *médicament de référence* dans une *classe thérapeutique* donnée est considéré comme un médicament autre que le *médicament de référence*.

Lorsque la *limite pour le médicament de référence* s'applique, les frais dépassant cette limite ne sont pas remboursables, sauf si la personne couverte doit prendre le médicament autre que le *médicament de référence* par nécessité médicale. Pour évaluer si le médicament est une nécessité médicale, la Sun Life exige qu'une demande d'exception dûment remplie par la personne couverte et par le médecin traitant lui soit fournie.

Frais d'hospitalisation engagés dans votre province

Hôpital

Nous couvrons les frais engagés pour une hospitalisation dans un hôpital dans votre province de résidence, comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties.

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 personnes âgées ou malades chroniques, un sanatorium, un hôpital de convalescence ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, de même que les lits réservés à ces fins dans un hôpital ne sont pas considérés comme un hôpital.

Hôpital de convalescence

Nous couvrons les frais engagés pour une hospitalisation dans un hôpital de convalescence, prescrite par le médecin, à condition qu'elle ait principalement pour objet la réadaptation du malade et non la surveillance du malade, comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties.

Un *hôpital de convalescence* est 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 personnes âgées 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.

Frais engagés hors de votre province

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, le niveau de remboursement figure dans le Sommaire des garanties.**

	<p>Dans le cas des services reçus en cas d'urgence et à la recommandation du médecin, nous couvrons ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>Services reçus en cas d'urgence</p>	<p>Nous couvrons les frais engagés pour des services reçus en cas d'urgence uniquement durant la limite de temps indiquée dans le Sommaire des garanties. 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.</p> <p>Le terme <i>services reçus en cas d'urgence</i> 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.</p> <p>Le terme <i>urgence</i> s'entend de toute situation reliée à une maladie aiguë ou à une blessure accidentelle qui exige un traitement immédiat, médicalement nécessaire, prescrit par le médecin.</p> <p>En cas d'urgence, communiquez immédiatement avec nous! Vous ou une personne qui vous accompagne devez communiquer immédiatement avec AZGA Service Canada Inc. (<i>Allianz Global Assistance</i>), qui est le fournisseur du Programme Voyage Assistance de la Sun Life. Allianz Global Assistance doit approuver au préalable tous les procédés invasifs et les procédés d'investigation (y compris toute intervention chirurgicale, angiographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographie par émission de positons (TEP), tomодensitométrie) que vous recevez.</p> <p>Si vous recevez des soins d'urgence avant qu'Allianz Global Assistance n'en soit informé et que nous déterminons que quelqu'un aurait pu raisonnablement communiquer avec Allianz Global Assistance à votre place, la Sun Life a le droit de refuser ou de limiter le paiement des frais engagés relativement à cette urgence</p> <p>Lorsque des circonstances exceptionnelles vous empêchent de communiquer avec Allianz Global Assistance avant de recevoir des services, vous devez le faire le plus tôt possible par la suite.</p> <p>L'urgence prend fin lorsqu'Allianz Global Assistance considère, en se basant sur les renseignements médicaux disponibles, que votre état est suffisamment stable du point de vue médical pour que vous puissiez retourner dans la province de votre domicile.</p>
<p>Services reçus en cas d'urgence exclus de la couverture</p>	<p>Les frais engagés pour les services suivants reçus en cas d'urgence ne sont pas couverts :</p>

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

Votre couverture des frais médicaux en un coup d'œil

Frais couverts	Précisions	Prestations maximales
Services et articles médicaux		
Soins d'infirmières ou d'infirmiers exerçant à titre privé donnés hors de l'hôpital	<p>Doivent être médicalement nécessaires</p> <p>Les services doivent consister en soins infirmiers; ils ne doivent pas avoir pour objet la surveillance du malade et ils doivent être prescrits par le médecin</p> <p>Par infirmières ou infirmiers 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</p> <p>Les services d'infirmières ou d'infirmiers autorisés ne sont couverts que s'ils ne peuvent pas être donnés par des infirmières ou infirmiers auxiliaires</p>	10 000 \$ par personne par année de référence
Ambulance	<p>Transport dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche</p> <p>Les services doivent être médicalement nécessaires</p> <p>Les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services reçus en cas d'urgence sont remboursés selon les conditions figurant dans le <i>Sommaire des garanties pour les Services hors province reçus en cas d'urgence</i></p>	

Frais couverts	Précisions	Prestations maximales
Transport aérien par service ambulancier	<p>Transport aérien par service ambulancier autorisé, à destination de l'hôpital approprié le plus proche</p> <p>Les services doivent être médicalement nécessaires</p> <p>Les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services reçus en cas d'urgence sont remboursés selon les conditions figurant dans le Sommaire des garanties pour les <i>Services hors province reçus en cas d'urgence</i></p>	
Services diagnostiques	<p>Services diagnostiques suivants reçus hors de l'hôpital, sauf si votre régime provincial considère ces frais comme un service assuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> • analyses de laboratoire prescrites par le médecin • échographies • IRM (imagerie par résonance magnétique), tomographies et autres services d'imagerie médicale 	Pour tous les services d'imagerie médicale réunis, 1 000 \$ par personne par année de référence
Soins dentaires après un accident	<p>Traitement des dents naturelles endommagées dans un accident survenu en cours de couverture, y compris les frais d'attelles et d'arcs dentaires</p> <p>Vous devez recevoir les soins dans les 12 mois de l'accident</p>	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 salarié
Ophtalmologistes ou optométristes autorisés	Services d'ophtalmologistes ou d'optométristes autorisés	Un examen par personne par période de 12 mois
Lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires	Nécessaires à la suite d'une opération de la cataracte	100 \$ par personne par œil, sa vie durant
Perruques	Nécessaires à la suite d'une chimiothérapie	700 \$ par personne sa vie durant

Frais couverts	Précisions	Prestations maximales
Appareils	<p>Appareils médicalement nécessaires répondant à vos besoins médicaux fondamentaux que vous avez loués (ou achetés à notre demande)</p> <p>Le remboursement de ces frais peut être assujéti à la présentation d'une ordonnance du médecin</p> <p>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</p>	Dans le cas des fauteuils roulants, nous ne couvrons que le coût d'un fauteuil roulant non motorisé, sauf si votre état de santé justifie l'utilisation d'un fauteuil roulant motorisé
Plâtres, bandages herniaires ou béquilles		
Atelles ou orthèses	Sur l'ordonnance du médecin	
Prothèses mammaires	Nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale	200 \$ par personne par année de référence
Soutiens-gorge post-opératoires	Nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale	2 soutiens-gorge par personne par année de référence
Membres ou yeux artificiels		
Couvre-moignons		6 paires par personne par année de référence
Bas à varices, y compris les bas à compression régressive	Sur l'ordonnance du médecin	2 paires par personne par année de référence
Orthèses plantaires faites sur mesure	Sur l'ordonnance du médecin, du podiatre ou du chiropodiste	500 \$ par personne par année de référence
Chaussures orthopédiques faites sur mesure, à l'exclusion des chaussures faisant partie d'une orthèse	Sur l'ordonnance du médecin, du podiatre ou du chiropodiste	
Appareils de correction auditive		2 000 \$ par personne par oreille par période de 5 années de référence Les réparations sont comprises dans ce maximum
Administration d'oxygène		
Lecteurs de glycémie		700 \$ par personne sa vie durant
Systèmes de surveillance du glucose en continu (systèmes de SGC) – récepteurs, transmetteurs ou capteurs	<p>Seulement pour les personnes qui ont reçu un diagnostic de diabète de type 1</p> <p>Vous devez nous fournir une note du médecin confirmant le diagnostic</p>	Maximum global de 4 000 \$ par personne par année de référence
Pompes à insuline	Sur l'ordonnance du médecin	

Frais couverts	Précisions	Prestations maximales
Articles devenus nécessaires à la suite d'une colostomie		

Interventions pour l'affirmation du genre

<p>Interventions pour l'affirmation du genre</p>	<p>Nous couvrons les frais engagés pour les interventions suivantes liées à la transition de genre si vous répondez aux <i>Conditions d'admissibilité</i> énoncées ci-dessous, jusqu'à concurrence du niveau de remboursement indiqué dans le Sommaire des garanties.</p> <p>Interventions chirurgicales et autres concernant la transition d'homme à femme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • augmentation mammaire. • chondrolaryngoplastie. • laryngoplastie. • épilation permanente (au laser ou par électrolyse) en vue d'une vaginoplastie ou en raison d'une pilosité excessive du visage ou du corps. • réduction de l'arcade sourcilière; réduction, remodelage ou plastie de la mâchoire; rhinoplastie; blépharoplastie; rhytidectomie; liposuccion de la taille; augmentation des fessiers (implants/lipostructure). • positionnement de la ligne de naissance des cheveux en cas de calvitie frontale. <p>Interventions chirurgicales et autres concernant la transition de femme à homme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • scrotoplastie. • implantation de prothèses péniennes et/ou testiculaires. • épilation permanente (au laser ou par électrolyse) en vue d'une phalloplastie. • remodelage de l'arcade sourcilière; augmentation du menton; augmentation des joues; rhinoplastie; blépharoplastie; reconstruction du torse (liposuccion/lipostructure); implants pectoraux. <p>Nous nous réservons le droit de modifier la liste des frais remboursables fournie ci-dessus si des modifications sont apportées à la liste des interventions couvertes par tout programme d'affirmation du genre en vigueur dans une province ou un territoire.</p>
<p>Conditions d'admissibilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vous devez être suivi par un médecin pour la transition de genre. • Vous devez avoir au moins 18 ans. • Une préapprobation est requise. Vous et votre médecin devez remplir le formulaire <i>Affirmation du genre – Demande de couverture</i> et nous le présenter, accompagné d'une preuve indiquant que vous avez reçu l'approbation nécessaire au titre du programme d'affirmation du genre du régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire de votre domicile pour subir une ou plusieurs interventions chirurgicales. Si vous vivez dans une province ou un territoire où il n'existe pas de programme d'affirmation du genre, vous devez communiquer avec nous et satisfaire à nos conditions pour avoir droit au remboursement des frais. • Toutes les interventions doivent être jugées médicalement nécessaires par votre médecin. • Toutes les interventions doivent être pratiquées au Canada. • Seuls les frais engagés après la date d'effet de votre couverture au titre de la présente garantie et pendant que la garantie est en vigueur sont remboursables.

Avant d'engager des frais, appelez un représentant du Centre de service à la clientèle de la Financière Sun Life sans frais au 1-800-361-6212 pour obtenir le formulaire *Affirmation du genre – Demande de couverture*. Nous évaluerons chacune des interventions selon les dispositions du régime. Nous nous réservons le droit de demander des précisions sur les interventions pratiquées.

Vous pourriez avoir à engager d'autres frais, par exemple pour des médicaments ou des services paramédicaux, en raison de votre transition de genre. Pour savoir si ces autres frais sont remboursables par ce régime et connaître, le cas échéant, les maximums qui s'appliquent, veuillez vous reporter aux clauses *Médicaments sur ordonnance*, *Services paramédicaux* ou aux autres clauses pertinentes de la présente garantie Frais médicaux.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit :

- interventions couvertes ou disponibles dans le cadre du régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire de votre domicile.
- frais de voyage ou d'hébergement.
- renversement d'interventions pour l'affirmation du genre.
- conservation du sperme ou cryopréservation d'embryons.
- interventions liées au traitement de l'infertilité causée par la transition de genre.

Frais couverts	Précisions	Prestations maximales
Services paramédicaux		
Spécialistes paramédicaux figurant dans le Sommaire des garanties	Les spécialistes paramédicaux doivent être autorisés	<p>Jusqu'à concurrence du niveau de remboursement indiqué dans le Sommaire des garanties</p> <p>Nous ne versons aucune prestation pour les services donnés par un podiatre en Ontario ou Alberta à moins qu'ils ne soient reçus après que la prestation maximale annuelle prévue par le régime provincial d'assurance-maladie a été versée</p>

Frais couverts	Précisions	Prestations maximales
<p>Le terme <i>autorisé</i> se rapporte à toute personne qui est membre de l'organisme approprié régissant l'exercice de sa profession établi par les autorités gouvernementales provinciales. En l'absence d'un tel organisme, la personne doit être un membre actif d'une association approuvée par nous.</p> <p>Les spécialistes paramédicaux <i>autorisés</i> doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire partie d'un organisme de réglementation ou, en l'absence d'un tel organisme, être membre d'une association approuvée par nous; • détenir un permis ou être autorisés à pratiquer leur profession, de la manière prescrite par l'organisme de réglementation provincial pertinent; • avoir suivi une formation adéquate et obtenu les titres requis pour être en mesure de fournir les services ou les articles offerts; • conserver des dossiers cliniques conformes aux pratiques et aux normes raisonnables qui sont en usage dans leur domaine ou aux exigences de l'organisme ou de l'association; • nous fournir les dossiers cliniques lorsque nous en faisons la demande et répondre favorablement à nos demandes de renseignements; • ne pas avoir recours à des pratiques administratives qui sont inacceptables pour nous. <p>Cette liste de critères n'est pas exhaustive. Nous avons le droit de déterminer à notre entière discrétion qu'un spécialiste paramédical est autorisé à offrir un service ou un article. Dans la mesure où les critères énoncés ci-dessus s'appliquent aux cliniques, nous avons le droit de déterminer à notre entière discrétion qu'une clinique est autorisée de sorte que les demandes de règlement pour des services ou des articles reçus à cette clinique donnent droit à un remboursement au titre du présent régime.</p>		
Entraînement visuel		Jusqu'à concurrence du niveau de remboursement indiqué dans le Sommaire des garanties
Frais d'optique		
Lentilles cornéennes, lunettes et correction de la vision par le laser	<p>Les lentilles cornéennes et les lunettes doivent avoir été prescrites par un ophtalmologiste ou par un optométriste autorisé</p> <p>Elles doivent aussi avoir été obtenues d'un ophtalmologiste, ou d'un optométriste ou d'un opticien autorisé</p> <p>Nous ne couvrons le coût de la correction de la vision par le laser que si elle est pratiquée par un ophtalmologiste</p>	<p>Jusqu'à concurrence du niveau de remboursement indiqué dans le Sommaire des garanties</p> <p>Aucune prestation n'est payable pour les lunettes de soleil, les lunettes grossissantes et les lunettes de protection, sauf s'il s'agit de lunettes sur ordonnance nécessaires pour corriger la vision</p>

Cessation de la couverture

Voir le Sommaire des garanties au début de la présente brochure pour connaître la cessation de votre couverture.

Prestations après la cessation de la couverture

Si vous êtes totalement invalide, au sens défini dans le contrat, au moment de la cessation de votre couverture, vous avez droit au remboursement des frais engagés pour le traitement de la maladie à l'origine de votre invalidité si les frais sont engagés :

- pendant la période ininterrompue d'invalidité totale,
- dans les 90 jours de la cessation de la couverture,
- et lorsque la présente garantie est en vigueur.

En cas de résiliation de la garantie Frais médicaux, le traitement des dents naturelles endommagées par un coup accidentel à la bouche demeure couvert, pourvu que les conditions suivantes soient respectées :

- l'accident est survenu en cours de couverture,
- et les soins sont reçus dans les 6 mois qui suivent la date 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*.
- prothèses ou appareils médicaux implantés (exemples : anneaux gastriques, implants mammaires, implants rachidiens et prothèses de hanche).
- matériel que nous excluons de notre garantie (exemples : matelas orthopédiques, appareils d'exercice physique, climatiseurs et purificateurs d'air, baignoires d'hydromassage et humidificateurs).
- services ou articles qui ne sont pas habituellement fournis pour le traitement d'une maladie, y compris les traitements expérimentaux ou les traitements de recherche, tels que décrits dans le contrat.
- services ou articles qui ne sont pas des frais médicaux admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).
- 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 du présent 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.

Soins virtuels Lumino Santé

Les services de Soins virtuels Lumino Santé sont fournis par Dialogue. Ces services ne sont ni assurés ni gérés par la Sun Life.

Si vous êtes couvert par la garantie Frais médicaux, vous et les personnes à votre charge qui sont couvertes avez accès aux services de Dialogue.

Les soins virtuels Lumino Santé offrent divers services, notamment l'accès à des professionnels de la santé. Pour en savoir plus sur les services offerts par Dialogue, ou pour utiliser ces services, visitez <https://luminovc.dialogue.co/>.

Responsabilité de la Sun Life

La Sun Life ne peut être tenue responsable des négligences, erreurs ou omissions imputables à toute personne ou à toute organisation qui fournit directement ou indirectement des services avec Dialogue.

Programme Voyage Assistance



Description générale de la garantie

Dans la présente section, le mot *vous* s'entend du salarié ou de toute personne à sa charge, couverts par le Programme Voyage Assistance.

Le terme urgence s'entend de toute situation reliée à une maladie aiguë ou à une blessure accidentelle qui exige un traitement immédiat, médicalement nécessaire, prescrit par le médecin.

Cette garantie, appelée **Médi-Passeport**, complète la section de la garantie Frais médicaux relative aux services reçus en cas d'urgence. Nous couvrons les services reçus en cas d'urgence uniquement durant la limite de temps indiquée dans le Sommaire des garanties. Si vous êtes admis à l'hôpital au cours de cette période, les services que vous recevez à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à votre sortie de l'hôpital.

La clause portant sur les services reçus en cas d'urgence qui sont exclus de la couverture et toutes les autres conditions, notamment les maximums, les exclusions et les restrictions prévus par la garantie Frais médicaux s'appliquent également à la garantie Médi-Passeport.

Emportez votre carte d'assistance-voyage avec vous! Vous y trouverez les numéros de téléphone à composer et les renseignements nécessaires pour confirmer votre couverture et recevoir de l'aide.

Pour recevoir de l'aide

En cas d'urgence, communiquez immédiatement avec nous!

Vous ou une personne qui vous accompagne devez communiquer immédiatement avec AZGA Service Canada Inc. (*Allianz Global Assistance*).

Si vous recevez des soins d'urgence avant qu'Allianz Global Assistance n'en soit informé et que nous déterminons que quelqu'un aurait pu raisonnablement communiquer avec Allianz Global Assistance à votre place, la Sun Life a le droit de refuser ou de limiter le paiement des frais engagés relativement à cette urgence.

Lorsque des circonstances exceptionnelles vous empêchent de communiquer avec Allianz Global Assistance avant de recevoir des services, vous devez le faire le plus tôt possible par la suite.

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

Allianz Global Assistance offre les services suivants :

Assistance médicale immédiate

Allianz Global Assistance vous dirige vers un médecin, un pharmacien ou un centre de soins.

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

Allianz Global Assistance offre des services de traduction dans les principales langues, qui peuvent s'avérer nécessaires pour communiquer avec le personnel médical de l'endroit.

	<p>Allianz Global Assistance peut transmettre un message urgent à votre domicile, votre lieu de travail ou tout autre endroit approprié. L'organisme conserve dans ses bureaux pendant un maximum de 15 jours les messages à prendre.</p>
<p>Retour au domicile ou transport à un autre établissement médical</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Nourriture et logement</p>	<p>Si votre voyage est retardé ou interrompu en raison d'une urgence ou parce qu'une personne couverte par la garantie et voyageant avec vous vient à décéder, Allianz Global Assistance prend les dispositions en vue de vous assurer la nourriture et le logement dans un établissement commercial. La prestation maximale payable est de 150 \$ par personne par jour, pour une période limitée à 7 jours.</p> <p>Allianz Global Assistance prend les dispositions en vue de vous assurer la nourriture et le logement dans un établissement commercial si vous avez été hospitalisé d'urgence pendant un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile et si, de l'avis d'Allianz Global Assistance, vous n'êtes pas encore en état de voyager après votre sortie de l'hôpital. La prestation maximale payable est de 150 \$ par jour, pour une période limitée à 5 jours.</p>
<p>Retour de personnes en difficulté</p>	<p>Allianz Global Assistance prend des dispositions et, au besoin, verse une avance pour assurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • votre retour dans la province de votre domicile si vous ne pouvez plus utiliser un billet du fait que vous ou une personne à votre charge avez dû être hospitalisés ou transportés vers un centre de soins ou qu'une personne à votre charge ou sa dépouille a dû être ramenée dans la province de son domicile, en raison d'une urgence (retour au domicile). • le retour d'un enfant si, en raison d'une urgence, vous devez être hospitalisé et que l'enfant se retrouve seul alors qu'il voyageait avec vous à l'extérieur de la province de votre domicile. Ce service est offert aux enfants âgés de moins de 16 ans ou souffrant d'un handicap mental ou physique. <p>S'il y a lieu, Allianz Global Assistance prend des dispositions et verse une avance dans ce cas pour qu'un préposé compétent accompagne l'enfant jusqu'au domicile.</p> <p>La prestation maximale payable est égale au coût du transport, diminué de toute fraction remboursable du prix original du billet.</p>

Visite d'un membre de la famille	<p>Allianz Global Assistance prend des dispositions pour qu'un membre de votre famille immédiate puisse se rendre à l'endroit où vous êtes hospitalisé et, au besoin, l'organisme avance les fonds correspondant au prix du billet aller-retour en classe économique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • si vous êtes hospitalisé pendant plus de 7 jours consécutifs, et • si vous voyagez seul ou si vous êtes accompagné seulement d'un enfant de moins de 16 ans ou souffrant d'un handicap mental ou physique. <p>Nous payons jusqu'à 150 \$ par jour pour couvrir les frais de nourriture et de logement du membre de la famille dans un établissement commercial, pour une période limitée à 7 jours.</p>
Retour au domicile (transport de la dépouille)	<p>Si vous décédez au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile, Allianz Global Assistance paie jusqu'à 5 000 \$ pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • obtenir les autorisations prescrites par l'État. • régler les frais nécessaires pour le transport de votre dépouille dans un conteneur approprié.
Retour de votre voiture	<p>Allianz Global Assistance prend des dispositions et, au besoin, verse une avance d'au plus 500 \$ pour le retour d'une voiture privée dans la province de votre domicile ou d'une voiture louée au centre de location approprié le plus proche si vous ne pouvez le faire vous-même en raison d'une urgence ou d'un décès.</p>
Bagages ou documents perdus	<p>Si vous perdez ou vous faites voler vos bagages ou des documents de voyage au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile, Allianz Global Assistance vous indiquera les mesures à prendre pour remplacer les documents perdus ou volés et qui contacter en cas de perte ou de vol de bagages. Il s'agit uniquement d'un service. Aucune prestation n'est payable pour la perte ou le vol de documents et de bagages.</p>
Avance	<p>Aucune avance de moins de 200 \$ ne sera consentie. Les avances comprises entre 200 \$ et 10 000 \$ sont réglées en un seul versement.</p>
Sommes qui vous sont remboursées	<p>La Sun Life vous rembourse les frais d'articles et de services médicaux couverts par le présent régime que vous avez payés en cas d'urgence médicale, si votre couverture et l'état d'urgence médicale ont été préalablement confirmés par Allianz Global Assistance. En pareil cas, vous devez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • conserver vos reçus; • vous procurer dans tous les cas une note détaillée des frais engagés, le cas échéant, pour tous les soins reçus à l'hôpital; • remplir, dans les 30 jours de votre retour à la maison, un formulaire de demande de règlement de frais médicaux et l'envoyer directement à Allianz Global Assistance accompagné des reçus originaux et de toutes les notes détaillées relatives aux frais engagés. Vous pouvez vous procurer l'adresse d'Allianz Global Assistance en visitant le site Web des Services aux participants de la Financière Sun Life à l'adresse www.masunlife.ca ou en appelant son Centre de service à la clientèle, au numéro sans frais 1-866-896-6976. <p>Allianz Global Assistance vous demandera de signer un formulaire l'autorisant à agir en votre nom concernant le régime d'assurance-maladie de votre province. Vous devez signer et retourner ce formulaire à Allianz Global Assistance pour que votre demande de règlement soit traitée.</p>

Coordination des prestations	<p>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.</p> <p>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.</p>
Sommes que vous devez rembourser	<p>Vous devez rembourser à la Sun Life les sommes suivantes qu'Allianz Global Assistance vous a versées sous forme d'avances :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sommes qui doivent vous être remboursées par la régie de l'assurance-maladie de la province de votre domicile. • tout excédent sur les prestations maximales prévues par le présent régime. • sommes versées pour des services ou articles non couverts par le présent régime. • sommes que vous devez prendre à votre charge, notamment les franchises et la quote-part des frais que vous devez payer. <p>La Sun Life vous facture les sommes qui doivent lui être remboursées. Le paiement est exigible dès réception de la facture.</p>
Restrictions	<p>Allianz Global Assistance n'offre pas de services dans certains pays pour diverses raisons. Veuillez communiquer avec Allianz Global Assistance avant votre départ pour vous informer à ce sujet.</p> <p>Allianz Global Assistance se réserve le droit de suspendre ou de restreindre ses services sans préavis dans quelque région que ce soit dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rébellion, émeute, soulèvement militaire, guerre, conflit de travail, grève, accident nucléaire, terrorisme ou force majeure. • refus des autorités du pays en cause d'autoriser Allianz Global Assistance à fournir des services aussi complets que possible.
Responsabilité de la Sun Life ou d'Allianz Global Assistance	<p>La Sun Life et Allianz Global Assistance ne sont nullement responsables des négligences, erreurs ou omissions imputables au médecin ou à un autre professionnel de la santé qui vous fournit directement des services en vertu du présent régime.</p>



Description générale de la garantie

Dans la présente section, le mot *vous* s'entend du salarié ou de toute personne à sa charge, couverts par la garantie Frais dentaires.

La garantie Frais dentaires prévoit le paiement des frais remboursables que vous engagez en cours de couverture pour les soins donnés par un dentiste, un denturologiste, un hygiéniste dentaire ou un anesthésiste autorisés.

Nous couvrons les **frais raisonnables habituellement exigés** pour les soins reçus, à concurrence du montant indiqué en regard de ces soins dans le tarif de l'association des chirurgiens-dentistes qui figure dans le Sommaire des garanties. Lorsqu'un tarif n'est pas publié pour une année donnée, le terme tarif peut également s'entendre d'un tarif rajusté établi par la Sun Life.

Par frais raisonnables habituellement exigés, on entend :

- les frais considérés nécessaires pour le traitement et l'entretien de la santé bucco-dentaire d'une personne, selon les procédures et pratiques de soins dentaires standards au Canada, et
- les frais d'une durée et d'une fréquence raisonnables, tel qu'il est déterminé par la Sun Life.

Nous baserons le remboursement sur le tarif qui est en vigueur à la date du traitement.

Pour déterminer la partie des frais engagés que nous rembourserons :

- nous vérifions d'abord si des méthodes de traitement différentes ou équivalentes auraient pu être utilisées.
- nous confirmons que ces méthodes s'inscrivent dans les soins dentaires reconnus qui sont de pratique courante et qu'elles sont aussi efficaces que celle qui a été appliquée par le dentiste.

Nous remboursons uniquement les frais raisonnables qui correspondent à la méthode de traitement équivalente la moins coûteuse.

Si vous recevez des soins dentaires temporaires	Ces soins sont considérés comme faisant partie intégrante du traitement définitif donné pour corriger le problème, et non comme des soins distincts. Seuls les honoraires imputés pour les soins à caractère permanent serviront à déterminer le montant des frais raisonnables habituellement exigés pour le traitement dentaire définitif.
Présentation d'une demande de règlement lorsque les frais sont engagés	<p>Les frais sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés.</p> <p>L'année de référence figure dans le Sommaire des garanties.</p> <p>Les frais sont réputés engagés le jour où les soins sont donnés, dans le cas d'un traitement nécessitant un seul rendez-vous.</p> <p>Pour tous les traitements nécessitant plusieurs rendez-vous, les frais sont réputés engagés le jour où le traitement est terminé, sauf dans le cas des soins orthodontiques où les frais sont réputés engagés à chaque rendez-vous.</p> <p>Voir le tableau Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement au début de la présente brochure pour savoir quand et comment présenter une demande de règlement.</p>
Niveau de remboursement	Les frais engagés sont remboursés en fonction du niveau de remboursement prévu par le présent régime.

	Pour chaque type de service mentionné ci-dessous, le niveau de remboursement figure dans le Sommaire des garanties.
Prestation maximale	Les prestations maximales figurent dans le Sommaire des garanties.
Obtention d'une estimation avant de recevoir certains soins	<p>Avant de recevoir des soins dentaires importants ou des soins entraînant des frais de plus de 500 \$, nous vous recommandons de nous envoyer une estimation. Voici comment cela fonctionne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vous nous enverrez un formulaire de demande de règlement de frais dentaires dûment rempli indiquant le traitement prévu et son coût. • le formulaire doit être rempli par vous-même et par votre dentiste. • nous vous informerons alors des frais que nous rembourserons. Vous connaîtrez ainsi, avant le traitement, la part des frais que vous devrez assumer.

Votre couverture des frais dentaires en un coup d'œil

Frais couverts	Précisions / Prestations maximales
Soins dentaire de prévention – La garantie Frais dentaires couvre les soins ci-après destinés à la prévention de problèmes dentaires, c'est-à-dire les soins que le dentiste donne régulièrement pour maintenir les dents en bonne santé.	
Examens buccaux	<ul style="list-style-type: none"> • 1 examen complet tous les 36 mois • 1 examen périodique tous les 9 mois. • examens d'urgence ou examens particuliers.
Radiographies	<ul style="list-style-type: none"> • 1 panographie ou série complète de radiographies par période de 5 années de référence. • 1 série de radiographies interproximales tous les 12 mois. • radiographies nécessaires au diagnostic ou à la surveillance de l'évolution d'un traitement.
Autres soins	<ul style="list-style-type: none"> • consultations nécessaires entre deux dentistes. • polissage (nettoyage des dents) à intervalles d'au moins 9 mois. • application topique de fluorure, à intervalles d'au moins 9 mois. Seuls les enfants de moins de 19 ans sont couverts pour ces soins. • traitements palliatifs et urgences. • examens de diagnostic et de laboratoire. • extraction de dents incluses et anesthésie à cette fin. • mainteneurs d'espace pour dents primitives manquantes. • scellement de puits et fissures.
Soins dentaires de base – La garantie Frais dentaires couvre les soins dentaires de base ci-après.	
Obturations	<ul style="list-style-type: none"> • amalgame (argent) et résine composite ou résine acrylique (substance blanche), ou l'équivalent.
Extractions	<ul style="list-style-type: none"> • extraction de dents, sauf l'extraction de dents incluses (Soins dentaires de prévention).

Frais couverts	Précisions / Prestations maximales
Restaurations de base	<ul style="list-style-type: none"> restaurations préfabriquées en métal et réparation de restaurations préfabriquées en métal, sauf dans le cadre de la mise en place de couronnes définitives.
Endodontie	<ul style="list-style-type: none"> traitement radiculaire et obturation des canaux, et traitements des maladies de la pulpe.
Parodontie	<ul style="list-style-type: none"> traitement des maladies des gencives et des autres éléments de soutien. détartrage et aplanissement des racines, sous réserve d'un maximum global de 2 unités de 15 minutes par année de référence dans le cas d'un enfant de moins de 13 ans ou 10 unités de 15 minutes par année de référence dans le cas de toute autre personne.
Chirurgie buccale	<ul style="list-style-type: none"> traitement chirurgical et anesthésie à cette fin, sauf l'extraction de dents incluses (<i>Soins dentaires de prévention</i>).
Réparation de prothèses amovibles	<ul style="list-style-type: none"> réparation de prothèses amovibles.
Rebasage ou regarnissage	<ul style="list-style-type: none"> rebasage ou regarnissage de prothèses amovibles partielles ou complètes.
Soins dentaires majeurs – La garantie Frais dentaires couvre les soins dentaires majeurs ci-après.	
Restaurations majeures	<ul style="list-style-type: none"> incrustations en profondeur et de surface. Couronnes et réparation de couronnes, sauf les restaurations préfabriquées en métal (<i>Soins dentaires de base</i>).
Réparations de ponts	<ul style="list-style-type: none"> réparations de ponts.
Services de prothèse	<p>Confection et mise en place de ponts ou de prothèses amovibles standard. La garantie est limitée aux dents extraites en cours de couverture.</p> <p>Nous ne considérons pas que les frais engagés pour des ponts ou prothèses amovibles standard de remplacement moins de 5 ans après la confection ou la mise en place précédente sont remboursables, sauf si la condition énoncée au point 1 ou au point 2 ci-dessous s'applique :</p> <ol style="list-style-type: none"> dans le cas du remplacement d'un pont ou d'une prothèse amovible standard, la prothèse à remplacer nuit à l'articulation temporo-mandibulaire et ne peut être réparée à peu de frais. dans le cas du remplacement d'une prothèse de transition qui a été mise en place peu de temps après l'extraction des dents, le dentiste ne peut pas l'ajuster à peu de frais.
Soins orthodontiques – La garantie couvre les services ci-après donnés pour traiter les malpositions des dents. Seules les personnes sous l'âge maximum figurant dans le Sommaire des garanties sont couvertes pour ces soins.	
La garantie couvre les examens orthodontiques, notamment les services de diagnostic et les appareils fixes ou amovibles comme les arcs dentaires	<p>Les soins orthodontiques comprennent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> services d'orthodontie modificatrice, correctrice et préventive, à l'exclusion des mainteneurs d'espace (<i>Soins dentaires de prévention</i>). traitement orthodontique complet au moyen d'appareils amovibles ou fixes, ou d'une combinaison des deux (diagnostic, traitement proprement dit et contention).

Cessation de la couverture

Voir le Sommaire des garanties au début de la présente brochure pour connaître la cessation de votre couverture.

Prestations après la cessation de la couverture

En cas de résiliation de la garantie Frais dentaires, le traitement des dents naturelles endommagées dans un accident demeure couvert, pourvu que les conditions suivantes soient respectées :

- l'accident est survenu en cours de couverture,
- et les soins sont reçus dans les 6 mois qui suivent la date de l'accident.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour les services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainés par l'État, sauf si le présent régime en prévoit expressément le remboursement.

Sont exclus les services ou articles qui ne s'inscrivent pas dans les méthodes normalement pratiquées.

Nous ne couvrons pas ce qui suit :

- 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 eu de frais s'il n'y avait pas eu 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.
- frais de soins et d'articles relatifs à la restauration buccale complète (mise en place de couronnes sur toutes les dents), à la rectification de la dimension verticale (changement de la façon dont les dents entrent en contact), y compris l'abrasion (usure des dents), la modification ou la reconstitution de l'occlusion (du contact entre les mâchoires), ou à la contention au moyen d'une prothèse (mise en place de couronnes pour rendre les dents plus solides).
- transplants et modification des rapports entre maxillaires.
- frais relatifs aux implants, y compris les frais de chirurgie.
- rectification de l'occlusion et équilibration occlusale.
- traitements expérimentaux.

Nous ne couvrons pas non plus les frais dentaires résultant de dommages attribuables à l'une des causes ci-dessous :

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- malformations congénitales ou déformations acquises.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.



Description générale de la garantie

Le titulaire du contrat a l'entière responsabilité de la présente garantie sur les plans légal et financier. La Sun Life agit uniquement comme gestionnaire de la garantie pour le compte du titulaire du contrat.

La garantie Compte Soins de santé prévoit le remboursement des frais engagés pour les services et articles décrits dans la présente section à la rubrique *Frais remboursables*.

Les frais sont réputés engagés à la date à laquelle les soins sont donnés ou les articles sont loués ou achetés. Les frais remboursables engagés par une personne à charge sont également couverts. Les remboursements ne peuvent porter que sur des frais remboursables engagés après la prise d'effet de la couverture du salarié au titre de la présente garantie et avant que la couverture ne prenne fin.

Par *personne à charge*, on entend votre conjoint, vos enfants et toute autre personne que vous pouvez déclarer à votre charge en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada). Il peut s'agir par exemple de membres de votre famille étendue, comme vos parents, vos grands-parents ou vos petits-enfants. Vous pouvez demander le règlement des frais remboursables engagés pour le compte des personnes à votre charge, même si ces personnes ne sont pas couvertes au titre des garanties Frais médicaux ou Frais dentaires.

L'année de référence de la garantie figure dans le Sommaire des garanties.

Fonctionnement du compte Soins de santé	Votre compte Soins de santé fonctionne comme un compte de frais. Des crédits sont versés par votre employeur à votre compte Soins de santé de la façon indiquée à la rubrique <i>Crédits</i> dans le Sommaire des garanties.
Report des crédits	<p>Le présent régime prévoit le report des crédits. Ainsi, les frais remboursables engagés au cours d'une année de référence peuvent être réglés en utilisant les crédits reçus durant la même année de référence de même que les crédits inutilisés qui ont été reportés de l'année de référence précédente.</p> <p>En d'autres termes, les crédits de votre compte Soins de santé qui n'ont pas été utilisés à la fin d'une année de référence sont reportés et ils peuvent être utilisés pour régler des frais remboursables qui sont engagés au cours de l'année de référence suivante. Les crédits qui sont reportés d'une année de référence à l'autre sont perdus à la fin de la deuxième année de référence s'ils n'ont pas été utilisés. Les crédits reportés sont toujours utilisés avant les nouveaux crédits.</p> <p>Voir le tableau Instructions et délais prescrits pour nous présenter vos demandes de règlement au début de la présente brochure pour savoir quand et comment présenter une demande de règlement.</p>
	<p>Le Compte Soins de santé présente plusieurs avantages sur le plan fiscal. Les frais remboursables sont expressément limités aux frais qui ne sont pas pris en charge, en totalité ou en partie, par un autre régime ou par une autre garantie du présent régime. Si vous deviez régler ces frais de votre poche, il vous faudrait vous servir de sommes déjà imposées. Or, le Compte Soins de santé est à l'abri de l'impôt fédéral et de l'impôt provincial (sauf au Québec). Ainsi, lorsque vous vous servez de vos crédits pour payer vos frais, vous vous trouvez, dans la plupart des cas, à vous servir d'argent qui n'a pas déjà été imposé et à réaliser ainsi des économies.</p>

Frais remboursables

Vous pouvez utiliser votre compte Soins de santé pour couvrir les frais médicaux et dentaires et les frais d'hospitalisation qui sont admissibles aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et qui ne sont pas pris en charge, en totalité ou en partie, par votre régime collectif, par le régime de votre conjoint ou par un régime parrainé par l'État.

Les frais remboursables comprennent notamment ce qui suit :

- partie des frais qui n'est pas couverte par un régime de remboursement de frais médicaux ou de frais dentaires, notamment les franchises, les quotes-parts et les sommes venant en excédent des maximums prévus par le régime.
- primes des garanties de remboursement de frais médicaux et de frais dentaires.
- médicaments et autres préparations prescrits par un professionnel autorisé de soins médicaux ou un dentiste et délivrés par un pharmacien.
- services fournis par un professionnel autorisé de soins médicaux ou dentaires.
- frais engagés pour les soins ou la formation d'une personne atteinte d'un handicap physique ou mental reçus dans un hôpital ou un autre établissement, comme un établissement de soins prolongés ou une école, une institution ou un autre endroit particuliers.
- rémunération d'un préposé aux soins à temps plein, ou frais de soins à temps plein reçus dans un établissement de soins prolongés pour une personne atteinte d'un handicap physique ou mental. Le handicap doit être attesté par un professionnel autorisé de soins médicaux.
- services reçus en cas d'urgence ou à la recommandation du médecin hors de la province du domicile de la personne.
- lunettes, lentilles cornéennes ou correction de la vision par le laser prescrites par un professionnel autorisé de soins médicaux.
- appareils, articles et équipements médicaux prescrits par un professionnel autorisé de soins médicaux.
- frais d'actes de diagnostic, de laboratoire ou de radiologie prescrits par un professionnel autorisé de soins médicaux.
- frais raisonnables engagés par une personne par suite de la perte de l'audition ou de l'usage de la parole pour suivre un programme de réadaptation, y compris l'apprentissage de la lecture sur les lèvres et du langage des sourds-muets.
- frais engagés pour le transport d'un patient (et d'une personne additionnelle s'il y a lieu) à un endroit où il pourra recevoir des services médicaux, pour autant que les conditions relatives aux frais de transport soient remplies et que la distance parcourue soit d'au moins 40 kilomètres.
- frais raisonnables de nourriture et de logement engagés pour le patient et, s'il y a lieu, pour la personne qui l'a accompagné, pour autant que les conditions relatives aux frais de transport soient remplies et que la distance parcourue soit d'au moins 80 kilomètres.
- frais d'acquisition, de soin et d'entretien (y compris la nourriture et les soins vétérinaires) d'un animal spécialement dressé pour aider une personne atteinte de cécité, de surdité profonde ou d'une déficience grave et persistante qui limite de façon marquée l'usage des bras ou des jambes.
- frais de transformation à l'habitation principale d'une personne qui ne jouit pas d'un développement physique normal ou qui a une déficience motrice grave et persistante, en vue de lui permettre d'y avoir accès et d'y être autonome.
- frais raisonnables engagés pour la recherche d'un donneur en vue d'une transplantation de la moelle épinière ou d'un organe et frais raisonnables engagés pour le déplacement, la pension et le logement du donneur et du patient relativement à la transplantation.

Le terme *autorisé* se rapporte à toute personne qui est membre de l'organisme approprié régissant l'exercice de sa profession établi par les autorités gouvernementales provinciales. En l'absence d'un tel organisme, la personne doit être un membre actif d'une association approuvée par nous.

Autre couverture

Si vous ou toute personne à votre charge êtes couverts par un autre régime, vous devriez présenter vos demandes de règlement au titre de cet autre régime en premier. Une fois que les prestations ont été déterminées en vertu de l'autre régime, vous pouvez demander que toute partie des frais non remboursés par l'autre régime vous soit réglée au moyen du Compte Soins de santé.

Cessation de la couverture

Voir le Sommaire des garanties au début de la présente brochure pour connaître la cessation de votre couverture.

Couverture des personnes à charge survivantes

Le compte Soins de santé est établi au nom du salarié et il n'y a pas de prolongation de la couverture des personnes à charge après le décès du salarié. Seuls les frais remboursables engagés avant le décès du salarié peuvent être réglés au moyen du compte Soins de santé du salarié.

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.

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).



À propos de la Financière Sun Life

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

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

Avec ses partenaires, la Financière Sun Life exerce ses activités dans 22 marchés importants 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.

La vie est plus radieuse sous le soleil

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

GB10171-F

