NAV CANADA

# AVANTAGES SOCIAUX EN LIGNE

Gestion Flexplus

NAV CANADA

Les bons régimes d'avantages sociaux sont complets et universels. Les régimes d'avantages sociaux exceptionnels vous offrent des choix. Le programme d'avantages sociaux Flexplus pour les employés de la catégorie de gestion vous offre la possibilité de choisir une protection selon vos priorités et vos besoins spécifiques.

NAV CANADA vous offre des crédits Flex que vous pouvez utiliser pour payer les avantages sociaux qui comptent le plus pour vous.

Flexibilité rime avec davantage de choix, ce qui suppose une plus grande responsabilité. C'est à vous de décider la protection qui vous convient le mieux, ainsi qu'à votre famille, et de choisir vos options en conséquence.

Avantages sociaux en ligne présente l'information nécessaire pour pleinement profiter du régime d'avantages sociaux offert aux membres de la catégorie de gestion. Si vous n'êtes pas un(e) employé(e) de la catégorie de gestion admissible, l'information fournie ici ne s'applique pas à vous.

L'information contenue dans ce document est en vigueur depuis le 1er septembre 2021 et est la plus précise possible; toutefois, l'interprétation finale est régie par les dispositions des contrats d'assurance officiels. En cas de divergence entre le contenu du présent site et le contrat visé, le contrat prévaudra.

| Régime | N° de contrat | Fournisseur |
|---|---|---|
| Régime de soins de santé et de soins dentaires ainsi que compte Soins de santé | 151098 | **La Financière Sun Life du Canada**<br>NAV CANADA est légalement et financièrement responsable des avantages sociaux offerts au titre de ces régimes. La Financière Sun Life n'agit qu'à titre d'administrateur de ces régimes au nom de NAV CANADA. |
| Régime d'assurance-invalidité de longue durée et d'assurance-vie des employées | 102298 | |
| Régime d'assurance-vie facultative et d'assurance décès et mutilation accidentels facultative | 102298 | |
| Régime d'assurance contre les maladies graves (facultatif) | 106098 | |
| Régime d'assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires | N/D | **La Compagnie d'assurance AIG du Canada** |

**Pour nous joindre :**

**NAV CANADA – Centre des employés des Ressources humaines (CERH)**
HREC-CERH@navcanada.ca
1-888-774-4732

**Financière Sun Life**
1-800-361-6212

**Global Excel Management (GEM)**

En cas d'urgence à l'extérieur de la province,
Au Canada ou aux États-Unis : 1-800-511-4610
Partout ailleurs, à frais virés : 1-519-514-0351

# Table des matières

Admissibilité ..... 4
Événements de la vie ..... 18
Coûts / Primes ..... 27
Médicaments sur ordonnance ..... 30
Réseau de pharmacies préférées ..... 41
Voyages ..... 45
Professionnel de la santé ..... 50
Dentiste ..... 52
Compte de soins de santé ..... 61
Soins de la vue ..... 64
Hôpital et ambulance ..... 67
Prothèses auditives ..... 69
Fournitures et services médicaux ..... 70
Assurance-vie ..... 73
Maladies et blessures ..... 85
Demande de règlement ..... 122
Compte de dépenses personnel ..... 125
Programme d'épargne collectif ..... 126
Exclusions ..... 127
Formulaires ..... 130
Glossaire ..... 132
Avis juridiques importants ..... 142

# Admissibilité

Tous les employés de la catégorie de gestion à temps plein ou à temps partiel peuvent adhérer aux régimes d'avantages sociaux de NAV CANADA :

| | Si vous touchez un salaire | | Si vous êtes en congé non payé | |
|---|---|---|---|---|
| | Obligatoire | Facultatif | Obligatoire | Facultatif |
| Régime de soins de santé* | ✔ | | ✔ | |
| Régime de soins dentaires* | ✔ | | ✔ | |
| Régime d'assurance-vie | ✔ | | ✔ | |
| Régime d'assurance-invalidité de longue durée | ✔ | | ✔ | |
| Régime d'assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires | ✔ | | ✔ | |
| Assurances facultatives (vie, décès et mutilation accidentels, maladies graves) | | ✔ | | ✔ |

Si vous êtes déjà couvert(e) par un autre programme, par exemple le programme de votre conjoint(e), le programme Flexplus vous permet de renoncer entièrement à la protection pour les soins de santé ou les soins dentaires et d'utiliser vos crédits Flex pour vous procurer les options qui vous intéressent.

Si vous choisissez de renoncer au Régime de soins de santé, vous et les personnes à votre charge, s'il y a lieu, bénéficierez toujours de la protection pour les soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays, si vous êtes amenés à voyager pour affaires ou pour le plaisir.

## Quand suis-je admissible?

| Si vous êtes… | Vous êtes admissible… |
|---|---|
| Un/une employé(e) permanent(e) | À la date de votre affectation |
| Un/une employé(e) affecté(e) à un poste pour une période d'une durée de 6 mois ou plus | À la date de votre affectation |
| Un/une employé(e) affecté(e) à un poste pour une période d'une durée de 6 mois ou moins puis affecté(e) pour une autre période de moins de 6 mois | Après 6 mois d'emploi continu |
| Un/une employé(e) affecté(e) à un poste pour une période d'une durée de 6 mois ou moins puis affecté(e) pour une autre période de 6 mois ou plus | À la date de début de votre nouvelle affectation |

# RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

Tous les employés de la catégorie de gestion à temps plein ou à temps partiel de NAV CANADA qui habitent au Canada et qui sont couverts par un régime d'assurance maladie provincial peuvent participer au Régime de soins de santé. L'adhésion n'est pas automatique. Les employés doivent suivre le processus d'inscription dans un délai de 45 jours suivant leur admissibilité, à défaut de quoi la protection par défaut s'appliquera.

Le Régime de soins de santé couvre ce qui suit :

- Médicaments sur ordonnance (y compris les catégories spéciales)
- Chambre d'hôpital
- Professionnels de la santé
- Soins de la vue
- Autres frais médicaux (y compris le service ambulancier)

**Exemples :**

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une période indéterminée, vous êtes admissible au programme à la date de votre affectation :

| | |
|---|---|
| Date d'affectation | 7 juin 2020 |
| Admissibilité | 7 juin 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 (protection par défaut) |

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une durée de plus de six mois, vous êtes admissible au programme à la date de votre affectation :

| | |
|---|---|
| Durée d'affectation | Du 7 juin 2020 au 31 mai 2021 |
| Admissibilité | 7 juin 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 (protection par défaut) |

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une période de six mois ou moins, puis affecté(e) pour une autre période de moins de six mois, vous êtes admissible au programme après six mois d'emploi continu :

| | |
|---|---|
| Première affectation | Du 7 juin 2020 au 7 novembre 2020 |
| Deuxième affectation | Du 8 novembre 2020 au 7 mars 2021 |
| Admissibilité | 7 décembre 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 décembre 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 décembre 2020 (protection par défaut) |

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une période de six mois ou moins, puis affecté(e) pour une autre période de six mois ou plus, vous êtes admissible au programme à la date de début de votre nouvelle affectation :

| | |
|---|---|
| Première affectation | Du 7 juin 2020 au 7 nov. 2020 |
| Deuxième affectation | Du 8 nov. 2020 au 7 nov. 2021 |
| Admissibilité | 8 nov. 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 8 nov. 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 8 nov. 2020 (protection par défaut) |

## Protection familiale

Si vous avez choisi la protection « employé +1 » ou « employé +2 ou plus » de Flex dans le Régime de soins de santé pour votre conjoint(e) et vos enfants, leur protection entre en vigueur en même temps que la vôtre à condition que tous les documents d'appui exigés aient été soumis et approuvés.

Si vous faites une demande pour passer de la protection individuelle à la protection familiale parce que vous vous mariez, que vous avez maintenant un conjoint de fait, ou encore qu'un enfant s'ajoute à votre famille, vous pouvez soumettre une demande pour changer votre statut de protection dans le Régime de soins de santé à « employé +1 » ou « employé +2 ou plus » en présentant les documents d'appui appropriés dans un délai de 45 jours suivant le changement. La couverture entrera en vigueur à la date du changement.

Si vous ne révisez pas vos options dans les 45 jours, elles demeureront les mêmes jusqu'à la prochaine période d'inscription libre.

Exclusion : Si vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée ou sur le maintien du salaire, vous ne pouvez pas effectuer de changements à vos options Flexplus, mis à part pour ajouter ou retirer des personnes à charge.

## RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

Tous les employés de la catégorie de gestion à temps plein ou à temps partiel de NAV CANADA peuvent participer au Régime de soins dentaires. L'adhésion n'est pas automatique. Les employés doivent suivre le processus d'inscription dans un délai de 45 jours suivant leur admissibilité, à défaut de quoi la protection par défaut s'appliquera.

### Exemples

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une période indéterminée, vous êtes admissible au programme à la date de votre affectation :

| | |
|---|---|
| Date d'affectation | 7 juin 2020 |
| Admissibilité | 7 juin 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 (protection par défaut) |

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une durée de plus de six mois, vous êtes admissible au programme à la date de votre affectation :

| | |
|---|---|
| Durée d'affectation | Du 7 juin 2020 au 31 mai 2021 |
| Admissibilité | 7 juin 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 (protection par défaut) |

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une durée de six mois ou moins, puis affecté(e) pour une autre période de moins de six mois, vous êtes admissible au programme après six mois d'emploi continu :

| | |
|---|---|
| Première affectation | Du 7 juin 2020 au 7 nov. 2020 |
| Deuxième affectation | Du 8 nov. 2020 au 7 mars 2021 |
| Admissibilité | 7 déc. 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 déc. 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 déc. 2020 (protection par défaut) |

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une période de six mois ou moins, puis affecté(e) pour une autre période de six mois ou plus, vous êtes admissible au programme à la date de début de votre nouvelle affectation :

| | |
|---|---|
| Première affectation | Du 7 juin 2020 au 7 nov. 2020 |
| Deuxième affectation | Du 8 nov. 2020 au 7 nov. 2021 |
| Admissibilité | 8 nov. 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 8 nov. 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 8 nov. 2020 (protection par défaut) |

## Protection familiale

Si vous avez choisi la protection « employé +1 » ou « employé +2 ou plus » de Flex dans le Régime de soins dentaires pour votre conjoint(e) et vos enfants, leur couverture entre en vigueur en même temps que la vôtre à condition que tous les documents d'appui exigés aient été soumis et approuvés.

Si vous faites une demande pour passer de la protection individuelle à la protection familiale parce que

vous vous mariez, vous avez maintenant un conjoint de fait, ou encore parce qu'un enfant s'ajoute à votre famille, vous pouvez soumettre une demande pour changer votre statut de protection dans le Régime de soins dentaires à « employé +1 » ou « employé +2 ou plus » en présentant les documents d'appui appropriés dans un délai de 45 jours suivant le changement. La couverture entrera en vigueur à la date du changement.

Si vous ne révisez pas vos options dans les 45 jours, elles demeureront les mêmes jusqu'à la prochaine période d'inscription libre.

Exclusion : Si vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée ou sur le maintien du salaire, vous ne pouvez pas effectuer de changements à vos options Flexplus, mis à part pour ajouter ou retirer des personnes à charge.

# ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES

Les employés de la catégorie de gestion, qui sont âgés de moins de 70 ans peuvent adhérer au Régime d'assurance contre les maladies graves. Le conjoint et les enfants des employés peuvent également y adhérer, s'ils sont âgés de moins de 70 ans.

Vous devez vous inscrire pour bénéficier de l'assurance contre les maladies graves, car l'adhésion n'est pas automatique. Si vous vous inscrivez à cette dernière dans un délai de 31 jours suivant la date d'admissibilité, aucune preuve d'assurabilité n'est requise pour les premiers 50 000 $ de couverture.

Vous n'êtes plus admissible à la protection d'assurance contre les maladies graves à la première des éventualités suivantes :

- la date de votre départ à la retraite;
- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 70 ans;
- la date à laquelle un capital en cas de maladie grave est versé pour une maladie qui vous afflige et qui est couverte en vertu du régime;
- la date à laquelle vous cessez d'être un résident du Canada;
- la date de votre décès;
- la date à laquelle vous cessez d'être à l'emploi de NAV CANADA, à moins que vous ne choisissiez de convertir votre couverture jusqu'à concurrence de 100 000 $ en une police individuelle auprès de la Financière Sun Life.

Votre conjoint(e) n'est plus admissible à la protection d'assurance contre les maladies graves à la première des éventualités suivantes :

- la date de votre départ à la retraite;
- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 70 ans;
- la date à laquelle votre conjoint(e) atteint l'âge de 70 ans;
- la date à laquelle votre conjoint(e) cesse d'être un conjoint admissible;
- la date à laquelle un capital en cas de maladie grave est versé pour une maladie qui afflige votre conjoint(e) et qui est couverte en vertu du régime;
- la date à laquelle votre conjoint(e) cesse d'être un résident du Canada;
- la date de votre décès ou de celui de votre conjoint(e);
- la date à laquelle vous cessez d'être à l'emploi de NAV CANADA, à moins que vous ne choisissiez de convertir la couverture de votre conjoint(e) jusqu'à concurrence de 100 000 $ en une police individuelle auprès de la Financière Sun Life.

Votre enfant n'est plus admissible à la protection d'assurance contre les maladies graves à la première des éventualités suivantes :

- la date de votre départ à la retraite;
- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 70 ans;
- la date à laquelle votre enfant cesse d'être un enfant admissible;
- la date à laquelle un capital en cas de maladie grave est versé pour une maladie qui afflige votre enfant et qui est couverte en vertu du régime (la couverture restera en vigueur pour vos autres enfants couverts);
- la date à laquelle votre enfant cesse d'être un résident du Canada;
- la date de votre décès ou de celui de votre enfant;
- la date à laquelle vous cessez d'être à l'emploi de NAV CANADA.

## Exemples

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une période indéterminée, vous êtes admissible à la date de votre affectation :

| | Exemple #1 | Exemple #2 | Exemple #3 |
|---|---|---|---|
| Date d'affectation | 7 juin 2020 | 7 juin 2020 | 7 juin 2020 |
| Admissibilité | 7 juin 2020 | 7 juin 2020 | 7 juin 2020 |
| Réception de la demande | 1er juillet 2020 (pour une couverture de 50 000 $ ou moins) | 1er juillet 2020 (pour une couverture de plus de 50 000 $) | 17 juillet 2020 |
| Entrée en vigueur de la protection | 1er juillet 2020 | À l'approbation de votre demande par la Financière Sun Life | À l'approbation de votre demande par la Financière Sun Life |

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une durée de plus de six mois, vous êtes admissible au programme à la date de votre affectation :

| | Exemple nº 1 | Exemple nº 2 | Exemple nº 3 |
|---|---|---|---|
| Durée d'affectation | Du 7 juin 2020 au 7 avril 2021 | Du 7 juin 2020 au 7 avril 2021 | Du 7 juin 2020 au 7 avril 2021 |
| Admissibilité | 7 juin 2020 | 7 juin 2020 | 7 juin 2020 |
| Réception de la demande | 1er juillet 2020 (pour une couverture de 50 000 $ ou moins) | 1er juillet 2020 (pour une couverture de plus de 50 000 $) | 17 juillet 2020 |
| Entrée en vigueur de la protection | 1er juillet 2020 | À l'approbation de votre demande par la Financière Sun Life | À l'approbation de votre demande par la Financière Sun Life |

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une durée de six mois ou moins, puis affecté(e) pour une autre période de moins de six mois, vous êtes admissible au programme après six mois d'emploi continu :

| | Exemple nº 1 | Exemple nº 2 | Exemple nº 3 |
|---|---|---|---|
| Première affectation | Du 7 juin 2020 au 7 novembre 2020 | Du 7 juin 2020 au 7 novembre 2020 | Du 7 juin 2020 au 7 novembre 2020 |
| Deuxième affectation | Du 8 novembre 2020 au 7 avril 2021 | Du 8 novembre 2020 au 7 avril 2021 | Du 8 novembre 2020 au 7 avril 2021 |
| Admissibilité | 7 décembre 2020 | 7 décembre 2020 | 7 décembre 2020 |
| Réception de la demande | 3 janvier 2021 (pour une couverture de 50 000 $ ou moins) | 3 janvier 2021 (pour une couverture de plus de 50 000 $) | 13 février 2021 |
| Entrée en vigueur de la protection | 3 janvier 2021 | À l'approbation de votre demande par la Financière Sun Life | À l'approbation de votre demande par la Financière Sun Life |

Si vous êtes affecté à un poste pour une période de six mois ou moins, puis affecté(e) pour une autre période de six mois ou plus, vous êtes admissible au programme à la date de début de votre nouvelle affectation :

| | Exemple nº 1 | Exemple nº 2 | Exemple nº 3 |
|---|---|---|---|
| Première affectation | Du 7 juin 2020 au 7 novembre 2020 | Du 7 juin 2020 au 7 novembre 2020 | Du 7 juin 2020 au 7 novembre 2020 |
| Deuxième affectation | Du 8 novembre 2020 au 8 novembre 2021 | Du 8 novembre 2020 au 8 novembre 2021 | Du 8 novembre 2020 au 8 novembre 2021 |
| Admissibilité | 8 novembre 2020 | 8 novembre 2020 | 8 novembre 2020 |
| Réception de la demande | 3 décembre 2020 (pour une couverture de 50 000 $ ou moins) | 3 décembre 2020 (pour une couverture de plus de 50 000 $) | 14 janvier 2021 |
| Entrée en vigueur de la protection | 3 décembre 2020 | À l'approbation de votre demande par la Financière Sun Life | À l'approbation de votre demande par la Financière Sun Life |

## ASSURANCE-VIE DES EMPLOYÉS

Tous les employés de la catégorie de gestion de NAV CANADA à temps plein ou à temps partiel peuvent souscrire au Régime d'assurance-vie des employés. L'adhésion n'est pas automatique. Les employés doivent suivre le processus d'inscription dans un délai de 45 jours suivant leur admissibilité, à défaut de quoi la protection par défaut s'appliquera.

### Exemples

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une période indéterminée, vous êtes admissible au programme à la date de votre affectation :

| | |
|---|---|
| Date d'affectation | 7 juin 2020 |
| Admissibilité | 7 juin 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 (protection par défaut) |

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une durée de plus de six mois, vous êtes admissible au programme à la date de votre affectation :

| | |
|---|---|
| Date d'affectation | Du 7 juin 2020 au 31 mai 2021 |
| Admissibilité | 7 juin 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 (protection pas défaut) |

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une durée de six mois ou moins, puis affecté(e) pour une autre période de moins de six mois, vous êtes admissible au programme après six mois d'emploi continu :

| | |
|---|---|
| Première affectation | Du 7 juin 2020 au 7 novembre 2020 |
| Deuxième affectation | Du 8 novembre 2020 au 7 mars 2021 |
| Admissibilité | 7 décembre 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 décembre 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 décembre 2020 (Protection par défaut) |

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une période de six mois ou moins, puis affecté(e) pour une autre période de six mois ou plus, vous êtes admissible au programme à la date de début de votre nouvelle affectation :

| | |
|---|---|
| Première affectation | Du 7 juin 2020 au 7 novembre 2020 |
| Deuxième affectation | Du 8 novembre 2020 au 7 novembre 2021 |
| Admissibilité | 8 novembre 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 8 novembre 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 8 novembre 2020 (protection par défaut |

## RÉGIME D'ASSURANCE-INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Tous les employés de la catégorie de gestion à temps plein ou à temps partiel peuvent adhérer au Régime d'assurance-invalidité de longue durée. L'adhésion n'est pas automatique. Les employés doivent suivre le processus d'inscription dans un délai de 45 jours suivant leur admissibilité, à défaut de quoi la protection par défaut s'appliquera.

Vous n'êtes plus admissible à la prestation d'assurance-invalidité de longue durée dès le premier jour du délai de carence précédant votre 65e anniversaire de naissance.

## Exemples

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une période indéterminée, vous êtes admissible au programme à la date de votre affectation :

| | |
|---|---|
| Date d'affectation | 7 juin 2020 |
| Admissibilité | 7 juin 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 (protection par défaut) |

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une durée de plus de six mois, vous êtes admissible au programme à la date de votre affectation :

| | |
|---|---|
| Date d'affectation | Du 7 juin 2020 au 31 mai 2021 |
| Admissibilité | 7 juin 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 (protection par défaut) |

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une durée de six mois ou moins, puis affecté(e) pour une autre période de moins de six mois, vous êtes admissible au programme après six mois d'emploi continu :

| | |
|---|---|
| Première affectation | Du 7 juin 2020 au 7 novembre 2020 |
| Deuxième affectation | Du 8 novembre 2020 au 7 mars 2021 |
| Admissibilité | 7 décembre 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 décembre 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 décembre 2020 (protection par défaut) |

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une période de six mois ou moins, puis affecté(e) pour une autre période de six mois ou plus, vous êtes admissible au programme à la date de début de votre nouvelle affectation :

| | |
|---|---|
| Première affectation | Du 7 juin 2020 au 7 nov. 2020 |
| Deuxième affectation | Du 8 nov. 2020 au 7 nov. 2021 |
| Admissibilité | 8 nov. 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 8 nov. 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 8 nov. 2020 (protection par défaut) |

# RÉGIME D'ASSURANCE FACULTATIVE

Tous les employés de la catégorie de gestion à temps plein ou à temps partiel peuvent souscrire au Régime d'assurance facultative. La couverture offerte dans le cadre de ce régime comprend ce qui suit :

- assurance-vie – employé, conjoint(e), enfant(s) – *vous devez acheter l'assurance-vie Flex 4 pour être admissible à la protection de l'assurance-vie facultative*;
- assurance décès et mutilation accidentels facultative – employé, conjoint(e), enfant(s);
- assurance contre les maladies graves – employé, conjoint(e), enfant(s)* – la personne doit résider au Canada.

** Assurance contre les maladies graves facultative – employé(e) et enfant(s) : La protection prend fin le dernier jour du mois où l'employé(e) prend sa retraite ou atteint l'âge de 70 ans, selon la première éventualité.*

** Assurance contre les maladies graves facultative – conjoint(e) : La protection prend fin lorsque l'employé(e) prend sa retraite ou atteint l'âge de 70 ans, ou lorsque le (la) conjoint(e) atteint l'âge de 70 ans, selon la première éventualité.*

Vous devez fournir une preuve d'assurabilité pour souscrire aux assurances suivantes, et la protection entre en vigueur lorsque la Financière Sun Life a approuvé votre demande :

| Assurance | Exigence d'assurabilité |
|---|---|
| Assurance-vie – Employé et conjoint(e) | Formulaire de déclaration de santé |
| Maladies graves – Employé et conjoint(e) | Un formulaire de déclaration de santé est requis pour tous les montants de protection facultatifs, sauf pour la première tranche de 50 000 $ si l'inscription est effectuée dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité. |

### Exemples

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une période indéterminée, vous êtes admissible au programme à la date de votre affectation :

| | |
|---|---|
| Date d'affectation | 7 juin 2020 |
| Admissibilité | 7 juin 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 (protection par défaut) |

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une durée de plus de six mois, vous êtes admissible au programme à la date de votre affectation :

| | |
|---|---|
| Date d'affectation | Du 7 juin 2020 au 31 mai 2021 |
| Admissibilité | 7 juin 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 juin 2020 (protection par défaut) |

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une durée de six mois ou moins, puis affecté(e) pour une autre période de moins de six mois, vous êtes admissible au programme après six mois d'emploi continu :

| | |
|---|---|
| Première affectation | Du 7 juin 2020 au 7 nov. 2020 |
| Deuxième affectation | Du 8 nov. 2020 au 7 mars 2021 |
| Admissibilité | 7 déc. 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 déc. 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 7 déc. 2020 (protection par défaut) |

Si vous êtes affecté(e) à un poste pour une période de six mois ou moins, puis affecté(e) pour une autre période de six mois ou plus, vous êtes admissible au programme à la date de début de votre nouvelle affectation :

| | |
|---|---|
| Première affectation | Du 7 juin 2020 au 7 nov. 2020 |
| Deuxième affectation | Du 8 nov. 2020 au 7 nov. 2021 |
| Admissibilité | 8 nov. 2020 |
| Si vous effectuez le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 8 nov. 2020 |
| Si vous n'effectuez pas le processus d'inscription dans un délai de 45 jours, votre couverture entre en vigueur le | 8 nov. 2020 (protection par défaut) |

## ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS EN VOYAGE D'AFFAIRES

Tous les employés actifs de moins de 75 ans qui vivent au Canada et effectuent des voyages d'affaires sont couverts par le Régime d'assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires.

Votre conjoint(e), âgé(e) de moins de 75 ans, et vos enfants sont également couverts pendant la réinstallation ou les voyages connexes en vue de la recherche d'une maison.

# FOIRE AUX QUESTIONS

*Les membres de ma famille sont-ils admissibles aux régimes d'avantages sociaux?*
Oui, ils le sont. Les documents à l'appui requis ci-dessous doivent être soumis au Centre des employés des ressources humaines, et approuvés par ce dernier avant que la couverture « employé + 1 » ou « employé + 2 ou plus » dans le cadre du régime Flexplus puisse prendre effet.

- Conjoint : Soumettre le certificat de naissance du conjoint et le certificat de mariage.
- Conjoint de fait : Soumettre le certificat de naissance du conjoint de fait et une déclaration solennelle.
- Enfant : Soumettre le certificat de naissance.
- Enfant sous tutelle : Soumettre le certificat de naissance et la documentation attestant de la tutelle légale.
- Enfant adoptif : Soumettre le certificat de naissance et la documentation attestant de la tutelle légale (si l'adoption n'est pas mentionnée dans le certificat de naissance).
- Enfant du conjoint : Soumettre le certificat de naissance (l'enfant ne sera admissible que si le conjoint ou le conjoint de fait est admissible).

Vous pouvez choisir la couverture « employé +1 » ou « employé + 2 ou plus » dans le cadre du régime Flexplus pour couvrir votre conjoint(e) et vos enfants, une fois qu'ils répondent aux définitions du régime et qu'une preuve d'admissibilité a été fournie. Un seul conjoint peut être assuré à la fois. Vous pouvez également obtenir une couverture pour votre conjoint(e) et vos enfants en vertu des régimes d'assurance facultative, notamment une assurance-vie, une assurance décès et mutilation accidentels et une assurance contre les maladies graves.

Advenant votre décès, votre conjoint survivant admissible à une rente du régime de retraite de NAV CANADA peut participer au Régime de soins de santé dès que la rente devient payable.

*Qu'arrive-t-il si je suis absent du travail le jour où ma protection doit entrer en vigueur?*
La protection ne peut pas entrer en vigueur si vous n'êtes pas considéré(e) comme étant un(e) employé(e) actif(ve).

*Comment m'assurer que je bénéficie bien de la protection offerte en vertu du régime Flexplus?*
Vous pouvez visiter le site Web de la Financière Sun Life à www.maSunLife.ca/navcanada et entrer votre code d'accès et votre mot de passe pour accéder aux renseignements sur vos avantages sociaux. Les personnes à charge admissibles seront couvertes une fois que toutes les pièces justificatives auront été reçues et approuvées par le Centre des employés des RH (CERH).

*Que dois-je faire si je perds ou endommage ma carte d'avantages sociaux?*
Vous pouvez visiter le site Web de la Financière Sun Life à www.maSunLife.ca/navcanada et entrer votre code d'accès et votre mot de passe pour accéder aux renseignements sur vos avantages sociaux.

*Puis-je passer d'une couverture individuelle à une couverture « employé + 1 » ou « employé + 2 ou plus » en vertu du régime Flexplus ou vice versa? Comment?*

Vous avez 45 jours à compter de l'événement pour effectuer des changements entre les périodes libres, si un événement de la vie admissible survient, comme :

- un mariage ou une nouvelle union de fait;
- l'arrivée d'un nouvel enfant à votre charge;
- un divorce, une séparation légale ou la fin d'une union de fait;
- la fin de l'admissibilité du dernier enfant à votre charge;
- le décès d'une personne à charge;
- la perte de l'accès au programme d'avantages sociaux de votre conjoint.

Veuillez communiquer avec le Centre des employés des ressources humaines au HREC-CERH@navcanada.ca, qui vous communiquera les renseignements nécessaires pour procéder au changement. Rappelez-vous que vous devez en faire la demande dans les 45 jours suivant le changement et que la protection entre en vigueur à la date du changement.

Si vous ne révisez pas vos options dans les 45 jours, elles demeureront les mêmes jusqu'à la prochaine période d'inscription libre.

*Exclusion : Si vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée ou êtes sur le maintien du salaire, vous ne pouvez pas effectuer de changements à vos options Flexplus, mis à part pour ajouter ou retirer des personnes à charge.

*Puis-je annuler la protection?*

Dans certaines conditions, vous pouvez choisir de renoncer à la protection pour les soins de santé et pour les soins dentaires et utiliser vos crédits Flex pour les options qui sont les meilleures pour vous. Prenez note qu'une preuve d'assurance au titre d'un autre régime est nécessaire pour renoncer aux soins de santé. Aucune preuve d'assurance n'est requise pour les soins dentaires.

Vous pouvez annuler la protection facultative en tout temps. Toutefois, si vous désirez vous réinscrire ultérieurement, certaines restrictions peuvent s'appliquer.

# Événements de la vie

## EMBAUCHE À NAV CANADA

Lorsque vous devenez admissible, le Centre des employés des ressources humaines, vous fournit tous les renseignements dont vous avez besoin pour bénéficier du régime d'avantages sociaux Flexplus. Flexplus vous permet de choisir une protection adaptée à vos besoins parmi une gamme complète d'options. Ces options comprennent :

- Régime de soins de santé;
- Régime de soins dentaires;
- Régime d'assurance-invalidité de longue durée;
- Régime d'assurance-vie de base;
- Régimes d'assurances facultatives pour vous et vos personnes à charge, comprenant ce qui suit :
    - Assurance-vie;
    - Assurance décès et mutilation accidentels;
    - Assurance contre les maladies graves.

Voici les critères d'admissibilité à la protection Flexplus :

- si vous êtes affecté(e) à un poste pour une période indéterminée ou pour une durée de plus de six mois, vous êtes admissible au programme à la date de votre affectation;
- si vous êtes affecté(e) à un poste pour une durée de six mois ou moins, puis affecté(e) pour une autre période de moins de six mois, vous êtes admissible au programme après six mois d'emploi continu;
- si vous êtes affecté(e) à un poste pour une période de six mois ou moins, puis affecté(e) pour une autre période de six mois ou plus, vous êtes admissible au programme à la date de début de votre nouvelle affectation.

L'inscription n'est pas automatique. Les employés doivent suivre le processus d'inscription dans un délai de 45 jours suivant leur admissibilité, à défaut de quoi la protection par défaut s'appliquera.

### Protection familiale

Si vous avez choisi la protection « employé +1 » ou « employé +2 ou plus » dans le cadre du régime Flexplus pour votre conjoint(e) et vos enfants, leur protection entre en vigueur en même temps que la vôtre à condition que tous les documents d'appui exigés aient été soumis et approuvés.

Si vous faites une demande pour passer de la protection individuelle à la protection familiale parce que vous vous mariez, que vous avez maintenant un conjoint de fait ou qu'un enfant s'ajoute à votre famille, vous pouvez soumettre une demande pour changer votre statut de

protection dans le régime Flexplus à « employé +1 » ou « employé +2 ou plus » en présentant les documents d'appui appropriés dans un délai de 45 jours suivant le changement. La protection entrera en vigueur à la date du changement.

Si vous ne révisez pas vos options dans les 45 jours, elles demeureront les mêmes jusqu'à la prochaine période d'inscription libre.

*Exclusion : Si vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée ou êtes sur le maintien de salaire, vous ne pouvez pas effectuer de changements à vos options Flexplus, à l'exception de l'ajout ou du retrait de personnes à charge.

## CESSATION D'EMPLOI AUPRÈS DE NAV CANADA

La protection prend fin le dernier jour de votre emploi si vous cessez de travailler à NAV CANADA pour une raison autre que le départ à la retraite.

Vous ne pouvez pas maintenir votre protection au titre des régimes de soins dentaires, d'assurance-invalidité de longue durée ou d'assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires après votre départ.

### Régime de soins de santé

Si vous choisissez une rente différée ou si vous transférez la valeur de vos prestations de retraite à l'extérieur du Régime de retraite de NAV CANADA, la protection prend fin le dernier jour du mois suivant la date de votre départ de NAV CANADA. Si vous êtes admissible au Régime de soins de santé à titre de retraité, vous pouvez vous inscrire au régime en tout temps après le début du versement de la rente. Si vous n'adhérez pas au régime dans les 90 jours suivant votre admissibilité, une période d'attente de trois mois s'appliquera. La couverture entre en vigueur à compter du 1er jour du quatrième mois.

Si vous n'êtes pas admissible au Régime de soins de santé à votre départ de NAV CANADA, vous pouvez bénéficier du programme Mes Choix-santé offert par la Sun Life. Vous devez présenter une demande d'inscription dans les 60 jours suivant la cessation de votre protection au titre du régime de NAV CANADA.

Pour obtenir plus d'information, visitez le site www.SunLife.ca/santeremplacement. Vous y trouverez toute l'information dont vous avez besoin, des renseignements sur le régime aux formulaires d'adhésion. Vous pouvez même souscrire la protection en ligne.

Si vous êtes un(e) employé(e) assuré(e) au titre du Régime de soins de santé, vous devez présenter vos demandes de remboursement au titre du compte Soins de santé dans les 90 jours suivant la cessation de votre protection. Les frais doivent avoir été engagés, c'est-à-dire que le reçu doit porter une date antérieure à la date de cessation de votre protection, sinon ils seront refusés.

## Régime d'assurance contre les maladies graves

Si vous quittez NAV CANADA avant d'avoir atteint l'âge de 70 ans, vous pouvez continuer d'adhérer à votre couverture sans avoir à fournir une attestation de bonne santé en la changeant à une protection individuelle au plus tard 31 jours après votre départ, sous réserve de certaines restrictions. Vous pouvez également convertir l'assurance contre les maladies graves de votre conjoint. Vous pouvez modifier votre couverture actuelle jusqu'à concurrence de 100 000 $. Si vous choisissez cette option, vous devez verser vos primes directement à la Financière Sun Life en fonction de ses taux commerciaux. La couverture modifiée prendra fin également lorsque vous atteindrez l'âge de 70 ans. Cette option n'est pas disponible pour l'assurance contre les maladies graves pour enfants.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec Sun Life au 1-800-361-6212.

## Régime d'assurance-vie de base

Si vous quittez NAV CANADA et choisissez de différer votre rente de retraite, vous pouvez maintenir votre protection. Vous n'avez qu'à faire parvenir une demande par écrit au CERH au HREC-CERH@navcanada.ca, en joignant un chèque en paiement des 12 premiers mois au plus tard 30 jours après la date de cessation d'emploi. Vous bénéficierez du même montant de protection qu'au moment de votre départ de NAV CANADA si vous avez cessé de travailler avant votre 61e anniversaire de naissance; la protection est réduite à compter de votre 61e anniversaire de naissance. Votre protection est ramenée à 0 $ suivant votre 70e anniversaire (la protection minimale de 5 000 $ ne s'applique pas).

Si vous cessez de travailler auprès de NAV CANADA et si vous transférez la valeur de vos prestations de retraite à l'extérieur du Régime de retraite de NAV CANADA, vous pouvez maintenir la protection en présentant une demande de transformation de votre assurance en assurance individuelle auprès de la Financière Sun Life, au plus tard 31 jours après votre départ. Si vous choisissez cette option, vous paierez les primes directement à la Financière Sun Life.

### Transformation de l'assurance-vie

Dans les 31 jours suivant votre départ de NAV CANADA, vous pouvez communiquer directement avec la Financière Sun Life pour souscrire une assurance-vie individuelle sans examen médical (peu importe votre état de santé), sous réserve de certaines restrictions. Vous pouvez également transformer l'assurance-vie de votre conjoint. Cependant, vous ne pouvez pas transformer l'assurance pour enfants à charge ni votre assurance décès et mutilation accidentels.

Si vous décédez au cours de la période de 31 jours suivant votre départ de NAV CANADA, les prestations de décès seront versées comme si vous aviez transformé votre assurance, même si vous ne l'avez pas fait.

## Prolongation des protections

La protection du Régime de soins de santé est maintenue :

- pour les frais liés à la grossesse et à l'accouchement, jusqu'à la fin du mois où la grossesse a pris fin ou jusqu'à la fin du mois au cours duquel l'enfant est né, dans le cas où un membre décède alors que sa conjointe était enceinte, si celle-ci était reconnue comme personne à charge au moment du décès du membre et qu'elle ne recevait pas de prestations; la veuve peut alors continuer à être protégée par cette garantie à condition de verser le total des cotisations requises.

La protection du Régime de soins dentaires est maintenue :

- jusqu'à la fin de certains soins dentaires (par exemple, traitement radiculaire où la cavité pulpaire est ouverte) commencés avant la cessation de la protection, à condition que les soins soient terminés dans un délai de 31 jours civils;
- jusqu'à la fin du trimestre comprenant le mois où la protection se termine, pour les traitements d'orthodontie admissibles fournis à un enfant, qui ont commencé avant la cessation de la protection.

## Départ à la retraite

Vous ne pouvez pas maintenir votre protection au titre des régimes de soins dentaires, d'assurance-invalidité de longue durée ou d'assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires après votre retraite de NAV CANADA.

Consultez la définition de « retraité » qui est donnée dans le glossaire afin de déterminer si vous êtes un retraité admissible. Si c'est le cas, vous pouvez bénéficier du Régime d'assurance-vie de base ou du Régime de soins de santé à votre retraite.

Le compte Soins de santé n'est pas offert aux employés retraités, même si vous maintenez votre protection au titre du Régime de soins de santé. Vous devez présenter vos dernières demandes de règlement au titre du compte Soins de santé au plus tard 90 jours suivant la cessation de votre protection en tant qu'employé. Les frais doivent avoir été engagés, c'est-à-dire que le reçu doit porter une date antérieure à la date de cessation de votre protection, sinon ils seront refusés.

Les frais à payer sont retenus sur votre rente de retraite. Si les primes sont plus élevées que le montant de votre rente, vous devez faire parvenir un chèque en paiement de la prime requise à l'avance au CERH.

Consultez le profil des retraités de la catégorie de gestion en ligne pour obtenir de plus amples renseignements.

## Régime d'assurance contre les maladies graves

Si vous prenez votre retraite de NAV CANADA avant l'âge de 70 ans, vous pouvez continuer d'adhérer à votre couverture sans avoir à fournir une attestation de bonne santé en la changeant à une protection individuelle au plus tard 31 jours après votre départ, sous réserve

de certaines restrictions. Vous pouvez également modifier le Régime d'assurance contre les maladies graves de votre conjoint. Vous pouvez modifier votre couverture actuelle pour une couverture maximale de 100 000 $. Si vous choisissez cette option, vous devez verser vos primes directement à la Financière Sun Life en fonction de ses taux commerciaux. La couverture modifiée prendra fin également lorsque vous atteindrez l'âge de 70 ans.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec Sun Life en composant le 1-800-361-6212.

## MUTATION D'UN POSTE OU MODIFICATION DE REVENU

### Mutation d'un poste d'employé syndiqué à un poste d'employé de la catégorie de gestion et vice versa

Si vous passez d'un poste d'employé syndiqué à un poste d'employé de la catégorie de gestion à temps plein ou à temps partiel, vous devenez admissible au Régime Flexplus le jour de votre nomination. Dans le cas contraire, votre protection Flexplus prend fin le jour suivant la fin de votre affectation au poste de gestion.

### Mutation d'un emploi à temps partiel à un emploi à temps plein et vice versa

Si vous occupiez un poste prévoyant moins du tiers des heures de travail d'un poste équivalent à temps plein, vous pouvez devenir admissible à une nouvelle protection ou à une protection modifiée lorsque vous commencez à travailler à temps plein. Si vous êtes muté à un poste prévoyant moins du tiers des heures de travail d'un poste équivalent à temps plein, votre protection prend fin.

### Modification du revenu

Toute augmentation ou diminution de votre revenu annuel découlant du rajustement de taux, d'une augmentation ou d'une promotion entraîne un changement correspondant du montant de votre assurance-vie et accidents, de l'assurance en voyage d'affaires et de l'assurance-invalidité, selon les régimes auxquels vous êtes admissible.

Le montant et les primes de l'assurance-vie sont révisés à la date d'entrée en vigueur du changement.

Si votre revenu augmente rétroactivement ou diminue avant la date d'entrée en vigueur, la protection est modifiée le premier jour du mois suivant l'approbation du changement. Voici un exemple applicable à la protection de l'employé(e) au titre de l'assurance-vie.

| | |
|---|---|
| Revenu annuel | 62 950 $ |
| Revenu assurable rajusté (flex 2) | 126 000 $ |
| Programme salarial des employés de la catégorie de gestion | 24 oct. 2020 |
| Rétroactif au | 1er sept. 2020 |
| Augmentation de la protection | 1er nov. 2020 |

Dans le cas de la protection en cas d'invalidité de longue durée, les augmentations de salaire rétroactives toucheront vos prestations seulement si la date de l'augmentation est antérieure au début du versement des prestations d'invalidité.

## CONGÉ AUTORISÉ

Durant un congé payé, les protections sont maintenues comme si vous étiez au travail.

Durant un congé non payé pour les raisons suivantes :

- maladie ou invalidité;
- maternité, adoption ou paternité;
- éducation;
- service au sein d'une organisation internationale;
- réinstallation de votre conjoint; ou
- raisons personnelles,

Votre couverture Flexplus se poursuit. Si votre choix d'options Flexplus nécessite que des retenues soient effectuées sur votre salaire pour couvrir des primes supplémentaires, vous devrez envoyer des chèques postdatés au CERH.

Si votre congé est justifié par l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- éducation;
- réinstallation de votre conjoint; ou
- raisons personnelles,

Vous devrez payer la partie de la prime payable par l'employé(e) et par l'employeur pour toutes les protections des régimes d'avantages sociaux de NAV CANADA que vous voulez maintenir en vigueur au-delà des trois premiers mois du congé (veuillez prendre note que l'assurance-vie de base n'est pas facultative), dans la mesure où vous versez les primes requises à l'avance. Vous pouvez payer au moyen de chèques postdatés ou faire un versement global au Centre des employés des RH.

Si vous devenez invalide pendant votre congé et avez maintenu en vigueur votre protection au titre de l'assurance invalidité, vous aurez droit à des prestations d'invalidité de courte durée. Le versement des prestations d'invalidité de longue durée commencerait après la cessation du versement des prestations d'invalidité de courte durée. Si vous choisissez de ne pas maintenir votre protection en vertu du Régime d'assurance-invalidité de longue durée, toute invalidité qui survient durant cette période ne sera pas admissible à la protection après votre retour au travail.

## CHANGEMENT D'ÉTAT CIVIL

Consultez la définition de conjoint dans le glossaire pour déterminer si votre nouveau conjoint est admissible.

- Faites une demande pour changer votre protection en vertu du Régime Flexplus pour prendre en considération votre nouvel état civil :
    - Vous devez aviser le CERH de votre nouvel état civil en indiquant la date du changement.
    - A son tour, NAV CANADA ouvre l'outil d'inscription de la Financière Sun Life et vous avise que vous pouvez ouvrir une session pour mettre à jour votre état civil.
    - Si vous faites une demande dans les 45 jours suivant le changement, la couverture entre en vigueur à la date du changement.
    - Si vous ne révisez pas vos options dans les 45 jours, elles demeureront les mêmes jusqu'à la prochaine période d'inscription libre.
- Si vous aviez une protection familiale et que vous n'avez aucune autre personne à charge, faites une demande pour changer votre couverture en vertu du Régime de soins de santé à une couverture individuelle.
- Vous pouvez changer votre bénéficiaire désigné, si vous le souhaitez et si la loi vous y autorise, en soumettant le formulaire applicable. La mise à jour de vos personnes à charge en vertu du Régime de soins de santé et du Régime de soins dentaires ne modifie aucunement votre bénéficiaire pour l'assurance-vie.
- Si vous le désirez, vous pouvez demander ou annuler les régimes d'assurances facultatives (assurance-vie, assurance décès et mutilation accidentels ou assurance contre les maladies graves) de votre conjoint (vous devez fournir la preuve du bon état de santé de votre conjoint pour souscrire à l'assurance contre les maladies graves).

## ARRIVÉE D'UN ENFANT DANS MA FAMILLE

- Consultez la définition d'enfant dans le glossaire pour déterminer si votre nouvel enfant est admissible.
- Faites une demande pour changer votre couverture au titre du Régime de soins de santé pour ajouter votre nouvel enfant à charge.
    - Vous devez aviser le CERH de votre nouvel état civil en indiquant la date du changement.
    - Par la suite, NAV CANADA vous donnera accès à l'outil d'inscription des participants de la Financière Sun Life et vous avisera lorsque vous pourrez y ouvrir une session et mettre à jour les renseignements sur vos personnes à charge.
    - Si vous faites une demande dans les 45 jours suivant le changement, la couverture entre en vigueur à la date du changement.
    - Si vous ne révisez pas vos options dans les 45 jours, elles demeureront les mêmes jusqu'à la prochaine période d'inscription libre
- Vous pouvez changer votre bénéficiaire désigné, si vous le souhaitez et que la loi vous y autorise, en soumettant le formulaire applicable. La mise à jour de vos personnes à charge en vertu du Régime de soins de santé et du Régime de soins dentaires ne modifie aucunement votre bénéficiaire pour l'assurance-vie.
- Si vous le désirez, vous pouvez demander ou annuler les régimes d'assurances facultatives (assurance-vie, assurance décès et mutilation accidentels ou assurance contre les maladies graves) de votre enfant (vous devez fournir la preuve du bon état de santé de votre enfant pour souscrire à l'assurance contre les maladies graves).

## MON ENFANT ATTEINT 21 ANS

Si votre enfant ne fréquente pas un établissement d'enseignement accrédité à temps plein, la protection au titre des régimes de soins de santé et de soins dentaires prend fin à son 21e anniversaire de naissance. Si votre enfant se marie avant cette date, la protection prend fin immédiatement. Vous avez la responsabilité d'aviser le CERH si votre enfant n'est plus admissible à la protection lorsqu'il aura 21 ans.

Si votre enfant est à votre charge en raison d'une incapacité mentale ou physique survenue avant son 21e anniversaire de naissance, la protection est maintenue sans limite d'âge. Vous devez remplir le Formulaire de couverture pour les enfants invalides et le soumettre à la Financière Sun Life aux fins d'approbation avant son 21e anniversaire de naissance pour qu'il soit toujours couvert après ses 21 ans.

NAV CANADA sera avisée seulement si la demande de maintien de la couverture de votre enfant a été acceptée. Les renseignements liés au diagnostic de votre enfant ne seront pas dévoilés à NAV CANADA.

# MON ENFANT EST AUX ÉTUDES OU CESSE SES ÉTUDES

## Mon enfant est aux études

La protection est en vigueur jusqu'à l'âge de 25 ans (26 ans pour les résidents du Québec) tant et aussi longtemps que votre enfant est inscrit à temps plein dans un établissement d'enseignement accrédité. Une lettre ou une autre confirmation de l'inscription de votre enfant doit être envoyée au CERH chaque année.

Dans le cas de l'assurance facultative pour personnes à charge, la fréquentation scolaire inclut la période où l'étudiant est inscrit, mais absent de l'école ou de l'université en raison de vacances, d'un handicap physique ou d'une formation temporaire à l'extérieur de l'école/université.

## Mon enfant cesse ses études

La protection prend fin si votre enfant de plus de 21 ans cesse d'étudier à temps plein. Vous avez la responsabilité d'aviser le CERH si votre enfant cesse d'être admissible à la protection.

Dans le cas de l'assurance facultative pour personnes à charge, la fréquentation scolaire inclut la période où l'étudiant est inscrit, mais absent de l'école ou de l'université en raison de vacances, d'un handicap physique ou d'une formation temporaire à l'extérieur de l'école/université.

# MON CONJOINT TRAVAILLE À NAV CANADA

| | |
|---|---|
| Régime de soins de santé | Vous pouvez tous les deux demander la protection « employé +1 » ou « employé +2 ou plus », et vous couvrir ainsi l'un l'autre en plus de vos enfants. La coordination des prestations est permise. |
| Régime de soins dentaires | |
| Régimes d'assurances facultative | Vous pouvez tous les deux couvrir votre conjoint et vos enfants. |
| Régime d'assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires | Votre conjoint et vos enfants sont couverts pendant la réinstallation et les déplacements effectués pour la recherche d'un logement en vue de la réinstallation. |

# MODIFICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Pour modifier vos renseignements personnels, veuillez suivre les étapes suivantes dans Workday :

1. Cliquez sur l'icône « Renseignements personnels »
2. Dans la colonne « Changer » à la gauche, choisir les renseignements qui doivent être modifiés.

Cette Workday job aid peut vous assister à faire toute mise à jour nécessaire.

# Coûts / Primes

NAV CANADA vous offre des crédits Flex que vous pouvez utiliser pour payer les avantages sociaux qui comptent le plus pour vous.

### *Comment sont calculés les crédits Flex?*

Vous recevez des crédits Flex en fonction de votre catégorie d'emploi, de vos revenus assurables et du statut de protection pour les soins de santé et les soins dentaires sélectionné. Vos crédits Flex comprendront également un montant que vous pourrez placer dans un compte de soins de santé, dans un compte d'épargne-retraite ou pour d'autres avantages sociaux, à votre choix! Vos crédits Flex sont calculés et indiqués dans le site Adhésion aux garanties collectives en ligne de la Financière Sun Life.

Vos crédits Flex servent à payer vos options de protection. Un coût correspondant à la valeur de la protection est associé à chaque option.

- Si le coût des options sélectionnées est inférieur au montant des crédits Flex qui vous sont alloués, vous pouvez répartir le solde des crédits Flex entre une à quatre des options suivantes : le compte Soins de santé, le compte de dépenses personnel, le REER collectif, le REER de votre conjoint(e) et le CELI collectif.
- Si le coût des options sélectionnées excède le montant des crédits Flex qui vous sont alloués, vous devez payer le solde au moyen de retenues salariales.

Tous les taux de prime sont sujets à changement selon le bilan du régime.

## RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ ET DENTAIRES

Consultez le Guide de décision Flexplus pour connaître tous les crédits et les coûts en vigueur.

Les primes sont assujetties à la taxe de vente provinciale en Ontario et au Québec.

### Avantage imposable

Pour les résidents du Québec, les primes et la taxe de vente provinciale relatives au montant de vos crédits Flex pour votre Régime de soins de santé et dentaires sont imposables au niveau provincial. Cet avantage annuel imposable figure sur votre Relevé 1 ou Relevé 2 (mais pas sur votre feuillet T4 ou T4A). Si vous résidez au Québec et que vous travaillez dans une autre province, vous ne recevrez pas de Relevé 1. Ces montants feront l'objet d'une lettre distincte, qui sera distribuée en même temps que les feuillets T4. Si vous travaillez et résidez au Québec, ces avantages imposables seront compris à la case A et à la case J du Relevé 1.

## RÉGIME D'ASSURANCE-VIE DES EMPLOYÉS

Consultez le Guide de décision Flexplus pour connaître tous les crédits et les coûts en vigueur.

Les primes sont assujetties à la taxe de vente provinciale en Ontario, au Québec et au Manitoba.

### Avantage imposable

Les primes d'assurance-vie et la taxe provinciale relatives au montant de vos crédits Flex sont imposables en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Ce montant figure sur le T4 (ou T4A) et le Relevé 1 (ou Relevé 2) des employés actifs. L'impôt sur le revenu applicable est retenu sur votre salaire. Si vous résidez au Québec et que vous travaillez dans une autre province, vous ne recevrez pas de Relevé 1. Ces montants feront l'objet d'une lettre distincte, qui sera distribuée en même temps que les feuillets T4. Si vous travaillez et résidez au Québec, ces avantages imposables seront compris à la case A et à la case J du Relevé 1.

## RÉGIME D'ASSURANCE-INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Consultez le Guide de décision Flexplus pour connaître tous les crédits et les coûts en vigueur.

Les primes sont assujetties à la taxe de vente provinciale en Ontario, au Québec et au Manitoba.

## RÉGIME D'ASSURANCE-VIE FACULTATIVE

Consultez le Guide de décision Flexplus pour connaître tous les coûts en vigueur.

Veuillez noter que vous devez acheter l'assurance-vie des employés Flex 4 pour être admissible au Régime d'assurance-vie facultative.

Les primes sont assujetties à la taxe de vente provinciale en Ontario, au Québec et au Manitoba.

### Avantage imposable

Les primes d'assurance-vie, les primes d'assurance contre les accidents et la taxe provinciale liées au montant de vos crédits Flex constituent un avantage imposable en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Cette somme figure sur le feuillet T4 (ou T4A) des employés et le Relevé 1 (ou Relevé 2) des employés. L'impôt sur le revenu applicable est retenu sur votre salaire.

## RÉGIME D'ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS FACULTATIVE

Consultez le Guide de décision Flexplus pour connaître tous les coûts en vigueur.

Les primes sont assujetties à la taxe de vente provinciale en Ontario, au Québec et au Manitoba.

### Avantage imposable

Les primes d'assurance-vie, les primes d'assurance contre les accidents et la taxe provinciale liées au montant de vos crédits Flex constituent un avantage imposable en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Cette somme figure sur le feuillet T4 (ou T4A) et le Relevé 1 (ou le Relevé 2) des employés. L'impôt sur le revenu applicable est retenu sur votre salaire.

## RÉGIME D'ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES FACULTATIVE

Consultez le Guide de décision Flexplus pour connaître tous les coûts en vigueur.

Les primes sont assujetties à la taxe de vente provinciale en Ontario, au Québec et au Manitoba.

## ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS EN VOYAGE D'AFFAIRES

Le Régime d'assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires est offert gratuitement aux employés.

## FOIRE AUX QUESTIONS

*Comment dois-je acquitter ma part du coût?*

NAV CANADA vous offre des crédits Flex que vous pouvez utiliser pour payer les avantages sociaux que vous avez choisis. Si le coût des options sélectionnées excède le montant des crédits Flex qui vous sont alloués, vous payez le solde au moyen de retenues salariales.

*Comment dois-je acquitter mes primes si je ne reçois pas de chèque de paye?*

Avec des chèques postdatés pour couvrir la période de congé non payé. Vous devez remettre ces chèques avant de partir en congé au Centre des employés des RH.

*Qu'arrive-t-il si le coût change?*

Votre coût est rajusté à compter de la date d'entrée en vigueur du changement. Vous serez informé à l'avance de tout changement apporté aux taux, à l'exception d'un changement de tranche d'âge, dont les renseignements se trouvent dans le Guide de décision Flexplus. Si vous êtes en congé au moment du changement, vous paierez la différence une fois que vous serez de retour au travail.

# Médicaments sur ordonnance

## CE QUI EST COUVERT

Le Régime de soins de santé rembourse les frais habituels et raisonnables pour les médicaments sur ordonnance couverts, tant que les médicaments sont médicalement nécessaires pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure approuvée par la Financière Sun Life.

| | Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 | Flex 4 |
|---|---|---|---|---|
| Remboursement* | 70 % | 80 % | 90 % | 95 % |
| Substitution par un médicament générique | Substitution obligatoire par un médicament générique pour toute la protection de toutes les ordonnances (certaines exceptions préalablement approuvées s'appliquent) | | | |
| Contribution maximale annuelle (par personne) | 4 000 $ | 2 500 $ | 1 500 $ | 1 000 $ |
| Frais par ordonnance | Frais de 10 $ par ordonnance ou de 0 $ si les médicaments sont achetés dans une pharmacie préférée<br><br>Québec : frais de 4 $ par ordonnance | | Frais de 8 $ par ordonnance ou de 0 $ si les médicaments sont achetés dans une pharmacie préférée<br><br>Au Québec : frais de 4 $ par ordonnance | |
| Frais d'exécution d'ordonnances | Maximum de cinq frais d'exécution d'ordonnances par année pour les médicaments d'entretien (ayant le même DIN) | | | |

*Pour de plus amples renseignements au sujet du remboursement des médicaments sur ordonnance, consultez la page FAQ sur les médicaments sur ordonnance.

### Programme d'autorisation préalable

Le Programme d'autorisation préalable vise à faire en sorte que les participants au régime reçoivent le traitement le plus approprié et le plus économique tout en diminuant le coût des demandes de règlement. Il réduit aussi les préoccupations des patients en utilisant uniquement des critères cliniques crédibles et acceptés pour établir les niveaux d'autorisation. Si un participant au régime décide de ne pas soumettre une demande ou si la demande ne répond pas aux critères prédéterminés, la demande de règlement sera rejetée.

Pour déterminer si un médicament sur ordonnance nécessite une autorisation préalable, veuillez communiquer avec Cubic Health inc., notre fournisseur de soins de santé tiers, par

l'entremise du programme FACET pour une autorisation préalable. Les utilisateurs de ce service sont invités à lire la politique de confidentialité de Cubic Health inc. et y seront assujettis. Vos renseignements personnels et/ou vos renseignements médicaux personnels seront recueillis directement par le fournisseur tiers. NAV CANADA ne recevra les renseignements personnels ni les renseignements médicaux personnels d'aucun(e) employé(e) de la part de FACET, sauf lorsqu'un(e) employé(e) consent expressément à fournir certains renseignements personnels ou renseignements médicaux personnels à NAV CANADA.

## FRAIS ADMISSIBLES

Pour déterminer si un certain médicament est admissible au titre du régime :

1. Accédez à votre compte en ligne à www.maSunLife.ca/navcanada;
2. Cliquez sur « Votre couverture »;
3. Cliquez sur « Couverture des frais de médicaments » (sous « Frais médicaux »).

Vous pouvez obtenir un code d'accès et un mot de passe en communiquant avec la Financière Sun Life au 1-800-361-6212 ou en cliquant sur « Inscrivez-vous maintenant », dans la page d'ouverture de session à www.maSunLife.ca/navcanada.

Les médicaments ou les articles doivent être prescrits par un médecin ou un dentiste (ou tout autre professionnel qualifié autorisé à prescrire ces médicaments aux termes de la loi provinciale applicable) et délivrés par un médecin ou un pharmacien autorisé.

Veuillez lire les restrictions et les exclusions applicables à cette protection :

| Dépenses admissibles... | Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 | Flex 4 |
|---|---|---|---|---|
| Aérochambres avec masques pour l'administration de médicaments contre l'asthme | Pour les enfants de moins de six ans seulement. | | | |
| Appareils d'administration de médicaments contre l'asthme | Doivent faire partie du produit. | | | |
| Médicaments injectables | Incluant les sérums anti allergiques administrés par injection. Limite de 760 $ tous les 36 mois. | | | |
| Prescriptions composées | Quels que soient leurs ingrédients actifs. | | | |

| Dépenses admissibles... | Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 | Flex 4 |
|---|---|---|---|---|
| Médicaments essentiels au maintien de la vie | Médicaments essentiels au maintien de la vie qu'on peut obtenir sans ordonnance et qui figurent à la partie Guide thérapeutique de l'édition courante du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques sous les rubriques suivantes :<br>• agents antiangineux<br>• agents antiparkinsoniens<br>• bronchodilatateurs<br>• agents antihyperlipidémiques<br>• traitement de l'hyperthyroïdisme<br>• agents parasympathomimétiques<br>• traitement de la tuberculose<br>• préparations anticholinergiques<br>• agents antiarythmiques<br>• traitement du glaucome<br>• préparations d'insuline<br>• inhibiteurs oraux de la fibrinolysine<br>• traitement de recharge en potassium<br>• agents topiques de débridement enzymatique | | | |
| Médicaments sur ordonnance d'origine | Remboursé à 90 % s'il n'existe pas de médicament générique équivalant au médicament d'origine, sauf si un médecin remplit et soumet un formulaire d'exception de médicament aux fins d'examen et d'approbation. S'il est approuvé par la Financière Sun Life, le remboursement sera fixé à 95 % du coût du médicament d'origine. | | | |
| Médicaments pour la perte de poids | • Autorisation préalable obligatoire au moyen du programme FACET (voir section « Medicaments speciaux ci-dessous).<br>• Selon les critères d'autorisation préalable, l'admissibilité est limitée aux participants classés dans la catégorie de l'obésité de classe 2 ou supérieure et remplissant tous les autres critères requis. | | | |
| Médicaments pour le traitement de la dysfonction érectile | Non couverts | Non couverts | Frais maximums remboursables de 1 000 $ par personne couverte par année civile | Frais maximums remboursables de 1 300 $ par personne couverte par année civile |

| Dépenses admissibles... | Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 | Flex 4 |
|---|---|---|---|---|
| Médicaments contre la stérilité utilisés principalement pour traiter l'infertilité | Non couverts | Non couverts | Frais maximums remboursables de 2 500 $ à vie par personne. | Frais maximums remboursables de 5 000 $ à vie par personne |
| Médicaments spéciaux | Le programme FACET pour une autorisation préalable porte sur un nombre restreint de médicaments et, comme son nom l'indique, une autorisation préalable est nécessaire pour que ces médicaments soient couverts.<br><br>Pour que les médicaments spéciaux soient couverts, votre médecin et vous devez fournir des renseignements médicaux. Les médicaments seront couverts si ces renseignements respectent les critères médicaux. Sinon, votre réclamation sera refusée.<br><br>Veuillez communiquer avec Cubic Health inc., notre fournisseur tiers, par l'entremise du programme FACET pour une autorisation préalable. Les utilisateurs de ce service sont invités à lire la politique de confidentialité de Cubic Health inc. et y seront assujettis. | | | |
| Produits d'assistance pour cesser de fumer | • Nécessitent une ordonnance.<br>• Ne doivent pas être offerts en vente libre.<br>Frais maximums remboursables de 1 000 $ à vie par personne couverte[1]. | | | |
| Fournitures nécessaires au traitement du diabète | Aiguilles hypodermiques, seringues et produits chimiques pour diagnostic relatif au traitement du diabète. Les aiguilles et les seringues ne sont pas admissibles pour la période de 36 mois qui suit la date d'achat d'un pistolet à injection d'insuline. | | | |
| Substances thérapeutiques de remplacement | Substances thérapeutiques de remplacement prescrites par un médecin spécialiste certifié pour le traitement d'une blessure ou d'une maladie (autre qu'une allergie ou les maux liés à des soins de nature esthétique), à condition que le patient ne puisse absorber aucune autre substance pour assurer le maintien de sa vie. | | | |

| Dépenses admissibles... | Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 | Flex 4 |
|---|---|---|---|---|
| Médicaments sur ordonnance | Remboursé à 70 % du coût du médicament générique équivalent le moins cher.<br><br>S'il n'existe pas de médicament générique équivalent ou si votre médecin remplit et soumet une demande d'exception de médicament aux fins d'examen et d'approbation et que cette demande est approuvée par la Financière Sun Life, le médicament sera alors remboursé à 70 % du coût du médicament d'origine. | Remboursé à 80 % du coût du médicament générique équivalent le moins cher.<br><br>S'il n'existe pas de médicament générique équivalent ou si votre médecin remplit et soumet une demande d'exception de médicament aux fins d'examen et d'approbation et que cette demande est approuvée par la Financière Sun Life, le médicament sera alors remboursé à 80 % du coût du médicament d'origine. | Remboursé à 90 % du coût du médicament générique équivalent le moins cher.<br><br>S'il n'existe pas de médicament générique équivalent ou si votre médecin remplit et soumet une demande d'exception de médicament aux fins d'examen et d'approbation et que cette demande est approuvée par la Financière Sun Life, le médicament sera alors remboursé à 90 % du coût du médicament d'origine. | Remboursé à 95 % du coût du médicament générique équivalent le moins cher.<br><br>S'il n'existe pas de médicament générique équivalent ou si votre médecin remplit et soumet une demande d'exception de médicament aux fins d'examen et d'approbation et que cette demande est approuvée par la Financière Sun Life, le médicament sera alors remboursé à 95 % du coût du médicament d'origine. |
| Vitamines et minéraux | • Ne doivent pas être offerts en vente libre<br>• Sont prescrits pour le traitement d'une maladie chronique lorsque, conformément à la pratique habituelle de la médecine, le recours à ces produits a une valeur thérapeutique reconnue et qu'aucune autre possibilité ne s'offre au patient. | | | |

[1]Les frais avec un montant maximum remboursable seront assujettis à la coassurance de 100 %.

# DEMANDE DE RÈGLEMENT

## Demande de règlement en vertu du régime de NAV CANADA

### Utilisation de la carte de paiement direct des médicaments

Vous avez accès à une carte de paiement direct des médicaments. Cette carte peut être utilisée pour payer les frais associés à des médicaments sur ordonnance pour vous ou vos personnes à charge.

Si vous n'utilisez pas votre carte de paiement direct des médicaments, votre pharmacien pourrait exiger davantage que le taux de marge habituel (ces frais additionnels NE SONT PAS couverts au titre du Régime de soins de santé).

Si vous et votre conjoint êtes tous deux employés de NAV CANADA et que vous êtes inscrit comme personne à charge au titre du Régime de soins de santé de votre conjoint, vous n'aurez pas accès à votre propre carte de paiement direct des médicaments, puisque vous êtes une personne à charge au titre du régime de votre conjoint.

### Achat en ligne

Si vous achetez des médicaments sur ordonnance par l'entremise d'une pharmacie préférée postale, vous ne devez pas faire de demande de règlement à la Financière Sun Life puisque cette pharmacie lui facturera directement les frais admissibles applicables à la charge du régime.

### Format papier

1. Payez les frais et obtenez un reçu.
2. Remplissez un formulaire Demande de règlement Garantie Frais médicaux et compte Soins de santé.
3. Envoyez le formulaire et le reçu original par la poste à la Financière Sun Life.

## Coordination des prestations avec la carte de paiement direct des médicaments

Si votre pharmacien est conscient que vous êtes couvert par un régime secondaire et qu'il est prêt à vous rendre service, il peut soumettre une demande au titre du régime secondaire en indiquant quelle somme a été allouée par le régime principal. Cette méthode pourrait entraîner le paiement à 100 % des coûts de vos médicaments.

Toutefois, dans un tel cas, votre conjoint et vous devez tous deux participer à un régime de la Financière Sun Life (et posséder tous deux une carte de paiement direct des médicaments). Sinon, votre conjoint doit avoir une carte de paiement direct des médicaments d'un fournisseur ayant recours à Express Scripts comme fournisseur de services de paiement direct.

Si votre conjoint ne participe pas à un régime de la Financière Sun Life et (ou) que celui-ci ne possède pas de carte de paiement direct des médicaments d'un fournisseur ayant recours à Express Scripts, vous ne serez pas en mesure d'utiliser votre carte de paiement direct des

médicaments pour ces dépenses et devrez présenter une demande en format papier pour la coordination des prestations.

Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter la section « Demande de règlement ».

# FOIRE AUX QUESTIONS

## Médicaments d'origine et médicaments génériques

*Le régime couvre-t-il les médicaments d'origine?*

Le régime Flexplus couvre les substitutions par un médicament générique pour toutes les options de protection relatives aux ordonnances. Veuillez prendre note des exceptions suivantes :

- si aucun médicament générique n'est approuvé sur le marché;
- si votre médecin remplit le formulaire Demande de couverture d'un médicament à titre exceptionnel à soumettre à la Financière Sun Life si un médicament d'origine est médicalement nécessaire; la Financière Sun Life examinera la demande d'exception et une décision sera communiquée par écrit.

*Les médicaments génériques sont-ils sécuritaires?*

Les médicaments génériques sont sécuritaires. Comme pour les médicaments d'origine, ils doivent respecter la réglementation rigoureuse établie par Santé Canada, ainsi que les dispositions de la *Loi sur les aliments et les drogues* et de la réglementation connexe.

*Puis-je avoir la version générique de tous les médicaments sur ordonnance?*

Ce ne sont pas tous les médicaments qui ont une version générique. De nombreux médicaments sont protégés par des brevets qui ne sont pas encore arrivés à expiration. En attendant que le brevet protégeant un médicament soit expiré, la compagnie pharmaceutique qui détient le brevet est la seule qui peut le produire. Lorsque le brevet est expiré, d'autres compagnies peuvent commencer à fabriquer une version générique du médicament d'origine.

*Quelle est la différence entre un médicament générique et un médicament d'origine?*

Les normes de qualité pour les médicaments d'origine et les médicaments génériques sont les mêmes. Les ingrédients ainsi que les processus et les installations de production de tous les médicaments doivent se conformer aux directives fédérales sur les bonnes pratiques de fabrication. De plus, tous les fabricants de médicaments doivent soumettre leurs produits à une série de tests durant et après la production afin de démontrer que chaque lot de médicaments fabriqués répond aux exigences établies pour celui-ci.

Le médicament générique doit contenir la même quantité d'ingrédients médicinaux que le médicament d'origine. Cependant, les ingrédients non médicinaux, tels que les agents de remplissage qui colorent le médicament, peuvent différer de ceux qui sont utilisés dans le médicament d'origine. Le fabricant du médicament générique doit fournir des études démontrant que les ingrédients non médicinaux différents n'ont pas altéré la qualité, la sécurité ou l'efficacité du médicament générique.

Afin de prouver que leurs produits sont sécuritaires et efficaces, les fabricants de médicaments génériques doivent démontrer que le médicament générique fonctionne de la même façon que le médicament d'origine.

*Pourquoi les médicaments d'origine sont-ils beaucoup plus chers que leurs équivalents génériques?*

Les médicaments d'origine exigent un investissement de temps et d'argent plus grand pour les travaux de recherche initiaux. De plus, plusieurs médicaments font l'objet de vastes campagnes de marketing auprès des consommateurs, ce qui ajoute à leurs coûts. Ces coûts sont inclus dans le prix total du médicament vendu au consommateur. En revanche, les médicaments génériques exigent un investissement de temps et d'argent moins grand pour la recherche, de sorte que leur coût pour le consommateur est en moyenne de 30 à 40 % moins élevé.

## Carte de paiement direct des médicaments

*Comment puis-je obtenir une carte de paiement direct des médicaments?*

Inscrivez-vous sur le site Web des Services aux participants de la Financière Sun Life. Il s'agit de la première étape du processus qui vous permettra d'obtenir un code d'accès et un mot de passe pour accéder à votre profil et à votre carte de paiement direct des médicaments.

Allez à l'adresse www.maSunLife.ca/navcanada et sélectionnez « Inscrivez-vous maintenant » dans la section d'ouverture de session. Vous devrez entrer des renseignements clés afin que la Financière Sun Life puisse vérifier votre identité.

*Comment puis-je visionner et imprimer ma carte de paiement direct des médicaments?*

Vous pouvez visiter le site Web de la Financière Sun Life à l'adresse www.maSunLife.ca/navcanada et entrer votre code d'accès et votre mot de passe. Une fois dans le site, cliquez sur « Ma couverture » et ensuite sur « Imprimer ma carte-couverture ». L'image de la carte de paiement direct des médicaments apparaîtra à l'écran. Imprimez-en le nombre de copies que vous désirez.

*Devrai-je débourser des frais lorsque j'utiliserai la carte de paiement direct des médicaments?*

Lorsque vous présenterez votre carte de paiement direct à votre pharmacien, vous devrez payer ce qui suit :

- les frais par ordonnance prévus au titre de l'option de protection Flexplus que vous avez sélectionnée, si le médicament n'est pas acheté auprès de l'une des pharmacies préférées;
- un total de 5 % à 30 % des frais de coassurance qui s'appliquent à votre régime selon l'option Flexplus que vous avez sélectionnée;
- tout montant d'un médicament excédant le prix du médicament générique équivalent le moins cher, à moins qu'une demande d'exception n'ait été approuvée par la Financière Sun Life;
- les coûts des médicaments dépassant la limite annuelle admissible;
- les coûts des médicaments non admissibles; et
- les coûts des médicaments de vos personnes à charge, selon les règles de coordination des prestations.

*Comment puis-je me servir de ma carte de paiement direct des médicaments à l'étranger?*
La carte de paiement direct des médicaments peut seulement être utilisée au Canada. Si vous êtes à l'étranger, vous devez payer les frais et soumettre une demande d'indemnité en format papier à la Financière Sun Life.

*Pourquoi le pharmacien n'accepte-t-il pas la carte de paiement direct des médicaments pour les dépenses de mes personnes à charge?*
Il existe quelques raisons pour lesquelles la carte peut être refusée au comptoir du pharmacien :

- vous n'avez pas de couverture « employé +1 » ou « employé +2 ou plus » dans le cadre du Régime de soins de santé de NAV CANADA (vous devez présenter une demande d'adhésion au régime approprié et inscrire vos personnes à charge avant de faire une demande de règlement avec la carte de paiement direct des médicaments);
- votre personne à charge n'est pas inscrite dans le système de Sun Life;
- votre conjoint ne possède pas de carte de paiement direct des médicaments dans le cadre de son régime de soins de santé ou Express Scripts n'est pas son fournisseur de carte de paiement direct des médicaments.

Dans le cas des raisons n$^{o}$ 2 et 3, vous devez payer les dépenses et soumettre une demande de règlement Garantie Frais médicaux et compte Soins de santé à la Financière Sun Life.

*Comment puis-je obtenir une carte qui indique les renseignements sur mes personnes à charge?*
La carte de paiement direct des médicaments n'est pas personnalisée pour chaque membre couvert au titre de votre régime. En tant que détenteur de la carte, ce sont vos renseignements qui figurent sur celle-ci et les informations sur vos personnes à charge sont liées à votre dossier.

*Mon nom ne figure pas sur la carte de paiement direct des médicaments. Puis-je tout de même la présenter ou le titulaire de la carte doit-il être présent?*
Si vous êtes une personne à charge inscrite de la personne dont le nom figure sur la carte, vous pouvez utiliser la carte sans que le titulaire de celle-ci soit présent. Vous devrez aviser le pharmacien de votre lien de parenté avec le titulaire de la carte et de votre date de naissance. Le pharmacien comparera les renseignements fournis à ceux compris dans le dossier de Express Scripts et traitera la demande en conséquence.

## Compte Soins de santé

*Comment puis-je effectuer une demande d'indemnité au titre de mon compte Soins de santé?*
Vous pouvez présenter votre demande de règlement en format électronique, en ligne ou par l'entremise de l'application mobile de la Financière Sun Life, ou en format papier. Consultez la section Compte Soins de santé pour obtenir les directives précises à cet effet.

## Pharmacie postale

*Puis-je utiliser les services d'une pharmacie postale et avoir droit à un remboursement?*

Un programme de pharmacie postale est offert à tous les participants au Régime de soins de santé admissibles résidant au Canada par l'entremise de notre pharmacie privilégiée postale.

Ce service :

- vous offre un moyen pratique et économique d'acheter vos médicaments sur ordonnance;
- est tout indiqué pour les personnes qui prennent des médicaments régulièrement;
- vous offre la possibilité de commander avec vos ordonnances des vitamines, des minéraux et d'autres produits pharmaceutiques courants; et
- permet la livraison de vos médicaments à domicile.
- fait partie du Réseau de pharmacies préférées de NAV CANADA.

Comment le service fonctionne :

- Notre pharmacie privilégiée postale facturera la Financière Sun Life directement pour vos médicaments sur ordonnance admissibles.
- Vous n'aurez qu'à payer :
    - un total de 5 % à 30 % des frais de coassurance qui s'appliquent à votre régime selon l'option Flexplus que vous avez sélectionnée;
    - tout montant d'un médicament excédant le prix du médicament générique équivalent le moins cher, à moins qu'une demande d'exception n'ait été approuvée par la Financière Sun Life;
    - les coûts des médicaments dépassant la limite annuelle admissible; et (ou)
    - le coût des articles non admissibles (comme les articles pharmaceutiques courants) que vous choisissez d'acheter.

Vous pourrez vous faire rembourser la partie non couverte des frais au titre de votre compte Soins de santé ou au titre d'un autre régime pour la coordination des prestations.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le Réseau de pharmacies préférées, veuillez communiquer avec le Centre des employés des RH au HREC-CERH@navcanada.ca ou 1-888-774-4732, option 2.

## Frais par ordonnance

*En quoi les frais par ordonnance me concernent-ils?*

Si vous n'achetez pas votre médicament sur ordonnance à l'une des pharmacies préférées, la Financière Sun Life déduit du montant des dépenses admissibles que vous déclarez des frais par ordonnance qui s'appliquent selon l'option Flexplus que vous avez sélectionnée pour chaque numéro d'identification du médicament (DIN) indiqué sur le reçu une fois que la coassurance a été appliquée.

## Médicaments sur ordonnance admissibles au titre du Régime

*Le régime couvre-t-il les médicaments expérimentaux?*

Les produits ou traitements expérimentaux ne sont jamais remboursables, sauf si la Financière Sun Life estime qu'une preuve substantielle existe (au moyen d'examens cliniques objectifs) de la sécurité ou de l'efficacité pour l'usage recommandé et les conditions dans lesquelles ils doivent être utilisés.

Certains médicaments essentiels au maintien de la vie qu'on peut obtenir sans ordonnance sont couverts s'ils sont prescrits par un médecin.

*Le régime permet-il de se procurer une provision illimitée de médicaments thérapeutiques ou d'entretien?*

Bien qu'il n'y ait pas de plafonds pour les médicaments, vous pouvez seulement obtenir un remboursement pour les médicaments qu'il est raisonnable d'utiliser ou de consommer dans les trois mois suivant l'achat. Le régime rembourse uniquement une provision de médicaments pour un maximum de 100 jours à la fois.

*Le régime couvre-t-il les fournitures pour diabétiques?*

Oui, y compris les aiguilles hypodermiques, les seringues et les produits chimiques pour diagnostic. Cependant, si vous achetez un pistolet à injection d'insuline, vous ne pouvez pas demander le remboursement d'aiguilles ni de seringues au cours des 36 mois suivants.

*Le régime couvre-t-il les contraceptifs?*

Oui, les contraceptifs oraux ou non oraux prescrits par un médecin et délivrés par un pharmacien autorisé peuvent être remboursés.

*Les médicaments injectables sont-ils couverts?*

Oui, y compris les sérums anti-allergiques administrés par injection.

*Où puis-je obtenir une liste des médicaments sur ordonnance qui nécessitent une approbation préalable?*

Veuillez communiquer avec Cubic Health inc., notre fournisseur tiers, par l'entremise du programme FACET pour une autorisation préalable. Les utilisateurs de ce service sont invités à lire la politique de confidentialité de Cubic Health inc. et y seront assujettis.

# Réseau de pharmacies préférées

## CE QUI EST COUVERT

NAV CANADA s'engage à fournir à ses membres suffisamment d'information pour leur permettre de dépenser l'argent de leur régime d'avantages sociaux de la façon la plus rentable possible. C'est pourquoi la Société a établi un Réseau de pharmacies préférées (RPP) afin de les aider à économiser sur les coûts de leurs médicaments sur ordonnance. La participation est facultative et vous permet de faire des économies tout en ayant accès à la gamme complète des services offerts en pharmacie.

À l'extérieur du Québec, les frais par ordonnance sont nuls si vous achetez vos médicaments sur ordonnance dans les magasins Costco ou Walmart ou par l'entremise du service de commandes postales Rexall Direct. Pour les médicaments sur ordonnance achetés à l'extérieur du RPP, des frais par ordonnance s'appliquent et varient en fonction de l'option Flexplus sélectionnée. Au Québec, des frais par ordonnance seront appliqués dans toutes les pharmacies, puisque le RPP ne peut pas être implanté actuellement dans la province en raison de la réglementation qui y a cours.

| Frais par ordonnance | Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 | Flex 4 |
|---|---|---|---|---|
| Dans une pharmacie du RPP | 0 $ | 0 $ | 0 $ | 0 $ |
| Ailleurs que dans une pharmacie du RPP | 10 $ | 10 $ | 10 $ | 8 $ |
| Toutes les pharmacies au Québec | 4 $ | 4 $ | 4 $ | 4 $ |

## FONCTIONNEMENT

1. Sélectionnez la pharmacie du Réseau de pharmacies préférées la plus près de chez vous ou celle qui répond le mieux à vos besoins.
2. Remettez votre nouvelle ordonnance au pharmacien ou transférez une ordonnance déjà existante.
3. Présentez les renseignements de votre carte de paiement direct des médicaments à votre pharmacien.
4. Profitez de dépenses moins élevées sur-le-champ.

Sélectionnez votre province dans la liste ci-dessous pour trouver une pharmacie préférée dans cette province. Cliquez sur le site du fournisseur pour trouver la pharmacie la plus près de chez vous au moyen du lien « Emplacements » ou « Magasins » et de la fonction de filtre « Pharmacie ».

| Province/Territoire | Pharmacie |
|---|---|
| Québec | Le Code de déontologie de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) comprend un certain nombre de dispositions interdisant les gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments (assureurs, fournisseurs de cartes-médicaments) ou les promoteurs de régime de réduire les prix (ou d'offrir un autre partage des bénéfices quelconque) en échange d'incitatifs visant à encourager les membres du régime à utiliser une pharmacie préférée. |
| Alberta<br><br>Colombie-Britannique<br><br>Manitoba<br><br>Terre-Neuve-et-Labrador<br><br>Nouvelle-Écosse<br><br>Saskatchewan | **Achat en magasin**<br><br>Pharmacie Costco<br>• Il n'est pas nécessaire d'être membre du magasin pour se procurer des médicaments sur ordonnance à la pharmacie.<br>• Recevez une carte Comptant d'une valeur de 10 $ de Costco lorsque vous adhérez comme nouveau membre Privilège ou Exécutif.<br>Pharmacie Walmart<br>• Bénéficiez de 10 % de rabais sur les lunettes, les lentilles et les verres de contact d'ordonnance achetés à un centre de l'optique de la chaîne Walmart. Le rabais ne s'applique pas aux examens de la vue.<br><br>**Achat par la poste**<br><br>Pharmacie Rexall Direct<br>• Recevez une carte-rabais de Rexall une fois que vous avez répondu à un sondage après votre inscription au service de livraison à domicile de Rexall Direct sur le site Web de Rexall Direct. |
| Nouveau-Brunswick<br><br>Ontario | **Achat en magasin et achat par la poste**<br><br>Pharmacie Costco<br>• Il n'est pas nécessaire d'être membre du magasin pour se procurer des médicaments sur ordonnance à la pharmacie.<br>• Recevez une carte Comptant d'une valeur de 10 $ de Costco lorsque vous adhérez comme nouveau membre Privilège ou Exécutif.<br>Pharmacie Walmart<br>• Bénéficiez de 10 % de rabais sur les lunettes, les lentilles et les verres de contact d'ordonnance achetés à un centre de l'optique de la chaîne Walmart. Le rabais ne s'applique pas aux examens de la vue.<br><br>**Achat par la poste**<br><br>Pharmacie Rexall Direct<br>• Recevez une carte-rabais de Rexall une fois que vous avez répondu à un sondage après votre inscription au |

| Province/Territoire | Pharmacie |
|---|---|
| | • service de livraison à domicile de Rexall Direct sur le site Web de Rexall Direct. |
| Nunavut | **Achat par la poste**<br>Pharmacie Rexall Direct<br>• Recevez une carte-rabais de Rexall une fois que vous avez répondu à un sondage après votre inscription au service de livraison à domicile de Rexall Direct sur le site Web de Rexall Direct. |
| Territoires du Nord-Ouest<br><br>Île-du-Prince-Édouard<br><br>Yukon | **Achat en magasin**<br>Pharmacie Walmart<br>• Bénéficiez de 10 % de rabais sur les lunettes, les lentilles et les verres de contact d'ordonnance achetés à un centre de l'optique de la chaîne Walmart. Le rabais ne s'applique pas aux examens de la vue.<br><br>**Achat par la poste**<br>Pharmacie Rexall Direct<br>• Recevez une carte-rabais de Rexall une fois que vous avez répondu à un sondage après votre inscription au service de livraison à domicile de Rexall Direct sur le site Web de Rexall Direct. |

## FOIRE AUX QUESTIONS

*Dois-je utiliser une pharmacie du Réseau de pharmacies préférées?*
Non. L'utilisation d'une pharmacie du Réseau de pharmacies préférées est facultative, mais cela vous offre de nombreux avantages, notamment une réduction des coûts à votre charge. Notez également que le régime déduira du remboursement les frais par ordonnance selon votre niveau Flex Plus (8 $ à 10 $) si les frais ne sont pas encourus auprès de l'une des pharmacies préférées.

*Pourquoi le Réseau de pharmacies préférées n'existe-t-il pas au Québec?*
Le Code de déontologie de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires comprend un certain nombre de dispositions interdisant les gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments (assureurs, fournisseurs de cartes-médicaments) ou les promoteurs de régime de réduire les prix (ou d'offrir un autre partage des bénéfices quelconque) en échange d'incitatifs visant à encourager les membres du régime à utiliser une pharmacie préférée.

Des frais de 4 $ par ordonnance seront appliqués à tous les médicaments sur ordonnance achetés dans une pharmacie au Québec, peu importe l'option Flexplus sélectionnée.

*Dois-je fournir les renseignements de ma carte de paiement direct des médicaments à la pharmacie privilégiée pour pouvoir profiter des tarifs préférentiels et de l'exemption des frais d'ordonnance?*

Oui. Pour profiter de l'exemption des frais par ordonnance et des tarifs préférentiels, vous devez présenter votre carte de paiement direct des médicaments au pharmacien au point de vente, à défaut de quoi vous ne pourrez pas bénéficier de l'entente sur les tarifs préférentiels.

# Voyages

## CE QUI EST COUVERT

En cas d'urgence à l'extérieur de la province, communiquez avec Global Excel Management (GEM) :

Au Canada ou aux États-Unis : 1-800-511-4610

Partout ailleurs, à frais virés : 1-519-514-0351

### Voyages personnels

100%

Le Régime de soins de santé rembourse la totalité des frais habituels et raisonnables engagés pour des soins médicaux d'urgence :

- à l'extérieur de votre province de résidence;
  excédant le montant remboursable par votre régime d'assurance-maladie provincial, sous réserve des frais maximums remboursables de 1 000 000 $ par personne couverte.

Les frais engagés doivent porter sur des services :

- prescrits par un médecin et médicalement nécessaires;
- reçus dans les 60 jours suivant votre départ de la maison ou en tout temps si vous êtes en service commandé (si le traitement se prolonge au-delà de 60 jours, les frais connexes sont couverts);
- reçus par suite d'une urgence;
- payables en partie par le régime provincial.

### Voyages d'affaires

100%

Le Régime de soins de santé rembourse la totalité des frais habituels et raisonnables engagés pour des soins médicaux d'urgence :

- à l'extérieur de votre province de résidence;
- excédant le montant remboursable par votre régime d'assurance maladie provincial, sous réserve des frais maximums remboursables de 500 000 $ par employé à vie (les frais médicaux d'urgence engagés pour votre conjoint ou vos enfants ne sont pas remboursables);
- les fournitures et services nécessaires dans les 60 jours suivant un traitement médical d'urgence.

Tous les employés actifs de moins de 75 ans qui vivent au Canada et qui voyagent pour affaires sont couverts. Votre conjoint(e) de moins de 75 ans et vos enfants sont également couverts durant la période de réinstallation ou lors des déplacements en vue de l'achat d'une maison :

| | |
|---|---|
| Employés de la catégorie de gestion | 4 fois le revenu assurable rajusté (maximum de 500 000 $) |
| Conjoint | 100 000 $ |
| Enfant | 10 000 $ |

# FRAIS ADMISSIBLES

## Voyages personnels

Les frais admissibles comprennent ce qui suit :

- séjour en salle commune et services hospitaliers complémentaires reçus dans un hôpital général;
- services d'un médecin;
- soins reçus à l'hôpital à titre de patient externe;
- transport aller seulement en classe économique, pour le patient et le spécialiste de la santé qui l'accompagne, afin qu'il puisse revenir dans la province de résidence, lorsque médicalement nécessaire;
- évacuation médicale par ambulance lorsque les soins appropriés, de l'avis de la Financière Sun Life, ne sont pas disponibles dans la région où l'urgence s'est produite;
- assistance familiale, comme le remboursement des frais de voyage de retour au Canada d'enfants à charge âgés de moins de 16 ans, sous réserve de certaines limites (maximum combiné payable – 2 500 $ par urgence en voyage);
- transport à l'hôpital le plus proche qui est en mesure de donner les soins appropriés, ou retour au Canada;
- recommandation d'un médecin, consultation et suivi;
- recommandation d'un avocat;
- service d'interprétation téléphonique;
- service de messagerie où les messages sont conservés pendant 15 jours pour les membres de la famille et les associés d'affaires;
- paiement anticipé des frais hospitaliers et médicaux;
- retour de la dépouille en cas de décès dans la province de résidence, jusqu'à un maximum de 5 000 $.

Si un traitement ou un service n'est pas offert dans la province de résidence du patient et que ce dernier est dirigé vers un hôpital dans une autre province sur recommandation écrite du médecin dans sa province de résidence, le régime paie 100 % des frais habituels et raisonnables pour les mêmes services, jusqu'à concurrence de 25 000 $ par maladie.

## Voyages d'affaires

Les frais admissibles comprennent ce qui suit :

- médicaments qu'on ne peut obtenir que sur ordonnance d'un médecin et qui figurent dans l'édition courante du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques;
- soins infirmiers privés, prescrits par un médecin comme étant médicalement nécessaires, lorsque ces soins sont prodigués par une infirmière diplômée qui ne fait pas partie de votre famille et qui ne réside pas habituellement chez vous, jusqu'à concurrence de 1 000 $ par personne;
- transport par service ambulancier local autorisé;
- laboratoire de diagnostic et radiographies;
- anesthésie, oxygène, sang et transfusion sanguine;
- frais de séjour à l'hôpital en chambre à deux lits et services de fournitures connexes, y compris les médicaments administrés pendant l'hospitalisation, jusqu'à concurrence de 30 jours;
- honoraires du médecin pour des services médicaux ou chirurgicaux.

Le régime couvre également les frais habituels et raisonnables pour le transport, les services médicaux et les fournitures médicales pour une évacuation d'urgence, sous réserve d'un maximum de 50 000 $ par employé, à la condition que :

- le médecin traitant atteste que :
  - votre état de santé nécessite le transport immédiat à l'hôpital le plus proche où on peut vous prodiguer des soins médicaux; ou
  - après avoir été traité dans un hôpital local, votre état de santé nécessite le transport à votre résidence au Canada pour poursuivre le traitement médical ou votre convalescence, ou les deux;
- le voyage est effectué par le chemin le plus direct et économique;
- les frais de transport spécial (y compris sans s'y limiter par voie terrestre, maritime ou aérienne pendant l'évacuation d'urgence, y compris notamment l'ambulance aérienne, l'ambulance terrestre ou un véhicule privé) sont conformes aux règlements applicables au moyen de transport utilisé.

Si vous, votre conjoint ou votre enfant subissez une blessure couverte et devez être admis dans un hôpital à plus de 150 kilomètres de votre résidence, le régime paie les frais habituels et raisonnables pour faire venir un membre de votre famille immédiate (votre conjoint légitime ou de fait, vos parents, vos grands-parents, vos enfants de plus de 18 ans, votre frère ou votre sœur) à votre chevet par la route la plus directe et par un transporteur public autorisé. Le médecin traitant doit recommander cette visite par écrit. Le maximum remboursable est de 10 000 $.

## DEMANDE DE RÈGLEMENT

Global Excel Management (GEM) s'occupera de coordonner les paiements du régime provincial d'assurance maladie et de la Financière Sun Life pour les titulaires de la garantie complémentaire. Vous n'avez pas à présenter une demande de règlement, à moins que vous ne vouliez que les prestations soient coordonnées en vertu d'un autre régime.

Si vous ne communiquez pas avec Global Excel Management (GEM) :

1. Obtenez les reçus détaillés.
2. Soumettez les frais à votre régime provincial d'assurance-maladie dans les 14 jours suivant votre retour au Canada.
3. Une fois le remboursement obtenu, envoyez à la Financière Sun Life :
    - un formulaire Demande de règlement Garantie Frais médicaux et compte Soins de santé;
    - le double des reçus (ou des photocopies);
    - le relevé de paiement provincial.

Ne tardez pas à envoyer votre demande parce que les régimes provinciaux sont très stricts sur les délais. Si votre demande est présentée trop tard, elle risque de ne pas être payée par la province ou la Financière Sun Life.

Pour tous les frais engagés à l'extérieur du Canada en vertu de l'assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires, communiquez avec le Centre des employés des ressources humaines (CERH) au 1-888-774-4732 option 2, après avoir communiqué avec Global Excel Management (GEM) au numéro ci-dessus.

## CONSEILS

- Pour obtenir des renseignements détaillés sur la santé et les voyages, visitez www.santevoyage.gc.ca, un site Web de Santé Canada qui fournit :
    - des renseignements à jour sur les éclosions de maladie à l'échelle internationale;
    - des recommandations sur l'immunisation des voyageurs internationaux;
    - des conseils généraux sur la santé à l'intention des voyageurs internationaux;
    - des lignes directrices pour la prévention et le traitement de maladies particulières.
- Si vous prévoyez voyager hors des sentiers battus, vous devez prendre des précautions additionnelles en matière de santé. Consultez un professionnel de la santé au moins six semaines avant votre voyage, puisque certains vaccins ne peuvent pas être donnés en même temps.
- Passez en revue la protection offerte par NAV CANADA et déterminez si vous avez besoin d'une assurance additionnelle.
- Veuillez apporter avec vous votre carte d'avantages sociaux comme preuve d'assurance.

- Sachez comment joindre Global Excel Management (GEM) en cas d'urgence médicale et assurez-vous que votre (vos) compagnon(s) de voyage, votre agent de voyage et quelqu'un à la maison connaît la procédure à suivre.
- Assurez-vous de connaître les risques en matière de santé propres à votre destination. Ayez avec vous des fournitures de premiers soins.
- Gardez vos médicaments sur ordonnance dans leur contenant d'origine et ayez avec vous une ordonnance du médecin pour tout médicament contrôlé.
- Ne laissez pas vos médicaments sur ordonnance dans vos bagages enregistrés au cas où ceux-ci seraient perdus.
- Ayez avec vous un certificat médical pour vos seringues, si vous en avez besoin à des fins médicales.
- Assurez-vous d'avoir tous les visas appropriés. Faites des photocopies de vos visas et conservez-les à un autre endroit que les originaux.
- Photocopiez la page d'identification de votre passeport. Ne gardez pas la copie avec votre passeport et laissez une autre copie à quelqu'un à la maison.
- Pour obtenir des compte rendus de voyage sur différents pays, consultez le site Affaires étrangères à l'adresse http://www.voyage.gc.ca/consular_home-fr.asp et prenez connaissance des conseils applicables à votre destination.
- Certains hôpitaux en Californie, en Floride, en Arizona et au Nevada exigent maintenant un dépôt auprès des patients canadiens, peu importe s'ils facturent le patient ou la compagnie d'assurance directement. Lorsque c'est possible, communiquez avec Global Excel Management (GEM) avant d'engager des frais.

# Professionnel de la santé

## CE QUI EST COUVERT

Le Régime de soins de santé couvre les frais habituels et raisonnables encourus pour les dépenses en services admissibles offerts par des professionnels de la santé.

| Couverture | Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 | Flex 4 |
|---|---|---|---|---|
| Remboursement | 70 % | 80 % | 90 % | 100 % |
| Montants annuel maximaux combinés | 500 $ soins donnés par un chiropracticien ou un massothérapeute (cela exclut les soins donnés par un psychologue, un travailleur social ou un physiothérapeute) | 600 $ soins donnés par un chiropracticien ou un massothérapeute (cela exclut les soins donnés par un psychologue, un travailleur social ou un physiothérapeute) | 750 $ soins donnés par un acupuncteur, un audiologiste, un chiropraticien, un podologiste, un diététiste, un massothérapeute, un naturopathe, un ostéopathe, un podiatre, un orthophoniste (cela exclut les soins donnés par un psychologue, un travailleur social ou un physiothérapeute) | 1 000 $ soins donnés par un acupuncteur, un audiologiste, un chiropraticien, un podologiste, un diététiste, un massothérapeute, un naturopathe, un ostéopathe, un podiatre, un orthophoniste (cela exclut les soins donnés par un psychologue, un travailleur social ou un physiothérapeute) |
| Professionnels de la santé mentale* (psychologue et travailleur social) | 1 000 $ | 1 200 $ | | 1 500 $ |
| Physiothérapeute et thérapeute en sport[1] | 1 000 $ | 1 200 $ | 1 500 $ | 1 750 $ |

[1]Montants annuels maximaux combinés

Une ordonnance de médecin n’est pas requise pour accéder à ces services. Cependant, les services doivent être dispensés par un praticien autorisé, agréé ou certifié de l'organisme d'octroi de permis provincial ou d’organisations professionnelles.

## DÉPENSES ADMISSIBLES

Veuillez lire les restrictions et les exclusions applicables à cette protection :

| Type de dépenses | Frais maximums remboursables |
|---|---|
| Acupuncteur | • selon le choix de protection Flexplus |
| Audiologiste | • selon le choix de protection Flexplus |
| Podologiste/podiatre | • selon le choix de protection Flexplus |
| Chiropraticien | • selon le choix de protection Flexplus |
| Diététiste | • selon le choix de protection Flexplus |
| Électrolyste | • Non couvert |
| Massothérapeute autorisé | • selon le choix de protection Flexplus |
| Naturopathe | • selon le choix de protection Flexplus |
| Orthophoniste | • selon le choix de protection Flexplus |
| Ostéopathe | • selon le choix de protection Flexplus |
| Physiothérapeute | • selon le choix de protection Flexplus |
| Psychologue | • selon le choix de protection Flexplus |
| Psychothérapeute | • selon le choix de protection Flexplus |
| Travailleur social | • selon le choix de protection Flexplus |

## FOIRE AUX QUESTIONS

*Le régime couvre-t-il les frais d'analyse de laboratoire ou de radiographies?*

Oui, c'est-à-dire :

- les tests réalisés dans un laboratoire commercial pour le diagnostic d'une maladie, à l'exclusion des tests effectués au bureau du médecin ou à la pharmacie.
- Les radiographies demandées par un médecin, un chiropraticien ou un podologiste/podiatre.

Le régime ne couvre pas le coût des tests ou radiographies effectués dans un laboratoire privé.

# Dentiste

## CE QUI EST COUVERT

Le Régime de soins dentaires couvre ce qui suit :

| Soins dentaires | Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 |
|---|---|---|---|
| Services de base | 80 % | 90 % | 100 % |
| Services majeurs | N/A | 50 % | 60 % |
| Prothèses dentaires | N/A | 50 % | 60 % |
| Montant annuel maximal combiné | 1 250 $ | 1 750 $ | 2 000 $ |
| Orthodontie | N/D | 50 % | 60 % |
| Maximum à vie pour les services d'orthodontie | N/D | 2 500 $ | $3 000 $ |
| Fréquence des visites de rappel | Tous les 9 mois | Tous les 6 mois | |

Les montants annuels maximaux combinés s'appliquent par personne assurée et excluent les montants maximaux à vie d'orthodontie applicables. Les remboursements sont fondés sur le guide des tarifs de l'année en cours.

Aucun paiement ne sera effectué pour toute partie des frais engagés pour des traitements qui excèdent les frais habituels et raisonnables du matériel ou des services dentaires de remplacement adéquats les moins chers lorsque ce type de matériel ou de service est normalement fourni.

## FRAIS ADMISSIBLES

Les dépenses admissibles sont les frais des procédures indiquées ci-dessous jusqu'au montant suggéré dans le guide des tarifs de soins dentaires, tel qu'approuvé par l'association dentaire, pour ces procédures.

Lorsqu'elle détermine le montant couvert pour la procédure, la Financière Sun Life vérifie d'abord si d'autres procédures auraient pu être effectuées. Ces procédures de rechange doivent faire partie des procédures habituelles et acceptées et doivent donner un aussi bon résultat que la procédure que le dentiste a effectuée. La Financière Sun Life ne paiera pas plus que les frais habituels et raisonnables de la procédure de rechange la moins coûteuse.

Si le coût du traitement prévu est supérieur à 300 $, la Financière Sun Life vous recommande de demander à votre dentiste de décrire le traitement prévu et le coût, et de soumettre le tout à la Financière Sun Life, qui vous informera du montant payable par le régime.

Prenez connaissance des exclusions qui s'appliquent à cette couverture.

## Soins dentaires courants

Les dépenses suivantes sont remboursées selon l'option du régime Flexplus que vous avez choisie :

| Type de dépenses... | Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 |
|---|---|---|---|
| Anesthésie<br>• pour chirurgie buccale | 80 % | 90 % | 100 % |
| Chirurgie buccale<br>• ablation ou incision chirurgicale<br>• ablation de surplus de muqueuse<br>• ablation d'un kyste<br>• **alvéoplastie, gingivoplastie, stomatoplastie, ostéoplastie et tubéroplastie**<br>• extraction de dents incluses<br>• extraction chirurgicale et repositionnement de dents<br>• extraction sans complication<br>• frénectomie, dislocation<br>• réparation de tissus mous<br>• services chirurgicaux divers | 80 % | 90 % | 100 % |
| Consultations avec un autre dentiste | 80 % | 90 % | 100 % |
| Couronnes, incrustations (en profondeur ou de surface) et autres restaurations<br>• aurification<br>• autres restaurations<br>• couronnes<br>• incrustations en or<br>• incrustations en porcelaine<br>• tiges de rétention, tenons radiculaires coulés | 80 % | 90 % | 100 % |
| Endodontie (traitements radiculaires)<br>• autres actes endodontiques<br>• coiffage de pulpe<br>• pulpotomie<br>• traitements radiculaires<br>• traitements périapicaux | 80 % | 90 % | 100 % |
| Examen et diagnostic<br>• examen buccal complet<br>• examen buccal d'urgence<br>• examen buccal spécifique<br>• examen buccal de rappel<br>• plan de traitement | 80 %<br>examen de rappel (une fois tous les 9 mois) | 90 %<br>examen de rappel (une fois tous les 6 mois) | 100 %<br>examen de rappel (une fois tous les 6 mois) |

| Type de dépenses... | Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 |
|---|---|---|---|
| Obturations<br>• acrylique ou composite<br>• amalgame<br>• silicate<br>• tenons radiculaires pour ces restaurations | 80 % | 90 % | 100 % |
| Orthodontie<br>• appareils amovibles<br>• appareils de contrôle des habitudes buccales<br>• appareils de maintien<br>• appareils fixes<br>• empreintes de diagnostic<br>• examen orthodontique<br>• pellicules<br>• réparations et modifications<br>• services chirurgicaux<br>• surveillance et ajustements | Non couvertes | 50 % | 60 % |
| Parodontie (traitement des maladies des gencives)<br>• autres services de parodontie<br>• détartrage et aplanissement de racines<br>• équilibration de l'occlusion (maximum de 8 unités de temps par période de 12 mois)<br>• traitement non chirurgical, chirurgical et post-chirurgical | 80 % | 90 % | 100 % |
| Ponts/prothèses<br>• ajout d'une dent à une prothèse amovible<br>• appareils de maintien<br>• autres services relatifs aux prothèses<br>• examens, pellicules et empreintes de diagnostic<br>• piliers (ponts fixes)<br>• pontiques (ponts fixes)<br>• prothèses partielles ou complètes<br>• réparations d'appareils fixes<br>• tiges de rétention dans les piliers | Non couvertes | 50 % | 60 % |

| Type de dépenses... | Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 |
|---|---|---|---|
| Radiographies<br>• interprétation de radiographies de sources externes<br>• films extra-oraux<br>• pellicules interproximales (une fois tous les 6 mois)<br>• pellicules occlusales<br>• pellicules panoramiques (une fois tous les 3 ans)<br>• pellicules périapicales (une série complète tous les 36 mois)<br>• sialographie et utilisation de substances radiopaques<br>• tomographie | 80 %<br>Pellicules interproximales (une fois tous les 9 mois) | 90 %<br>Pellicules interproximales (une fois tous les 6 mois) | 100 %<br>Pellicules interproximales (une fois tous les 6 mois) |
| Réparations de prothèses (mineures)<br>• ajustements<br>• rebasage et garnissage (une fois tous les 3 ans)<br>• réparations | 80 % | 90 % | 100 % |
| Services de prévention<br>• appareils de maintien (sans déplacement des dents)<br>• application topique de fluorure (tous les 6 mois)<br>• contrôle de la carie<br>• améloplastie<br>• instructions sur l'hygiène buccale (une fois par année d'avantages sociaux)<br>• nettoyage et polissage (tous les 6 mois)<br>• scellants de puits et de fissures (pour les enfants de moins de 15 ans seulement) | 80 % | 90 % | 100 % |
| Tests et travail de laboratoire<br>• biopsie (tissu de la bouche)<br>• tests de vitalité | 80 % | 90 % | 100 % |
| Traitement d'urgence (non précisé ailleurs) | N/D | N/D | N/D |
| Visites à domicile, visites à l'hôpital et visites spéciales au bureau | 80 % | 90 % | 100 % |

## Blessure aux dents

Vous présentez d'abord une demande au titre du Régime de soins de santé et tout solde au titre du Régime de soins dentaires.

Le Régime de soins de santé rembourse les frais habituels et raisonnables prévus en vertu de l'option Flexplus que vous avez sélectionnée pour les services d'un dentiste/chirurgien dentiste (ainsi que les frais d'attelles et d'arcs dentaires) lorsqu'ils sont nécessaires pour le traitement d'une fracture à la mâchoire ou de blessure accidentelle aux dents naturelles causée par un coup externe, violent et accidentel. Les accidents associés à des gestes habituels comme de se nettoyer les dents, mastiquer ou manger ne sont pas couverts.

Le Régime de soins dentaires couvre la différence pour les employés actifs, jusqu'à concurrence du montant prévu selon l'option Flexplus que vous avez sélectionnée.

Le traitement doit être donné dans les 12 mois après l'accident (ou, dans le cas d'un enfant de moins de 17 ans, avant l'âge de 18 ans)

## Chirurgie dentaire

Vous présentez d'abord une demande au titre du Régime de soins dentaires et tout solde au titre du Régime de soins de santé. Pour tout solde restant, le Régime de soins de santé couvre les frais habituels et raisonnables prévus en vertu de l'option Flexplus que vous avez sélectionnée pour les chirurgies buccales suivantes :

- Approfondissement du sillon, remodelage de la crête alvéolaire
- Avulsion de nerf – supra ou infra-orbital
- Extraction de dents ou de racines
  - extraction de dents incluses
  - ablation d'une racine ou d'un corps étranger de la cavité maxillaire
  - résection d'une racine (apicectomie)
    - dents antérieures
    - prémolaires
    - molaires
- Fractures et dislocations
  - dislocation—articulation temporomandibulaire (ou mâchoire)
    - réduction fermée ou ouverte
  - fractures—mandibule
    - sans réduction, réduction fermée ou réduction ouverte
  - fractures—maxillaires ou os molaire
    - sans réduction, réduction fermée, réduction ouverte ou réduction ouverte complexe
- Frénectomie – labiale ou buccale (lèvre ou joue)
- Kystes, lésions, abcès
  - biopsie
    - incision
    - excision
    - lésion du tissue osseux
    - lesion du tissue mou
  - excision de kystes
  - excision de tissue lésé (lésion bénigne)
  - excision de grenouillette
  - incision et drainage
    - intra oral – tissue mou
    - intra osseux (dans l'os)
  - abcès périodontique
- incision and drainage
- Linguale (langue)
- Fermeture d'une fistule bucco-sinusale
- Sialolithotomie – complexe
- Sialolithotomie – simple
- Torus (biopsie Osseuse)
- Traitement de blessures accidentelles
  - réparation d'une lacération du tissu mou
  - débridement, réparation, suture
- Traitement gingivaux et alvéolaires
  - alvéoplastie
  - plastie par lambeaux avec curetage
  - plastie par lambeaux avec ostéoplastie
  - plastie par lambeaux avec curetage et ostéoplastie
  - curettage gingival
  - gingivectomie avec ou sans curetage
  - gingivoplastie

# DEMANDE DE RÈGLEMENT

## Frais de soins dentaires courants et chirurgie dentaire

### Si votre dentiste présente les demandes par voie électronique

Assurez-vous que vos renseignements personnels sont exacts, y compris le numéro de régime (151098) et votre numéro de participant.

### Si votre dentiste ne présente pas les demandes par voie électronique

Vous pouvez présenter votre demande directement à la Financière Sun Life par voie électronique ou en format papier.

## Blessure accidentelle

Les demandes de règlement à la suite d'un accident ne peuvent pas être soumises en format électronique par votre dentiste. Elles doivent être soumises en format papier.

1. Demandez à votre dentiste de remplir les parties appropriées du formulaire Demande de règlement Garantie Frais dentaires et compte Soins de santé,
2. Assurez-vous que la demande n'est pas envoyée électroniquement au Régime de soins dentaires,
3. Joignez la demande de règlement de soins dentaires à un formulaire Demande de règlement Garantie Frais médicaux et compte Soins de santé,
4. Envoyez le tout à la Financière Sun Life.

# FOIRE AUX QUESTIONS

*Comment le plafond des frais admissibles est-il fixé?*

| Si vous... | Le maximum des frais admissibles est calculé selon... |
|---|---|
| Habitez et consultez un dentiste au Canada | La dernière édition du guide des tarifs de soins dentaires de la province ou du territoire où se trouve le dentiste |
| Habitez au Canada, mais consultez un dentiste à l'extérieur du Canada | Les frais habituels et raisonnables (le montant qui aurait été facturé dans votre province de résidence détermine le maximum annuel) |

*Dois-je obtenir une autorisation préalable pour un traitement dentaire onéreux?*

Si le coût du traitement prévu est supérieur à 300 $, la Financière Sun Life vous recommande de demander à votre dentiste de décrire le traitement prévu et le coût, et de soumettre le tout à la Financière Sun Life, qui vous informera du montant payable par le régime.

*Qu'arrive-t-il si j'ai besoin d'une chirurgie ou d'un traitement dentaire à la suite d'un accident?*

- **Blessure aux dents**
  Le traitement doit être donné dans les douze mois après l'accident (dans le cas d'un enfant de moins de 17 ans, avant l'âge de 18 ans).

  Vous présentez d'abord une demande au titre du Régime de soins de santé et tout solde au titre du Régime de soins dentaires. Le Régime de soins de santé couvre les frais jusqu'à concurrence du montant correspondant à l'option Flexplus que vous avez sélectionnée. Pour ce qui est du solde, le Régime de soins dentaires couvre les frais habituels et raisonnables pour certains types de chirurgies buccales, jusqu'à concurrence du montant correspondant à l'option Flexplus que vous avez selectionnée.

  Si la combinaison de ces protections ne couvre pas l'intégralité de vos dépenses, vous pourrez en réclamer le solde au titre de votre compte Soins de santé (s'il y a lieu).

- **Chirurgie dentaire**
  Vous présentez d'abord une demande au titre du Régime de soins dentaires et tout solde au titre du Régime de soins de santé. Le Régime de soins dentaires couvre les frais jusqu'à concurrence du montant correspondant à l'option Flexplus que vous avez sélectionnée. Pour ce qui est du solde, le Régime de soins de santé couvre les frais habituels et raisonnables pour certains types de chirurgies buccales, jusqu'à concurrence du montant correspondant à l'option Flexplus que vous avez sélectionnée.

  Si la combinaison de ces protections ne couvre pas l'intégralité de vos dépenses, vous pourrez réclamer le solde au titre de votre compte Soins de santé (s'il y a lieu).

## EXCLUSIONS

Aucun remboursement n'est accordé pour les services et fournitures dentaires suivants :

- payables ou disponibles (peu importe s'il y a une liste d'attente) en vertu d'un régime ou d'un programme gouvernemental, à moins qu'il ne soit expressément indiqué dans la liste des éléments couverts ou pour lesquels les frais engagés relèvent, en tout ou en partie, de la responsabilité civile d'une tierce partie;
- pour toute portion des frais d'un traitement excédant les frais habituels et raisonnables normalement engagés pour un traitement ou des matériaux substituts conformes à la pratique dentaire généralement reconnue, lorsque ceux-ci sont en temps normal disponibles;
- pour lesquels des frais de rendez-vous manqué ou des frais pour remplir des formulaires de demande de remboursement s'appliquent;
- de type normalement prévu à des fins sportives ou d'utilisation à la maison, notamment, les protège-dents;
- pour les coûts de services dentaires fournis pour une raison donnant droit à une indemnisation aux termes de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* ou d'autres lois similaires;
- pour la partie des frais relevant de la responsabilité juridique d'un tiers;

- pour lesquels il n'y aurait aucun frais sans l'existence de la couverture;
- pour lesquels il y a un ticket modérateur, des frais de participation ou des frais similaires qui dépassent les frais payables en vertu d'un régime d'assurance soins dentaires, d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de l'État;
- qui ne sont pas encore approuvés par l'Association dentaire canadienne ou qui, de l'avis de la Financière Sun Life, sont sans aucun doute de nature expérimentale;
- qui ont été rendus ou achetés avant la date à laquelle la personne a commencé à être couverte par le présent régime;
- qui, de l'avis de la Financière Sun Life, sont rendus surtout à des fins esthétiques, notamment mais non exclusivement, la facette prophétique en porcelaine ou en composite d'une couronne ou d'un pontique aux molaires;
- ayant trait à l'achat, à la réparation, à la modification ou au remplacement d'une prothèse de rechange, qu'elle qu'en soit la raison;
- relatifs à un appareil ou à la modification d'un appareil lorsque l'empreinte a été prise en vue de la pose de l'appareil ou de la modification en question, avant que la personne ne soit couverte par le Régime de soins dentaires;
- relatifs aux couronnes, aux ponts et à l'aurification pour des dents préparées à de telles fins avant que la personne ne soit couverte par le Régime de soins dentaires;
- relatifs au traitement radiculaire lorsque la chambre pulpaire a été ouverte avant que la personne ne soit couverte par le Régime de soins dentaires;
- rendus pour corriger une malformation congénitale ou de croissance qui n'est pas une malocclusion de classe I, II ou III;
- relatifs à un appareil parodontal, une équilibration occlusale et autres services connexes résultant d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire, ou d'une correction de dimension verticale;
- relatifs aux implants dentaires, autres que les frais habituels et raisonnables rattachés à la procédure de rechange la plus économique possible déterminée par la Financière Sun Life;
- relatifs à un traitement orthodontique dans le cas d'un participant ou de son conjoint admissible, lorsque l'appareil initial a été installé avant que la personne ne soit couverte en vertu du Régime de soins dentaires.

## Restrictions relatives aux prothèses

Les frais engagés pour des ponts ou des prothèses amovibles standard de remplacement ne sont admissibles qu'aux conditions suivantes :

- le pont ou la prothèse amovible est requis parce qu'il est nécessaire d'extraire d'autres dents naturelles à la suite de la pose initiale;
- le pont ou la prothèse amovible a au moins cinq ans et ne peut être réparé convenablement;
- le pont ou la prothèse amovible a été posé temporairement, à condition que le pont ou la prothèse amovible de remplacement soit posé dans un délai de moins de 12 mois et qu'il soit considéré comme un pont ou une prothèse amovible permanents aux termes de la présente disposition;
- le pont ou la prothèse amovible de remplacement est nécessaire parce qu'une prothèse antagoniste a été posée après la date d'adhésion de la personne au régime;
- le pont ou la prothèse amovible de remplacement est nécessaire en raison d'un accident à une dent naturelle survenu après la date d'admissibilité de la personne au régime.

# Compte de soins de santé

## CE QUI EST COUVERT

Le compte Soins de santé :

- Ces crédits Flex peuvent servir au remboursement de frais admissibles engagés par vous ou vos personnes à charge admissibles.
- Ils ne peuvent pas être retirés en espèces.
- Les crédits Flex alloués à votre compte Soins de santé doivent être utilisés avant la fin d'au plus deux années de régime (du 1er septembre au 31 août).
- A la fin de l'année de régime durant laquelle ils vous ont été alloués, les crédits Flex inutilisés de votre compte Soins de santé peuvent être reportés à l'année de régime suivante.
- Si vous ne les utilisez pas avant la fin de la deuxième année, ils seront perdus.

Le montant des demandes de règlement présentées au titre du compte Soins de santé dans une année civile par un(e) employé(e) de la catégorie de gestion habitant au Québec et couvert(e) par le Régime de soins de santé est imposable au niveau provincial. Il vous incombe d'inclure le montant des demandes de règlement dans votre déclaration d'impôt. Si vous résidez au Québec et que vous travaillez dans une autre province, vous ne recevrez pas de Relevé 1. Ces montants doivent faire l'objet d'une lettre distincte, qui sera distribuée en même temps que les feuillets T4. Si vous travaillez et résidez au Québec, ces avantages imposables seront compris à la case A et à la case J du Relevé 1.

## FRAIS ADMISSIBLES

Tous les frais qui sont déductibles d'impôt et qui figurent dans la liste de la Loi de l'impôt sur le revenu, ses règlements et bulletins d'interprétation, qui sont engagés par vous et toute personne à charge admissible.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur cette protection, sélectionnez Compte Soins de santé dans la page d'accueil de votre profil à www.maSunLife.ca/navcanada ou communiquez avec un représentant du service à la clientèle de la Financière Sun Life au 1-800-361-6212.

# REPORT DU SOLDE INUTILISÉ

Voici deux exemples montrant comment vous pouvez perdre le solde du compte. Dans l'exemple A, le solde reporté n'a pas été entièrement utilisé alors que dans l'exemple B, il l'a été entièrement :

| **Solde en date du 31 août : 300 $** | | |
|---|---|---|
| 1er septembre au 31 août | **Exemple A** | **Exemple B** |
| Report de l'année de régime précédente | 300 $ | 300 $ |
| Solde pour l'année de régime en cours | 750 $ | 750 $ |
| **Solde total pour l'année de régime en cours** | 1 050 $ | 1 050 $ |
| | | |
| Frais engagés dans l'année de régime en cours | 200 $ | 600 $ |
| Solde en date du 31 août | 850 $ | 450 $ |
| Solde reporté à l'année de régime suivante | 750 $ | 450 $ |
| | | |
| **Montant perdu sur le solde de l'année de régime précédente** | 100 $ | 0 $ |
| | | |
| **Année de régime suivante** | | |
| Report | 750 $ | 450 $ |
| Solde pour la nouvelle année de régime | 750 $ | 750 $ |
| **Solde total pour la nouvelle année de régime** | 1 500 $ | 1 200 $ |

# DEMANDE DE RÈGLEMENT

## Demande de règlement en vertu du régime de NAV CANADA

Pour toucher la prestation maximale, vous devez d'abord présenter une demande de règlement au titre de votre Régime de soins de santé ou de soins dentaires. Si un solde subsiste ou si des frais ne sont pas remboursables au titre des régimes, vous pouvez présenter votre demande de règlement en format électronique ou papier :

### Application Mobile

1. Allez à l'application mobile de la Financière Sun Life.
2. Entrez votre code d'accès et votre mot de passe.
3. Cliquez sur Présenter une demande de règlement.
4. Cliquez sur Compte Soins de santé.

### En ligne

1. Allez à www.maSunLife.ca/navcanada.
2. Entrez votre code d'accès et votre mot de passe.
3. Cliquez sur Mes règlements.
4. Cliquez sur En ligne - Compte Soins de santé (sous Présenter une demande de règlement).

Vous pouvez obtenir un code d'accès et un mot de passe en communiquant avec la Financière Sun Life au 1-800-361-6212 ou en cliquant sur « Inscrivez-vous maintenant » sur la page d'ouverture de session, à l'adresse www.maSunLife.ca/navcanada.

### Format Papier

1. Payez les frais et obtenez un reçu.
2. Remplissez les sections pertinentes du formulaire de demande de règlement comme suit :
   - soins de santé : partie 3 du formulaire Demande de règlement Garantie Frais médicaux et compte Soins de santé
   - soins dentaires : partie 5 du formulaire Demande de règlement Garantie Frais dentaires et compte Soins de santé,
3. Envoyez le formulaire et le reçu original par la poste à la Financière Sun Life.

## Coordination des prestations

Pour toucher la prestation maximale au titre de votre compte Soins de santé, si vous et votre conjoint êtes couverts par plus d'un régime, les dépenses doivent être soumises comme suit :

1. au régime qui vous couvre comme employé à temps plein ou à temps partiel;
2. au régime secondaire;
3. au compte Soins de santé, s'il reste un solde.

# EXCLUSIONS

Toutes les dépenses engagées par l'employé(e) ou une personne à charge qui ne peuvent être considérées comme des dépenses médicales de l'employé(e) aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada, laquelle est modifiée de temps à autre, excluant toute dépense ou part d'une dépense remboursée par un autre régime privé ou gouvernemental.

# Soins de la vue

## CE QUI EST COUVERT

| Couverture | Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 | Flex 4 |
|---|---|---|---|---|
| Examens de la vue | 70 % | 80 % | 90 % | 100 % |
| Prescription pour lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie oculaire au laser | Non couvert | 200 $ | 250 $ | 400 $ |

## FRAIS ADMISSIBLES

Veuillez lire les restrictions et les exclusions applicables à cette protection :

| Frais admissibles | Restrictions |
|---|---|
| Chirurgie oculaire au laser | Ces frais peuvent être réclamés en vertu des mêmes montants maximaux remboursables pour les lunettes et les verres de contact au cours de la période de deux années civiles subséquente (au titre du Régime de soins de santé habituel, et non pas au titre du compte Soins de santé) jusqu'à ce que les frais soient entièrement remboursés. |
| Examens de la vue | Par un optométriste attitré. Un examen par personne couverte par période de deux années civiles. |
| Lunettes et verres de contact nécessaires à la correction de la vue et achetés sur l'ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste, y compris leur réparation | Montant maximum remboursable en vertu de l'option Flexplus sélectionnée pour chaque période de deux années civiles. |
| Lunettes ou verres de contact (achat initial) nécessaires à la suite d'une chirurgie ou d'un accident | L'achat doit avoir lieu dans les six mois après la chirurgie ou l'accident, ou dès que raisonnablement possible, de l'avis de la Financière Sun Life. |
| Yeux artificiels et leur remplacement | Y compris le remplacement de l'œil existant, sous réserve d'un délai de :<br>• 60 mois après le dernier achat pour les personnes couvertes de plus de 21 ans; ou<br>• 12 mois après le dernier achat pour le conjoint ou l'enfant de 21 ans ou moins. |

# DEMANDE DE RÈGLEMENT

## Lunettes, verres de contact et examens de la vue

Vous pouvez présenter votre demande de règlement en format électronique ou papier.

### Application Mobile

1. Allez à l'application mobile de la Financière Sun Life.
2. Entrez votre code d'accès et votre mot de passe.
3. Cliquez sur Présenter une demande de règlement.
4. Cliquez sur Soins de la vue.

### En ligne

1. Allez à www.maSunLife.ca/navcanada.
2. Entrez votre code d'accès et votre mot de passe.
3. Cliquez sur Demander un règlement.
4. Cliquez sur Demande de règlement électronique en ligne - Frais d'optique.

Vous pouvez obtenir un code d'accès et un mot de passe en communiquant avec la Financière Sun Life au 1-800-361-6212 ou en cliquant sur « Inscrivez-vous maintenant » sur la page d'ouverture de session, à l'adresse www.maSunLife.ca/navcanada.

### Format Papier

1. Payez les frais et obtenez un reçu.
2. Remplissez un formulaire Demande de règlement Garantie Frais médicaux et compte Soins de santé.
3. Envoyez le formulaire et le reçu original par la poste à la Financière Sun Life.

## Chirurgie oculaire au laser et yeux artificiels, ainsi que leur remplacement

Format papier seulement. Pour ce faire :

1. Payez les frais et obtenez un reçu.
2. Remplissez un formulaire Demande de règlement Garantie Frais médicaux et compte Soins de santé.
3. Envoyez le formulaire et le reçu original par la poste à la Financière Sun Life.

Vous pouvez continuer de demander le remboursement des frais de chirurgie au laser en vertu du Régime de soins de santé jusqu'à ce que le solde soit payé, à condition que la personne pour laquelle la demande est présentée soit toujours assurée en vertu du régime. Vous ne pouvez pas continuer de demander le remboursement des frais de chirurgie au titre du compte Soins de santé.

Au début de la période de deux années civiles suivante, présentez un nouveau formulaire Demande de règlement Garantie Frais médicaux et compte Soins de santé avec une copie du reçu original et du document Détail des prestations de la Financière Sun Life.

# FOIRE AUX QUESTIONS

*Le régime couvre-t-il les lunettes de soleil?*
Oui, si vous avez choisi les options Flex 2, Flex 3 ou Flex 4 et qu'elles comportent des verres de prescription.

*Comment fonctionne le système de demandes de règlement aux deux ans?*
Si vous avez reçu le remboursement maximal prévu au titre de l'option de protection Flexplus que vous avez sélectionnée pour l'achat de lunettes ou de verres de contact et la chirurgie au laser au cours d'une période d'inscription de deux ans (p. ex., du 1er septembre 2021 au 31 août 2023), vous ne pourrez pas demander le remboursement de telles dépenses avant le début de la prochaine période d'inscription (soit du 1er septembre 2023 au 31 août 2025).

Dans le cas de la chirurgie oculaire au laser, si la personne est toujours couverte par le régime, vous pouvez à nouveau présenter les frais toutes les deux années civiles, jusqu'à ce que le coût total de la chirurgie ait été remboursé. Vous ne pouvez pas présenter à nouveau les frais au titre du compte Soins de santé pour cette nouvelle année civile.

# Hôpital et ambulance

## CE QUI EST COUVERT

### Chambre d'hôpital

| Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 | Flex 4 |
|---|---|---|---|
| 100 % Semi-Privée<br>• Le régime de soins de santé paie les frais habituels et raisonnables engagés pour une hospitalisation en chambre à deux lits.<br>• Si vous choisissez une chambre à un lit, vous devez payer la différence entre le tarif pour une chambre à deux lits et celui pour une chambre à un lit. | | | 100 % Privée<br>• Le régime de soins de santé paie les frais habituels et raisonnables engagés pour une hospitalisation en chambre privée. |

Veuillez lire les exclusions applicables à cette protection.

### Ambulance

Le Régime de soins de santé paie les frais habituels et raisonnables pour le service d'ambulance terrestre ou aérienne, à la condition que :

- le service ait été prescrit par un médecin et soit médicalement nécessaire; et
- le fournisseur soit autorisé.

Vous payez la différence.

| Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 | Flex 4 |
|---|---|---|---|
| 70 % | 80 % | 90 % | 100 % |

Veuillez lire les exclusions applicables à cette protection.

# DEMANDE DE RÈGLEMENT

## Hôpital

Si vous, votre conjoint ou l'un de vos enfants êtes hospitalisé, remettez votre carte d'avantages sociaux au préposé à l'admission de l'hôpital.

Généralement, les hôpitaux facturent directement le régime. Si votre hôpital ne procède pas ainsi, envoyez un formulaire de  demande de règlement Garantie Frais médicaux et compte Soins de santé dûment rempli avec la facture de l'hôpital à la Financière Sun Life. Si c'est l'hôpital qui lui fait parvenir la demande, la Financière Sun Life paiera directement; sinon, elle vous remboursera les frais admissibles d'hospitalisation selon votre niveau Flexplus choisi.

## Ambulance

Format papier seulement :

1. Payez les frais et obtenez un reçu.
2. Remplissez une demande de règlement Garantie Frais médicaux et compte Soins de santé.
3. Envoyez le formulaire et le reçu original par la poste à la Financière Sun Life.

# FOIRE AUX QUESTIONS

*Puis-je demander aux ambulanciers de m'emmener à l'hôpital de mon choix?*
Non, ils doivent vous emmener à l'hôpital le plus proche qui donne les soins appropriés.

*Le régime couvre-t-il le coût d'un accompagnement par un(e) employé(e) médical(e) certifié(e)?*
Oui, si cela est nécessaire sur le plan médical.

# Prothèses auditives

## CE QUI EST COUVERT

Le Régime de soins de santé rembourse les frais habituels et raisonnables engagés pour des prothèses auditives prescrites par un oto-rhino-laryngologiste, y compris leurs réparations, mais à l'exclusion des piles, comme suit :

| Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 | Flex 4 |
|---|---|---|---|
| 70 % du montant jusqu'à concurrence de 500 $ par personne[1] | 80 % du montant jusqu'à concurrence de 500 $ par personne[1] | 90 % du montant jusqu'à concurrence de 750 $ par personne[1] | 100 % du montant jusqu'à concurrence de 1 000 $ par personne[1] |

[1] pour chaque personne couverte, tous les 60 mois

Veuillez lire les exclusions applicables à cette protection.

# Fournitures et services médicaux

## CE QUI EST COUVERT

Le Régime de soins de santé rembourse les frais habituels et raisonnables engagés pour des services ou des produits couverts, à la condition que :

- la prestation maximale payable par un régime provincial pour le service ou le produit ait été versée;
- le service ou le produit ait été prescrit par un médecin et soit médicalement nécessaire.

Vous payez la différence.

| Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 | Flex 4 |
|---|---|---|---|
| 70 % | 80 % | 90 % | 100 % |

## FRAIS ADMISSIBLES

Veuillez lire les restrictions et les exclusions applicables à cette protection :

| Frais admissibles... | Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 | Flex 4 |
|---|---|---|---|---|
| Accessoires durables fabriqués spécialement pour un usage médical, nécessaires pour un usage thérapeutique provisoire à la résidence privée du patient – location ou achat au choix de la Financière Sun Life – y compris les déambulateurs, les lits d'hôpital, les moniteurs d'apnée et les systèmes d'alarme pour patients énurétiques | Le remboursement est limité au coût de l'équipement non motorisé, à moins qu'il ne soit médicalement prouvé que le patient ait besoin d'un équipement motorisé. | | | |
| Bandages et pansements chirurgicaux | Nécessaires au traitement d'une blessure ouverte ou d'un ulcère. | | | |
| Bas de contention et vêtements de contention | Ayant une compression minimale de 30 millimètres. | | | |

| Frais admissibles... | Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 | Flex 4 |
|---|---|---|---|---|
| Fauteuil roulant requis pour un usage thérapeutique à la résidence privée du patient – location ou achat au choix de la Financière Sun Life – y compris les réparations et le remplacement | Le remboursement est limité au coût de l'équipement non motorisé, à moins qu'il ne soit médicalement prouvé que le patient a besoin d'un équipement motorisé (au moins 60 mois après l'achat). | | | |
| Glucomètres | Y compris la réparation ou le remplacement, sous réserve d'un délai de 60 mois après la date d'achat du glucomètre. | | | |
| Membres artificiels, temporaires et permanents (pour remplacer les temporaires) | Y compris le remplacement de prothèses existantes, sous réserve d'un délai de :<br>• 60 mois après le dernier achat pour les patients de plus de 21 ans; ou<br>• 12 mois après le dernier achat pour le conjoint ou l'enfant de 21 ans ou moins. | | | |
| Orthèses personnalisées, chaussures orthopédiques ou modifications à des chaussures orthopédiques | Frais maximums remboursables combinés de 300 $ par personne couverte pas période de 24 mois. | Frais maximums remboursables combinés de 300 $ par personne couverte pas période de 24 mois. | Frais maximums remboursables combinés de 400 $ par personne couverte pas période de 24 mois. | Frais maximums remboursables combinés de 500 $ par personne couverte pas période de 24 mois. |
| Oxygène et son administration | | | | |
| Perruques, lorsque le patient a perdu tous ses cheveux à la suite d'une maladie | Frais maximums remboursables à vie de 500 $. | Frais maximums remboursables à vie de 500 $. | Frais maximums remboursables à vie de 800 $. | Frais maximums remboursables à vie de 1 000 $. |
| Pistolets à injection d'insuline pour les diabétiques insulino-dépendants | Frais maximums remboursables de 760 $ par personne couverte tous les 36 mois. | | | |
| Plâtres, attelles, bandages herniaires, colliers cervicaux ou béquilles | | | | |
| Prothèses mammaires nécessaires à la suite d'une mastectomie | Y compris un remplacement de chaque prothèse au cours de toute période de 24 mois. | | | |

<table>
<tr><th>Frais admissibles...</th><th>Flex 1</th><th>Flex 2</th><th>Flex 3</th><th>Flex 4</th></tr>
<tr><td>Pompes à insuline et accessoires complémentaires pour les diabétiques insulino-dépendants, y compris la réparation ou le remplacement au moins 60 mois après la date de l’achat</td><td colspan="4">Remboursés uniquement s’ils sont prescrits par un médecin rattaché à un centre reconnu de traitement du diabète d’un établissement universitaire.</td></tr>
<tr><td>Produits de colostomie, d'iléostomie et de trachéotomie, cathéters et poches de drainage pour les patients incontinents, paraplégiques ou quadriplégiques</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">Soins infirmiers privés à domicile</td><td>Frais maximums remboursables de 15 000 $ par personne couverte par année d'avantages sociaux, à la condition que les soins aient été prescrits par un médecin et soient médicalement nécessaires.</td><td>Frais maximums remboursables de 15 000 $ par personne couverte par année d'avantages sociaux, à la condition que les soins aient été prescrits par un médecin et soient médicalement nécessaires.</td><td>Frais maximums remboursables de 15 000 $ par personne couverte par année d'avantages sociaux, à la condition que les soins aient été prescrits par un médecin et soient médicalement nécessaires.</td><td>Frais maximums remboursables de 20 000 $ par personne couverte par année d'avantages sociaux, à la condition que les soins aient été prescrits par un médecin et soient médicalement nécessaires.</td></tr>
<tr><td colspan="4">La personne fournissant ou prescrivant les soins infirmiers :<ul><li>ne doit pas habiter avec le patient;</li><li>ne doit pas être liée au patient par le sang ou le mariage.</li></ul>Communiquez préalablement avec la Financière Sun Life pour vous assurer que le régime paiera les frais.</td></tr>
<tr><td>Soutiens-gorge orthopédiques</td><td colspan="4">Frais maximums remboursables de 100 $ par personne couverte par année civile.</td></tr>
<tr><td>Supports orthopédiques de métal ou de plastique rigide</td><td colspan="4">Excluant les appareils d’orthodontie et les articles pour usage athlétique essentiellement.</td></tr>
</table>

# Assurance-vie

## ASSURANCE-VIE DES EMPLOYÉS

Advenant votre décès, votre bénéficiaire recevra des prestations égales au montant de protection que vous avez sélectionné avec vos crédits Flexplus, arrondi à vos revenus assurables rajustés, jusqu'à concurrence de 2 000 000 $.

| Assurance-vie | Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 | Flex 4 |
|---|---|---|---|---|
| Protection | 1 x vos revenus assurables annuels[1] | 2 x vos revenus assurables annuels[1] | 3 x vos revenus assurables annuels[1] | 4 x vos revenus assurables annuels[1] |

[1]arrondis au multiple supérieur de 1 000 $

Votre protection diminue à l'âge de 65 ans à 50 % de vos revenus assurables annuels. Par conséquent, chaque option de protection sera multipliée par 50 %. L'allocation de crédits et les primes seront ajustées en conséquence. Les prestations ne sont pas imposables quand elles sont versées au bénéficiaire que vous avez désigné (les intérêts versés entre la date du décès et la date du paiement le sont). Toutefois, si elles sont payées à votre succession, des frais d'homologation pourraient s'appliquer, car elles sont considérées comme un bien.

### Programme de prestations du vivant au titre du Régime d'assurance-vie de base

Si vous êtes en phase terminale et que votre espérance de vie est de 12 mois ou moins, vous pouvez faire une demande de prêt commercial au titre du programme de prestations de la Financière Sun Life prévu à cette fin. Ce programme vous permet de recevoir une avance pouvant atteindre 50 % de la couverture prévue par son assurance-vie de base, jusqu'à concurrence de 100 000 $ et sous réserve des conditions suivantes :

- vous souffrez d'une blessure ou d'une maladie devant entraîner votre décès dans les 12 mois et pour laquelle il n'y a pas de perspective raisonnable de rétablissement, selon les renseignements médicaux fournis par votre médecin;
- vous n'avez pas désigné un bénéficiaire irrévocable;
- vous présentez une demande par écrit à la Financière Sun Life;
- NAV CANADA autorise le paiement;
- vous et votre bénéficiaire signez un consentement avant le versement de la prestation.

Si vous êtes à au plus cinq ans d'une réduction prévue de votre assurance-vie de base, le versement anticipé que vous pouvez recevoir ne peut excéder 50 % du montant réduit le moins élevé de votre assurance-vie de base, jusqu'à concurrence de 100 000 $. Si vous êtes à au plus cinq ans de l'échéance de votre assurance-vie de base, vous ne pouvez faire de demande de prêt commercial au titre du programme de prestations du vivant de la Financière Sun Life. Ce programme fait l'objet d'autres restrictions, telles qu'elles sont imposées par la Financière Sun Life.

Le montant payé (plus les intérêts cumulés) réduira d'autant les prestations d'assurance-vie de base que votre bénéficiaire recevra par suite de votre décès.

## ASSURANCE-VIE FACULTATIVE - EMPLOYÉ

Si vous détenez une assurance-vie facultative au titre de Flexplus, advenant votre décès, votre bénéficiaire recevra des prestations égales à vos revenus assurables rajustés, arrondis au multiple supérieur de 1 000 $, jusqu'à concurrence de 1 000 000 $.

Veuillez noter que vous devez acheter l'assurance-vie Flex 4 pour être admissible à cette protection.

Les prestations ne sont pas imposables quand elles sont versées au bénéficiaire que vous avez désigné (les intérêts versés entre la date du décès et la date du paiement le sont). Toutefois, si elles sont payées à votre succession, des frais d'homologation pourraient s'appliquer, car elles sont considérées comme un bien.

## ASSURANCE-VIE FACULTATIVE – PERSONNES À CHARGE

Vous pouvez acheter une protection d'assurance-vie facultative pour votre conjoint(e) et votre (vos) enfant(s) admissible(s) comme suit :

| Personne couverte | Montant de la protection |
|---|---|
| Votre conjoint(e) | Tranches de 10 000 $ jusqu'à concurrence de 500 000 $* |
| Votre (vos) enfant(s) | Tranches de 5 000 $ jusqu'à concurrence de 25 000 $ |

[1]preuve médicale requise

Le montant qui vous sera versé advenant leur décès sera déterminé en fonction du montant de protection que vous avez sélectionné.

# ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS FACULTATIVE - EMPLOYÉ

Si vous êtes couvert(e) en vertu de l'assurance décès et mutilation accidentels facultative au titre du régime d'avantages sociaux Flexplus, le montant qui sera versé, advenant votre décès, sera déterminé en fonction du montant de protection que vous avez sélectionné. Le montant variera entre 1 et 5 fois vos revenus assurables annuels, arrondis au multiple supérieur de 1 000 $ jusqu'à concurrence de 3 000 000 $.

## Frais de rapatriement

Si votre décès survient à 100 km ou plus de chez vous, les frais pour la préparation et le transport du corps aux fins d'enterrement ou d'incinération sont couverts par la Financière Sun Life jusqu'à un maximum de 10 000 $.

Les dépenses ne seront pas remboursées si elles sont admissibles à un remboursement auprès d'autres sources ou aux termes d'une autre disposition du présent contrat. Seules les dépenses raisonnables et habituelles liées à ce service seront remboursées.

## Allocation de formation professionnelle du conjoint

Si votre décès survient par suite d'un accident, la Financière Sun Life paie jusqu'à 5 000 $ pour la formation professionnelle de votre conjoint en vue d'un poste pour lequel il n'était pas qualifié auparavant. Les frais de subsistance habituels, comme l'hébergement, les repas, les déplacements ou l'habillement ne sont pas remboursés.

Toutes les dépenses doivent être engagées dans un délai de trois ans suivant la date de l'accident et elles doivent être approuvées par la Financière Sun Life. L'approbation sera accordée en fonction de la probabilité de réussite. Les dépenses ne seront pas remboursées si elles sont admissibles à un remboursement auprès d'autres sources ou aux termes d'une autre disposition du présent contrat.

Seules les dépenses raisonnables et habituelles liées à un programme de formation professionnelle seront remboursées.

## Éducation des enfants

Si votre décès survient par suite d'un accident, la Financière Sun Life verse 5 % de votre couverture, jusqu'à concurrence de 5 000 $ par année pendant un maximum de quatre ans, pour payer les frais de scolarité d'un enfant à charge dans un établissement d'enseignement postsecondaire. Les frais de subsistance habituels, comme l'hébergement, les repas, les déplacements ou l'habillement, ne sont pas remboursés.

L'enfant à charge doit être inscrit comme étudiant à temps plein dans un délai d'un an suivant l'accident. Seuls les frais de scolarité raisonnables et habituels seront remboursés.

Un pourcentage de la prestation est versé pour certaines blessures graves. Veuillez consulter la section Blessure ou maladie pour de plus amples renseignements.

Les prestations ne sont pas imposables quand elles sont versées au bénéficiaire que vous avez désigné (les intérêts versés entre la date du décès et la date du paiement le sont). Toutefois, si elles sont payées à votre succession, des frais d'homologation pourraient s'appliquer, car elles sont considérées comme un bien.

## ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS FACULTATIVE – PERSONNES À CHARGE

Vous pouvez acheter une protection d'assurance décès et mutilation accidentels facultative pour votre conjoint(e)  et votre (vos) enfant(s) admissibles comme suit :

| Personne couverte | Montant de la protection |
|---|---|
| Votre conjoint(e) | Tranches de 10 000 $ jusqu'à concurrence de 500 000 $ |
| Votre (vos) enfant(s) | Tranches de 5 000 $ jusqu'à concurrence de 25 000 $ |

Le montant qui vous sera versé advenant leur décès sera déterminé en fonction du montant de protection que vous avez sélectionné.

Un pourcentage de ce montant est payable pour certaines blessures graves. Veuillez consulter la section Blessure ou maladie pour de plus amples renseignements.

## ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS EN VOYAGE D'AFFAIRES

Si vous êtes un(e) employé(e) actif(ve) de moins de 75 ans vivant au Canada et que votre décès survient au cours d'un voyage d'affaires pour le compte de NAV CANADA, votre bénéficiaire recevra une prestation égale à quatre fois le revenu assurable rajusté (jusqu'à concurrence de 500 000 $).

Si votre conjoint(e), âgé(e) de moins de 75 ans, ou l'un des enfants à votre charge décède au cours d'un accident couvert pendant la réinstallation ou les voyages connexes en vue de la recherche d'une maison, vous recevrez la prestation suivante:

| | |
|---|---|
| Conjoint | 100 000 $ |
| Enfant | 10 000 $ |

Le régime versera aussi les prestations supplémentaires suivantes :

- **Rapatriement**
  En cas de décès à plus de 150 km de votre résidence permanente et au plus tard 365 jours après l'accident, le régime paie les frais de préparation et de transport de la dépouille du membre de la famille dans votre ville de résidence, sous réserve d'un maximum de 10 000 $.
- **Disparition**
  Si le corps de votre conjoint ou de l'un de vos enfants n'a pas été retrouvé dans l'année suivant la disparition, l'échouement, le naufrage ou la destruction du moyen de transport dans lequel il se trouvait au moment de l'accident, le régime versera la prestation de décès.

Un pourcentage de la prestation est versé pour certaines blessures graves. Veuillez consulter la section Blessure ou maladie pour obtenir plus de détails.

# BÉNÉFICIAIRES

## Désignation de bénéficiaire

Si le participant souhaite désigner un ou plusieurs bénéficiaires, celui-ci doit remplir le formulaire Désignation ou changement de bénéficiaire en inscrivant le nom complet du bénéficiaire et son lien avec lui.

Le participant peut également désigner un bénéficiaire dans son testament ou dans un formulaire subséquent de désignation de bénéficiaire.

Les formulaires doivent être remplis, datés et signés. Le participant doit apposer ses initiales sur toute modification ou altération, même mineure, au bénéficiaire désigné; le liquide correcteur n'est pas accepté. Le témoin signant le formulaire ne peut être l'un des bénéficiaires désignés.

Les formulaires doivent être envoyés au Centre des employés des ressources humaines de NAV CANADA situés au 77, rue Metcalfe, 9$^{e}$ étage, Ottawa (Ontario) K1P 5L6.

Le participant peut désigner comme bénéficiaire :

- des personnes;
- un organisme de bienfaisance ou une association philanthropique enregistré (le nom et le numéro d'enregistrement de l'institution sont requis);
- une organisation religieuse ou un établissement d'enseignement (nom requis);
- sa succession;
- une fiducie (au Québec, une fiducie doit être officiellement établie).

## Désignations révocables et irrévocables

Une désignation *révocable* signifie que le participant peut modifier en tout temps les bénéficiaires désignés. La désignation d'un bénéficiaire est présumée révocable, à moins que celle-ci ne soit spécifiquement indiquée comme étant irrévocable, sauf au Québec, où la désignation d'un conjoint de droit (par mariage ou union civile) comme bénéficiaire est présumée irrévocable, à moins que cette désignation ne soit spécifiquement indiquée comme étant révocable (veuillez noter que cette exception ne s'applique pas aux conjoints de fait).

Une désignation *irrévocable* signifie que le participant ne peut pas modifier la désignation sans satisfaire à des exigences spécifiques (voir la section « Modification de la désignation de bénéficiaire » ci-dessous

## Modification de la désignation de bénéficiaire

### Si la désignation de bénéficiaire est révocable :

Le participant et un témoin doivent remplir, dater et signer un nouveau formulaire Assurance-vie de base – Désignation de bénéficiaire.

### Si la désignation de bénéficiaire est irrévocable :

Le participant et un témoin doivent remplir, dater et signer un nouveau formulaire Assurance-vie de base – Désignation de bénéficiaire. Pour que le participant soit en mesure de modifier un bénéficiaire irrévocable ou de modifier la désignation de bénéficiaire actuelle pour la faire passer d'irrévocable à révocable, le participant doit aussi soumettre l'un des documents suivants, selon la situation :

- le formulaire « Consentement du bénéficiaire » signé par le bénéficiaire irrévocable, et dans lequel ce dernier renonce à ses droits;
- la preuve du décès du bénéficiaire irrévocable.

## Autres renseignements au sujet de la désignation de bénéficiaire

### Désignation d'un seul bénéficiaire :

Pour désigner un seul bénéficiaire, le participant doit indiquer sur le formulaire le nom du bénéficiaire et son lien avec lui.

### Désignation de bénéficiaire en sous-ordre :

Un bénéficiaire en sous-ordre est la personne désignée pour recevoir les prestations si le bénéficiaire principal décède avant le participant. Pour nommer un bénéficiaire en sous-ordre, le participant doit remplir la section « Bénéficiaire en sous-ordre » du formulaire Assurance-vie de base – Désignation de bénéficiaire.

### Désignation de plus d'un bénéficiaire :

Pour désigner plus d'un(e) bénéficiaire, le (la) participant(e) doit indiquer le nom de chacun des bénéficiaires, son lien avec eux et le pourcentage alloué. Le total des pourcentages alloués doit s'élever à 100 %. Si aucun pourcentage n'est indiqué, un partage égal sera établi entre les bénéficiaires. Si un(e) bénéficiaire décède avant le (la) participant(e), la portion de la prestation de décès de ce(tte) bénéficiaire sera versée à la succession du (de la) participant(e), ou au (à la) bénéficiaire ou aux bénéficiaires en sous-ordre désignés. Les pourcentages restants seront versés conformément à ce qui est indiqué sur les formulaires de désignation de bénéficiaire.

| | Exemple 1 | Exemple 2 |
|---|---|---|
| **Bénéficiaire 1** | 25 % | 98 % |
| **Bénéficiaire 2** | 25 % | 1 % |
| **Bénéficiaire 3** | 25 % | 1 % |
| **Bénéficiaire 4** | 25 % | |
| | Bénéficiaire en sous-ordre ou succession | Bénéficiaire en sous-ordre ou succession |
| **Remarque** | Si l'un(e) des bénéficiaires décède avant le (la) participant(e), sa portion de 25 % sera partagée également entre les bénéficiaires restants.<br><br>Si le (la) bénéficiaire 1 décède avant le (la) participant(e), sa portion de 25% sera partagée également entre les bénéficiaires 2, 3 et 4. | Si le (la) bénéficiaire 1 décède avant le (la) participant(e), sa portion de 98 % sera partagée également entre les bénéficiaires restants.<br><br>Si le (la) bénéficiaire 1 décède avant le (la) participant(e), les bénéficiaires 2 et 3 recevront 50 % chacun(e). |

### Résidents du Québec :

Dans le cas d'un partage égal entre les bénéficiaires, le pourcentage accordé au bénéficiaire décédé sera partagé également entre le(s) bénéficiaire(s) survivant(s). Dans le cas d'un partage inégal, la portion de la prestation du bénéficiaire décédé sera payée à la succession du participant ou au(x) bénéficiaire(s) en sous-ordre désigné(s). Les pourcentages restants seront payés tels qu'indiqués sur les formulaires de désignation de bénéficiaire.

| | Exemple 1 | Exemple 2 |
|---|---|---|
| **Bénéficiaire 1** | 25 % | 98 % |
| **Bénéficiaire 2** | 25 % | 1 % |
| **Bénéficiaire 3** | 25 % | 1 % |
| **Bénéficiaire 4** | 25 % | Bénéficiaire en sous-ordre 1 ou succession |
| **Remarque** | Si l'un(e) des bénéficiaires décède avant le (la) participant(e), sa portion de 25 % sera partagée également entre les bénéficiaires restants.<br><br>Si le (la) bénéficiaire 1 décède avant le (la) participant(e), les bénéficiaires 2, 3 et 4 obtiendront 1/3 chacun. | Si l'un(e) des bénéficiaires décède avant le (la) participant(e), sa portion sera payée au bénéficiaire en sous-ordre (si un[e] tel[le] bénéficiaire est désigné[e]) ou à la succession.<br><br>Si le (la) bénéficiaire 1 décède avant le (la) participant(e), les bénéficiaires 2 et 3 obtiendront le 1 % indiqué, et les 98 % restants seront payés au (à la) bénéficiaire en sous-ordre ou à la succession (selon le formulaire dûment rempli au dossier). |

### Désignation d'un bénéficiaire d'âge mineur pour les résidents du Québec :

Au Québec, les prestations versées à un bénéficiaire qui, au moment du paiement est d'âge mineur, seront réglées en son nom au(x) parent(s) ou à son tuteur légal. Si vous souhaitez prendre des dispositions pour qu'un administrateur ou un fiduciaire administre les prestations versées à un enfant mineur, vous pouvez l'inclure dans votre testament et désigner le fiduciaire comme bénéficiaire. Il serait peut-être bon de consulter un avocat pour déterminer si vous devez prendre des mesures pour planifier votre succession.

### Désignation d'un bénéficiaire d'âge mineur pour les résidents des autres provinces :

Dans toutes les provinces à l'exception du Québec, un participant qui désigne un mineur comme bénéficiaire doit aussi désigner un fiduciaire. Si aucun fiduciaire n'est désigné, les sommes dues pourraient être versées au tribunal.

### Désignation d'une succession :

Si vous désignez votre succession comme bénéficiaire, vous devriez prendre en considération ce qui suit :

- Le produit de l'assurance-vie versé à la succession peut faire l'objet de demandes de paiements des créanciers tandis que le produit versé à un bénéficiaire désigné peut, dans certains cas, être à l'abri des créanciers.
- Dans certains cas, un testament doit être vérifié et les coûts de ce service varieront d'une province à une autre. Ces coûts ne sont pas engagés si le produit est versé à un bénéficiaire désigné. La vérification n'est pas requise pour un testament notarié au Québec.

### Si aucun bénéficiaire n'est désigné :

Le produit de l'assurance-vie sera versé à la succession du participant. Un testament courant et en bonne et due forme devrait être soumis avec toute demande de règlement afin d'éviter des retards auprès des exécuteurs testamentaires ou liquidateurs de succession.

## DEMANDE DE RÈGLEMENT

Advenant votre décès, un membre de votre famille doit en informer le Centre des employés des ressources humaines (CERH) au 1-888-774-4732, option 2 ou HREC-CERH@navcanada.ca. Ils feront parvenir les formulaires et l'information nécessaires à vos bénéficiaires désignés.

Pour tous les frais engagés en vertu de l'assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires, communiquez avec le Centre des employés des ressources humaines (CERH) au 1-888-774-4732, option 2 ou HREC-CERH@navcanada.ca.

## FOIRE AUX QUESTIONS

*Pouvez-vous me donner un exemple de calcul des prestations payables dans l'éventualité de mon décès?*

Si votre revenu est de 90 000 $ et que vous bénéficiez de l'assurance-vie de base Flex 4 (4 x la rémunération annuelle assurable) et de l'assurance-vie facultative, votre bénéficiaire recevra les prestations suivantes :

| Exemple | |
|---|---|
| Régime d'assurance-vie de l'employé(e) | 360 000 $ |
| Régime d'assurance-vie facultative | 90 000 $ |
| **Somme totale payable** | **450 000 $** |

Si vous décédez à la suite d'un accident couvert et avez souscrit à la protection maximale du Régime d'assurance décès et mutilation accidentels (5 x les revenus assurables annuels), votre bénéficiaire recevra les prestations suivantes :

| Exemple | |
|---|---|
| Régime d'assurance-vie de l'employé(e) | 360 000 $ |
| Régime d'assurance-vie facultative | 90 000 $ |
| Régime d'assurance décès et mutilation accidentels facultative | 450 000 $ |
| **Somme totale payable** | **900 000 $** |

Si vous décédez à la suite d'un accident couvert survenu lors d'un voyage d'affaires pour le compte de NAV CANADA, et avez souscrit à la protection maximale du Régime d'assurance décès et mutilation accidentels (5 x les revenus assurables annuels), votre bénéficiaire recevra les prestations suivantes :

| Exemple | |
|---|---|
| Régime d'assurance-vie de l'employé(e) | 360 000 $ |
| Régime d'assurance-vie facultative | 90 000 $ |
| Régime d'assurance décès et mutilation accidentels facultative | 450 000 $ |
| Régime d'assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires | 360 000 $ |
| **Somme totale payable** | **1 260 000 $** |

*Les prestations sont-elles non imposables?*
Oui. Cependant, si vous ne désignez pas de bénéficiaire ou si vous désignez la succession comme bénéficiaire, des frais d'homologation peuvent s'appliquer.

*De quelle manière les prestations sont-elles versées?*
Sous forme de versement global en dollars canadiens.

## EXCLUSIONS

### Assurance-vie des employés

Aucune restriction ne s'applique aux prestations de ce régime.

### Assurance-vie facultative – employés et personnes à charge

Aucune restriction ne s'applique aux prestations de ce régime.

## Assurance décès et mutilation accidentels facultative - employés et personnes à charge

Aucune prestation n'est versée si la perte découle de l'une des situations suivantes :

- blessure auto-infligée, par arme à feu ou autre (y compris une surdose)
- inhalation de monoxyde de carbone;
- suicide ou tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non;
- un acte d'hostilité de forces armées, une insurrection, ou une participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- un service à temps plein dans les forces armées de tout pays;
- une participation à un acte criminel

## Assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

- les frais payés ou prévus en vertu de tout autre régime de soins de santé offert par l'entremise de l'employeur;
- les services offerts habituellement sans frais par un organisme ou un ministère gouvernemental;
- le traitement médical non urgent, les bilans de santé de routine, les examens de la vue et de l'ouïe, les lunettes et les prothèses auditives ou les soins qui peuvent raisonnablement être reportés jusqu'au retour au Canada;
- les soins dentaires;
- les services ou fournitures et appareils dentaires, à l'exception de ceux mentionnés précédemment;
- les frais d'hospitalisation pour services autres que médicaux, tels qu'une radio ou le téléphone;
- les services ne figurant pas dans la liste des frais admissibles;
- les services rendus avant l'entrée en vigueur de la protection ou après la cessation d'emploi ou la résiliation de l'assurance;
- la chirurgie ou les soins esthétiques, sauf s'ils sont nécessaires à la suite d'une blessure accidentelle survenue pendant que la protection était en vigueur;
- les services ou fournitures offerts grâce à un régime établi en vertu des lois ou règlements d'un gouvernement, y compris l'assurance automobile sans égard à la responsabilité prescrite par la loi;
- tous les services pour lesquels les gouvernements interdisent le paiement de prestations;
- les services, médicaments ou fournitures jugés expérimentaux;
- les frais de livraison et de transport;
- les services et fournitures requis à des fins récréatives ou sportives, mais qui ne sont pas médicalement nécessaires pour les activités courantes;
- les services reçus dans un établissement qui offre essentiellement des soins de longue durée ou des soins en milieu surveillé;
- les services reçus dans un hôpital gouvernemental, à moins que vous ne soyez tenu de payer pour ces services;

- les services auxquels vous avez droit sans frais, ou qui ne comporteraient aucuns frais si vous n'étiez pas assuré;
- les services reçus dans un service dentaire ou médical mis en place par NAV CANADA, une association de secours mutuel, un syndicat, une fiducie ou tout autre type de groupe semblable;
- les dépenses se rapportant à des services offerts par un membre de votre famille ou une personne qui vit d'habitude avec vous;
- l'alcoolisme chronique ou la toxicomanie;
- les troubles mentaux ou nerveux ou les traitements psychiatriques, à moins qu'un séjour à l'hôpital ou dans un autre établissement ne soit requis, auquel cas la protection ne pourra dépasser trois mois;
- le SIDA ou les maladies ou troubles liés au SIDA;
- tout état pour lequel vous avez reçu des conseils ou des traitements médicaux dans les 90 jours précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de votre assurance, jusqu'à la fin de la période de 12 mois commençant à la date à laquelle vous êtes devenu admissible à l'assurance;
- le transport normal pour se rendre au travail et en revenir;
- une blessure infligée à soi-même intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non;
- un service actif et à temps plein dans les forces armées;
- une blessure subie pendant que vous effectuez une tâche courante, manuelle ou mécanique qui pourrait être interprétée comme faisant partie de vos fonctions régulières chez NAV CANADA;
- tout accident qui se produit durant la période où vous devez résider dans une autre région, loin du lieu de travail dans la ville d'affectation permanente, en raison d'une formation ou d'une affectation de plus de 60 jours;
- un vol acrobatique tel qu'il est défini par le ministère des Transports;
- des manœuvres exigeant une autorisation ou une dispense spéciale du ministère des Transports même si l'autorisation ou la dispense a été accordée, sauf s'il s'agit d'une dispense de permis établie en raison du territoire survolé ou d'atterrissage; à l'exception des manœuvres nécessitant un permis de vol d'essai ou de convoyage du ministère des Transports dans le cas où l'aéronef ne possède pas de certificat de navigabilité valide, ainsi que des manœuvres nécessitant des opérations de travail aérien en vertu de la section 702 du RAC de Transports Canada sur le certificat d'exploitation aérienne;
- poudrage ou pulvérisation des récoltes, ensemencement, lutte contre les incendies, affiches aériennes, inspection de pipelines et de lignes à haute tension, photographie aérienne, exploration, courses, essai d'endurance ou acrobatie aérienne.

# Maladies et blessures

## ASSURANCE-INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Si vous vous absentez du travail en raison d'une maladie ou d'une blessure non liée au travail et que vous utilisez toutes les prestations du Programme de protection salariale en cas d'invalidité auxquelles vous avez droit, vous pouvez être admissible aux prestations d'invalidité de longue durée, à condition que vous satisfassiez aux critères d'invalidité :

> Pendant le délai de carence et les 24 mois suivants, vous êtes considéré comme invalide si vous êtes incapable d'exercer les principales fonctions de votre emploi habituel.
>
> Par la suite, vous serez considéré comme invalide si vous êtes incapable d'occuper un emploi en rapport avec vos capacités pour lequel vous possédez une formation, des études ou une expérience suffisantes.

Si vous ne répondez pas à la définition d'invalidité après l'expiration du délai de carence et des 24 mois suivants, vos prestations prennent fin, sauf si vous participez à un programme de réadaptation.

Vous devez être sous les soins actifs d'un médecin et suivre les traitements que la Financière Sun Life juge satisfaisants.

Une fois votre demande de règlement approuvée par la Financière Sun Life, vous recevez le montant de votre revenu assurable rajusté qui correspond à votre niveau Flex Plus tant que vous demeurez invalide.

| Détails | Flex 1 | Flex 2 | Flex 3 |
|---|---|---|---|
| Couverture | 66,67 %[1] | 66,67 %[1] | 70 %[1] |
| Maximum par mois | 20 000 $/mois[2] | 20 000 $/mois, maximum de toutes les sources : 100 % du revenu avant l'invalidité | |
| Indexation | S.O. | Indexé selon le coût de la vie (max. 3 %) | |

[1] des gains mensuels assurables
[2] maximum de toutes les sources : 85 % du revenu avant l'invalidité

Ce montant est réduit de toute somme reçue pour la même invalidité ou toute invalidité subséquente des organismes suivants :

- les prestations versées en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique* (LPFP) ou du Régime de retraite de NAV CANADA;
- les prestations versées par le Régime de pension du Canada/de rentes du Québec (RPC/RRQ), à l'exclusion des prestations payables aux personnes à votre charge ou en leur nom en raison de votre invalidité;
- les prestations payables en vertu des lois sur les accidents du travail ou autres lois similaires;
- les prestations payables au titre d'un autre régime d'assurance collective en raison de votre participation à un syndicat d'employés ou une association;
- les prestations payables au titre d'un régime d'État comme le régime de l'assurance automobile;
- les prestations d'invalidité ou prestations de retraite liées à tout emploi, payables après le début de votre période d'invalidité;
- la rémunération ou le profit tiré de tout emploi ou entreprise où la personne participe activement;
- les prestations versées en vertu de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels*, ou d'une loi semblable, là où la loi le permet.

Si vous êtes admissible aux prestations payables par d'autres sources, vous devez en faire la demande.

Les prestations ne sont pas réduites par ce qui suit :

- augmentations en fonction du coût de la vie des prestations payables par un régime d'État ou de retraite;
- prestations d'invalidité payables aux personnes à votre charge ou en leur nom;
- remboursement des cotisations de pension lorsque vous n'avez pas droit à une rente;
- prestations payables au titre d'un régime de retraite auquel NAV CANADA n'a pas cotisé;
- prestations tirées d'une police d'assurance privée et personnelle ou d'une police établie à titre de membre d'une association professionnelle non réservée aux employés de NAV CANADA;
- prestations de cessation d'emploi;
- primes de départ anticipé ou d'encouragement à la retraite anticipée;
- revenu de réadaptation sous réserve d'un maximum égal à votre revenu mensuel lorsque combiné à vos prestations d'invalidité de longue durée et autres déductions;
- prestations d'invalidité payables au titre d'une assurance-vie; ou
- prestations d'invalidité payables à un vétéran en vertu de la *Loi sur les pensions*, et toute autre augmentation subséquente

| **Exemple** | |
|---|---|
| Revenu annuel | 67 925 $ |
| Revenu assurable rajusté | 68 000 $ |
| Prestations d'invalidité de longue durée annuelles brutes (Flex 3) | 68 000 $ x 70 % = 47 600 $ |
| Prestations d'invalidité de longue durée mensuelles brutes | 47 600 $ / 12 = 3 966,67 $ |
| *Revenus d'autres sources* | |
| Régime de retraite de NAV CANADA | 1 166,66 $ |
| Régime de pensions du Canada | 666,66 $ |
| Total des revenus d'autres sources | 1 833,32 $ |
| **Prestations d'invalidité mensuelles nettes payables au titre du régime d'assurance-invalidité de longue durée** | **3 966,67 $ – 1 833,32 $ = 2 133,35 $** |

Les prestations d'assurance-invalidité de longue durée sont imposables. Chaque année, la Financière Sun Life vous envoie un relevé d'impôt indiquant les prestations qui vous ont été versées au cours de l'année précédente.

Les primes mensuelles d'assurance-invalidité de longue durée ne sont pas déductibles d'impôt.

Toutefois, une fois vos prestations touchées, les primes totales que vous avez payées pendant toute la durée de votre emploi sont déductibles d'impôt, le cas échéant. Vous pouvez reporter la déduction d'une année à l'autre jusqu'à ce qu'elle soit entièrement appliquée. Consultez votre centre fiscal local pour obtenir de plus amples renseignements ainsi que le Centre des employés des ressources humaines, pour connaître les primes totales que vous avez payées.

Veuillez lire les exclusions applicables à cette protection.

## ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS FACULTATIVE - EMPLOYÉ

Si vous choisissez une couverture au titre du Régime d'assurance décès et mutilation accidentels (dans le cadre de l'assurance facultative) et que vous subissez une blessure permanente à la suite d'un accident couvert, le montant payable pour la perte ou la perte de l'usage correspond à un pourcentage du montant payable en cas de décès.

| Personne couverte | Montant de la couverture |
|---|---|
| Pour vous | 1x à 5x les revenus assurables annuels |

Ce pourcentage varie selon la gravité de la blessure ou de la perte. Des prestations sont également payables si vous subissez une perte ou une perte de l'usage en raison de l'exposition aux éléments à la suite d'un accident assuré.

Si vous souffrez d'une blessure permanente, vous pouvez être admissible au Programme de protection salariale en cas d'invalidité et à des prestations du Régime d'assurance-invalidité de longue durée.

Veuillez lire les exclusions applicables à cette protection.

La Financière Sun Life paiera le pourcentage (indiqué dans le tableau suivant) de la couverture en cas de mutilation ou de décès accidentel :

| Blessure ou perte | Pourcentage du montant remboursable |
|---|---|
| Décès | 100 % |
| Perte des deux bras ou des deux jambes | 100 % |
| Perte des deux mains ou des deux pieds | 100 % |
| Perte d'une main et d'un pied | 100 % |
| Perte d'une main ou d'un pied et de la vue complète d'un œil | 100 % |
| Perte d'un bras ou d'une jambe | 75 % |
| Perte d'une main ou d'un pied | 75 % |
| Perte de quatre doigts de la même main | 33 1/3 % |
| Perte du pouce et de l'index de la même main | 33 1/3 % |
| Perte de quatre orteils du même pied | 25 % |
| Perte de l'usage des deux bras ou des deux jambes | 100 % |
| Perte de l'usage des deux mains ou des deux pieds | 100 % |
| Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe | 75 % |
| Perte de l'usage d'une main ou d'un pied | 75 % |
| Perte de la vue complète des deux yeux | 100 % |
| Perte de l'élocution et perte de l'ouïe des deux oreilles | 100 % |
| Perte de la vue complète d'un œil | 75 % |
| Perte de l'élocution | 75 % |
| Perte de l'ouïe des deux oreilles | 75 % |
| Perte de l'ouïe d'une oreille | 25 % |
| Quadriplégie | 200 % |
| Paraplégie | 200 % |
| Hémiplégie | 200 % |

Seule la proportion la plus élevée est payée pour des blessures à un même membre qui résultent d'un même accident. La Financière Sun Life ne versera pas plus de 100 % de la couverture si la personne souffre de plus d'une blessure à la suite d'un même accident. Sont exclues la quadriplégie, la paraplégie ou l'hémiplégie, auxquels cas la Financière Sun Life paiera un maximum de 200 %.

La perte d'un bras signifie que la mutilation se situe au niveau du coude ou au-dessus plus haut. La perte d'une main signifie que la mutilation se situe au niveau du poignet ou plus haut. La perte d'une jambe signifie que la mutilation se situe au niveau du genou ou plus haut. La perte d'un pied signifie que la mutilation se situe au niveau de la cheville ou plus haut. La perte d'un pouce, d'un doigt ou d'un orteil signifie que la mutilation se situe au niveau de la première jointure de la main ou du pied. La perte de la vue, de l'élocution ou de l'ouïe doit être totale et permanente.

La perte de l'usage doit être totale et doit avoir été continue pendant au moins une année. Pour que la Financière Sun Life verse des prestations, l'employé(e) doit fournir une preuve que la perte est permanente.

Les prestations additionnelles suivantes seront versées en cas de perte ou de perte d'usage au titre du régime d'assurance décès et mutilation accidentels :

## Transport d'un membre de la famille

Si vous subissez une perte découlant directement d'un accident et que vous êtes admis dans un hôpital situé à plus de 150 kilomètres de votre résidence, la Financière Sun Life vous versera jusqu'à 5 000 $ pour les frais habituels et raisonnables d'hébergement à proximité de l'hôpital pendant votre hospitalisation, ainsi que pour les dépenses associées au transport d'un membre de votre famille immédiate. Les membres de votre famille immédiate comprennent votre conjoint, vos parents, vos enfants, votre frère ou votre sœur. La Financière Sun Life paiera également le transport en voiture à un taux de 0,20 $ par kilomètre. La route la plus directe entre le domicile et l'hôpital doit être empruntée lors des déplacements.

Les dépenses ne seront pas remboursées si elles sont admissibles à un remboursement auprès d'autres sources ou aux termes d'une autre disposition du présent contrat.

Seules les dépenses raisonnables et habituelles seront remboursées.

## Programme de réadaptation

Si vous subissez une perte découlant directement d'un accident, la Financière Sun Life vous versera jusqu'à 10 000 $ pour les frais de réadaptation. Les frais de subsistance habituels, comme l'hébergement, les repas, les déplacements ou l'habillement ne sont pas remboursés.

Toutes les dépenses doivent être engagées dans un délai de trois ans suivant la date de l'accident alors que votre assurance couvre cette prestation. Le programme de réadaptation doit être approuvé par la Financière Sun Life et son approbation sera fondée sur ses probabilités de réussite. Le programme de réadaptation comprendra la formation appropriée, selon la perte subie, pour vous préparer à occuper un nouveau poste.

Les dépenses ne seront pas remboursées si elles sont admissibles à un remboursement auprès d'autres sources ou aux termes d'une autre disposition du présent contrat.

Seules les dépenses raisonnables et habituelles associées à un programme de réadaptation seront remboursées.

### Prestation pour adaptation de la résidence ou d'un véhicule

Si vous subissez une perte découlant directement d'un accident et que vous êtes confiné à un fauteuil roulant, la Financière Sun Life vous versera jusqu'à 10 000 $ pour :

- les coûts non récurrents de modifications apportées à votre résidence principale afin qu'elle soit accessible aux fauteuils roulants et habitable;
- les coûts non récurrents de modifications apportées à un véhicule afin que vous puissiez y avoir accès et le conduire.

Toutes les dépenses doivent être engagées dans un délai d'un an suivant la date de l'accident et être approuvées par la Financière Sun Life.

Les dépenses ne seront pas remboursées si elles sont admissibles à un remboursement auprès d'autres sources ou aux termes d'une autre disposition du présent contrat.

Seules les dépenses raisonnables et habituelles associées à un programme de réadaptation seront remboursées.

## ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS FACULTATIVE – PERSONNE À CHARGE

Si vous choisissez une couverture au titre de l'assurance décès et mutilation accidentels (dans le cadre de l'assurance facultative du régime Flexplus) et que votre personne à charge subit une blessure permanente à la suite d'un accident couvert, le montant payable pour la perte ou la perte de l'usage correspond à un pourcentage du montant payable en cas de décès.

| Personne couverte | Montant de la couverture |
|---|---|
| Pour votre conjoint | Tranches de 10 000 $ jusqu'à concurrence de 500 000 $ |
| Pour votre enfant | Tranches de 5 000 $ jusqu'à concurrence de 25 000 $ |

Ce pourcentage varie selon la gravité de la blessure ou de la perte. Des prestations sont également payables si vous subissez une perte ou une perte de l'usage en raison de l'exposition aux éléments à la suite d'un accident assuré.

Veuillez lire les exclusions applicables à cette protection.

La Financière Sun Life paiera le pourcentage (indiqué dans le tableau suivant) de la couverture en cas de mutilation ou de décès accidentel :

| Blessure/perte | Pourcentage du montant payable |
|---|---|
| Décès | 100 % |
| Perte des deux bras ou des deux jambes | 100 % |
| Perte des deux mains ou des deux pieds | 100 % |
| Perte d'une main et d'un pied | 100 % |
| Perte d'une main ou d'un pied et de la vue complète d'un œil | 100 % |
| Perte d'un bras ou d'une jambe | 75 % |
| Perte d'une main ou d'un pied | 75 % |
| Perte de quatre doigts de la même main | 33 1/3 % |
| Perte du pouce et de l'index de la même main | 33 1/3 % |
| Perte de quatre orteils du même pied | 25 % |
| Perte de l'usage des deux bras ou des deux jambes | 100 % |
| Perte de l'usage des deux mains ou des deux pieds | 100 % |
| Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe | 75 % |
| Perte de l'usage d'une main ou d'un pied | 75 % |
| Perte de la vue entière des deux yeux | 100 % |
| Perte de l'élocution et perte de l'ouïe des deux oreilles | 100 % |
| Perte de la vue entière d'un œil | 75 % |
| Perte de l'élocution | 75 % |
| Perte de l'ouïe des deux oreilles | 75 % |
| Perte de l'ouïe d'une oreille | 25 % |
| Quadriplégie | 200 % |
| Paraplégie | 200 % |
| Hémiplégie | 200 % |

Seule la proportion la plus élevée est payée pour des blessures à un même membre qui résultent d'un même accident. La Financière Sun Life ne versera pas plus de 100 % de la couverture si la personne souffre de plus d'une blessure à la suite d'un même accident. Sont exclues la quadriplégie, la paraplégie ou l'hémiplégie, auxquels cas la Financière Sun Life paiera un maximum de 200 %.

La perte d'un bras signifie que la mutilation se situe au niveau du coude ou plus haut. La perte d'une main signifie que la mutilation se situe au niveau du poignet ou plus haut. La perte d'une jambe signifie que la mutilation se situe au niveau du genou ou plus haut. La perte d'un pied signifie que la mutilation se situe au niveau de la cheville ou plus haut. La perte d'un pouce,

d'un doigt ou d'un orteil signifie que la mutilation se situe au niveau de la première jointure de la main ou du pied. La perte de la vue, de l'élocution ou de l'ouïe doit être totale et permanente.

La perte de l'usage doit être totale et doit avoir été continue pendant au moins une année. Pour que la Financière Sun Life verse des prestations, l'employé(e) doit fournir une preuve que la perte est permanente.

### Limite relative au montant des prestations

Si plus d'une personne couverte en vertu du présent contrat est admissible à des prestations pour un même accident, la Financière Sun Life versera jusqu'à concurrence de 3 000 000 $ pour l'ensemble des demandes de règlement qui y sont liées. Si le montant total des prestations payables pour l'accident s'élève à plus de 3 000 000 $, la Financière Sun Life versera à chaque personne un pourcentage de la somme de 3 000 000 $ équivalant au pourcentage de la somme totale payable qu'elle aurait reçue.

## ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES - EMPLOYÉ

Vous pouvez souscrire à une assurance contre les maladies graves pour vous-même par tranche de 25 000 $, jusqu'à concurrence de 250 000 $. Aucune preuve d'assurabilité n'est requise pour les premiers 50 000 $ de couverture, si la demande est reçue dans les 31 jours d'admissibilité.

L'assurance contre les maladies graves prévoit le versement d'une prestation capital si, après la date d'effet de la couverture, l'assuré a été atteint d'une affection couverte dont l'existence a été constatée par un diagnostic ou qui a donné lieu à une intervention chirurgicale, comme il est indiqué ci-après, et sous réserve du respect de la période de survie. La période de survie requise est de 30 jours, à moins qu'une période d'attente plus longue ne soit précisée dans la définition d'une maladie grave couverte.

La Financière Sun Life se réserve le droit d'exiger un examen médical de la personne couverte, ainsi qu'une confirmation de tout diagnostic ou de toute chirurgie rattachés à l'une ou l'autre des affections couvertes auprès d'un médecin désigné par la Financière Sun Life afin que le capital au titre de l'assurance contre les maladies graves puisse être versé.

Le capital au titre de l'assurance contre les maladies graves n'est payable que relativement à la première affection couverte dont l'existence est constatée par un diagnostic ou qui donne lieu à une intervention chirurgicale. Dès que le capital est réglé, la couverture de la personne prend fin.

Les maladies graves couvertes par ce régime d'assurance doivent avoir été diagnostiquées par un médecin autorisé et pratiquant au Canada, après l'entrée en vigueur de la couverture, tel qu'il est expliqué ci-dessous.

Prenez connaissance des exclusions qui s'appliquent à cette couverture.

| Affections couvertes | |
|---|---|
| Accident vasculaire cérébral | Maladie de Parkinson |
| **Anémie aplasique** | Maladie du motoneurone |
| Brûlures sévères | Méningite bactérienne |
| Cancer (mettant la vie en danger) | Paralysie |
| Cécité | Perte d'autonomie |
| Chirurgie coronarienne | Perte de l'élocution |
| Chirurgie de l'aorte | Perte de membres |
| Coma | Remplacement ou réparation valvulaire |
| Crise cardiaque | Sclérose en plaques |
| Démence, y compris la maladie d'Alzheimer | Surdité |
| Infection professionnelle par le VIH | Transplantation d'un organe vital |
| Insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente | Tumeur cérébrale bénigne |
| Insuffisance rénale | |

### Accident vasculaire cérébral

Accident vasculaire cérébral s'entend du diagnostic formel d'un accident vasculaire aigu se produisant dans le cerveau et causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de symptômes neurologiques;
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés à l'examen clinique; qui persistent pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique.

Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

### Anémie aplastique

Anémie aplastique s'entend du diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement qui comprend au moins un élément parmi les suivants :

- stimulation de la moelle osseuse;
- immunosuppresseurs;
- greffe de la moelle osseuse.

Le diagnostic d'anémie aplastique doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

### Brûlures sévères

Les brûlures sévères s'entendent du diagnostic formel de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

Le diagnostic de brûlures sévères doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date où elle a subi les brûlures sévères.

### Cancer (mettant la vie en danger)

Le cancer (mettant la vie en danger) s'entend du diagnostic formel d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Sont inclus le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Le diagnostic de cancer doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

### Cécité

La cécité est définie comme un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux mise en évidence par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux yeux;
- un champ visuel de moins de 20 degrés dans les deux yeux.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

### Chirurgie coronarienne

La chirurgie coronarienne s'entend d'une intervention chirurgicale au cœur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire, à l'exclusion de toute intervention non chirurgicale ou utilisant un cathéter, comme l'angioplastie percutanée ou la désobstruction au laser.

Un médecin spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

### Chirurgie de l'aorte

La chirurgie de l'aorte s'entend d'une intervention chirurgicale visant à traiter une affection de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Par « aorte », on entend l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

Un médecin spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

### Coma

Le coma s'entend du diagnostic formel d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant au moins 96 heures consécutives. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant ces 96 heures.

Le diagnostic de coma doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

### Crise cardiaque

La crise cardiaque (infarctus du myocarde) s'entend du diagnostic formel de nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :

- symptômes de crise cardiaque;
- modifications électrocardiographiques (ECG) indiquant un infarctus du myocarde;
- apparition d'ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, entre autres, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

### Démence, y compris la maladie d'Alzheimer

La démence, y compris la maladie d'Alzheimer, s'entend du diagnostic formel de détérioration progressive de la mémoire et d'au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (trouble du langage);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

La personne couverte doit présenter :

- une démence de gravité au moins modérée, qui doit être démontrée par un mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical;
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs, soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois. Le diagnostic de démence doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

### Infection professionnelle par le VIH

L'infection professionnelle par le VIH s'entend d'un diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle subie durant l'exercice normal de la profession de la personne couverte, et qui a exposé celle-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH.

Pour tout montant de couverture, la blessure accidentelle causant l'infection doit avoir eu lieu après la plus tardive des dates suivantes :

- la date à laquelle l'employeur a reçu les renseignements relatifs à l'adhésion pour ce montant de couverture;
- la date d'effet applicable à ce montant de couverture.

Si, après la cessation de sa couverture sous l'assurance contre les maladies graves, la personne est réadmise à la présente garantie, la Financière Sun Life se basera sur la date la plus récente de son admission lorsqu'il y a lieu d'appliquer cette exigence.

Le capital relatif à cette affection ne sera payable que si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- la blessure accidentelle doit être déclarée à la Financière Sun Life dans les 14 jours suivant cette blessure;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire approuvé du Canada ou des États-Unis;
- la blessure accidentelle doit être déclarée, faire l'objet d'une enquête et être documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail en vigueur au Canada ou aux États-Unis.

Le diagnostic d'une infection professionnelle par le VIH doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date de la deuxième sérologie du VIH décrite ci-dessus.

### Insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente

L'insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente s'entend du diagnostic formel d'une défaillance irréversible des fonctions du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, qui rend une transplantation médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation relative à l'insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente, la personne couverte doit être inscrite comme receveuse dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis et où s'effectue la forme de transplantation requise.

La date du diagnostic est la date d'inscription de la personne couverte à un tel centre de transplantation.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

### Insuffisance rénale

L'insuffisance rénale s'entend du diagnostic formel d'une défaillance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale, ou une greffe rénale.

Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

### Maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson s'entend du diagnostic formel de la maladie de Parkinson primitive, maladie neurologique chronique qui se caractérise par la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblement de repos. La personne couverte doit présenter des signes objectifs de détérioration fonctionnelle progressive depuis au moins un an, et le neurologue qui traite celle-ci doit avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Les syndromes parkinsoniens atypiques sont définis comme le diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystématisée.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un neurologue ou par un médecin spécialiste. La personne couverte doit remplir les conditions énoncées ci-dessus et survivre pendant 30 jours après la date où toutes ces conditions sont remplies.

### Maladie de motoneurone

La maladie du motoneurone s'entend du diagnostic formel de l'une des maladies suivantes exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, amyotrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudobulbaire.

Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

### Méningite bactérienne

La méningite bactérienne s'entend du diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien qui révèle une croissance de bactéries pathogènes en culture. Il doit y avoir une déficience neurologique qui persiste pendant au moins 90 jours après la date du diagnostic.

Le diagnostic de méningite bactérienne doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 90 jours après la date du diagnostic.

### Paralysie

La paralysie s'entend du diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires de deux membres ou plus résultant d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours après l'événement déclencheur.

Le diagnostic de paralysie doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant au moins 90 jours après la date de l'événement déclencheur.

### Perte d'autonomie

La perte d'autonomie s'entend du diagnostic formel d'une incapacité totale d'effectuer par soi-même au moins 2 des 6 activités suivantes de la vie courante pour une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Les activités de la vie courante sont les suivantes :

- Prendre son bain : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle;
- Se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, ainsi que les orthèses, membres artificiels ou autres appareils, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle;
- Faire sa toilette : capacité de s'asseoir sur le siège des toilettes et de s'en relever ainsi que d'assurer son hygiène personnelle, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle;
- Être continent : capacité de maîtriser les fonctions intestinale et urinaire avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou appareils de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle acceptable;
- Se mouvoir : capacité de se mettre au lit et d'en sortir, de s'asseoir sur une chaise ou dans un fauteuil roulant et de s'en relever, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle;
- Se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle.

Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un médecin spécialiste. Il n'y a aucune autre période de survie à satisfaire une fois que les conditions énoncées ci-dessus sont satisfaites.

### Perte de l'élocution

La perte de l'élocution s'entend du diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole à la suite d'une blessure ou d'une maladie physique pendant une période d'au moins 180 jours.

Le diagnostic de perte de l'élocution doit être posé par un médecin spécialiste. Il n'y a aucune autre période de survie à satisfaire une fois que les conditions énoncées ci-dessus sont satisfaites.

### Perte de membres

La perte de membres s'entend du diagnostic formel de la séparation irréversible et complète de deux ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

### Remplacement ou réparation valvulaire

Le remplacement ou la réparation valvulaire s'entend d'une intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule biologique ou mécanique, ou à en corriger les affections ou les anomalies.

Un médecin spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

### Sclérose en plaques

La sclérose en plaques s'entend du diagnostic formel d'au moins un des troubles suivants :

- au moins deux poussées distinctes, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux montrant des lésions multiples de démyélinisation;
- des anomalies neurologiques bien définies persistant pendant au moins six mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux montrant des lésions multiples de démyélinisation;
- une seule poussée confirmée par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux montrant des lésions multiples de démyélinisation s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois.

Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

### Surdité

La surdité s'entend du diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz.

Le diagnostic de surdité doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

### Transplantation d'un organe vital

La transplantation d'un organe vital s'entend d'un diagnostic formel de défaillance irréversible des fonctions du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, qui rend une transplantation médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation relative à une transplantation d'organe vital, la personne couverte doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, et la transplantation doit se limiter à ces organes.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date de la transplantation.

### Tumeur cérébrale bénigne

La tumeur cérébrale bénigne s'entend du diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou radiologique ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

## ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES – PERSONNE À CHARGE

Vous avez la possibilité de souscrire à une assurance contre les maladies graves pour votre conjoint et vos enfants admissibles, comme suit :

| Personne à charge | Couverture |
|---|---|
| Conjoint | Tranches de 25 000 $ jusqu'à concurrence de 250 000 $[1] |
| Enfant(s) | Tranches de 5 000 $ jusqu'à concurrence de 20 000 $[2] |

[1]Preuve médicale requise au-delà de 50 000 $
[2]Peu importe le nombre d'enfants

L'assurance contre les maladies graves prévoit le versement d'un capital si, après la date d'effet de la couverture, l'assuré a été atteint d'une affection couverte dont l'existence a été constatée par un diagnostic ou qui a donné lieu à une intervention chirurgicale, comme il est indiqué ci-après, et ce, sous réserve du respect de la période de survie. La période de survie est de 30 jours, à moins qu'une période d'attente plus longue ne soit précisée dans la définition d'une maladie grave couverte.

La Financière Sun Life se réserve le droit d'exiger un examen médical de la personne couverte ainsi qu'une confirmation de tout diagnostic ou de toute chirurgie rattaché à l'une ou l'autre des affections couvertes auprès d'un médecin désigné par la Financière Sun Life afin que le capital au titre de l'assurance contre les maladies graves puisse être versé.

Le capital au titre de l'assurance contre les maladies graves n'est payable que relativement à la première affection couverte dont l'existence est constatée par un diagnostic ou qui donne lieu à une intervention chirurgicale. Dès que le capital est réglé, la couverture de la personne prend fin.

Les maladies graves couvertes par ce régime d'assurance doivent avoir été diagnostiquées par un médecin autorisé et pratiquant au Canada, après l'entrée en vigueur de la couverture, tel qu'il est expliqué ci-dessous.

Prenez connaissance des exclusions qui s'appliquent à cette couverture.

| Affections couvertes | |
|---|---|
| **Accident vasculaire cérébral** | Maladie de Parkinson |
| **Anémie aplastique** | Maladie du motoneurone |
| **Brûlures sévères** | Méningite bactérienne |
| **Cancer (mettant la vie en danger)** | Paralysie |
| **Cécité** | Perte d'autonomie |
| **Chirurgie coronarienne** | Perte de l'élocution |
| **Chirurgie de l'aorte** | Perte de membres |
| **Coma** | Remplacement ou réparation valvulaire |
| **Crise cardiaque** | Sclérose en plaques |
| **Démence, y compris la maladie d'Alzheimer** | Surdité |
| **Infection professionnelle par le VIH** | Transplantation d'un organe vital |
| **Insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente** | Tumeur cérébrale bénigne |
| **Insuffisance rénale** | |

## Affections couvertes pour les enfants seulement

La Financière Sun Life offre une assurance contre les maladies graves pour enfants, qui couvre 6 affections propres aux enfants en plus des affections couvertes énumérées ci-dessus :

| Affections couvertes pour les enfants seulement | |
|---|---|
| Cardiopathie congénitale | Fibrose kystique |
| Diabète sucré de type 1 | Paralysie cérébrale |
| Dystrophie musculaire | Syndrome de Down |

### Cardiopathie congénitale

La cardiopathie congénitale s'entend du diagnostic formel d'au moins une des affections cardiaques couvertes décrites ci-dessous pour lesquelles une chirurgie à cœur ouvert est pratiquée afin d'y remédier.

Affections cardiaques couvertes :

- coarctation de l'aorte;
- maladie d'Ebstein;
- syndrome d'Eisenmenger;
- tétralogie de Fallot;
- transposition des gros vaisseaux.

Le diagnostic de l'affection cardiaque doit :

- être posé par un médecin spécialiste;
- être confirmé au moyen de techniques d'imagerie cardiaque que la Financière Sun Life juge acceptables.

La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Affections cardiaques couvertes si une chirurgie à cœur ouvert est pratiquée (les affections cardiaques suivantes sont couvertes seulement si une chirurgie à cœur ouvert est pratiquée pour remédier à au moins l'une d'entre elles) :

- sténose aortique;
- communication interauriculaire;
- communication interventriculaire;
- rétrécissement aortique sous-valvulaire modéré;
- sténose pulmonaire.

Cette définition ne couvre pas les interventions suivantes :

- fermeture percutanée de la communication interauriculaire;
- interventions au moyen de cathéters, comme la valvuloplastie percutanée.

Le diagnostic de l'affection cardiaque doit être posé et la chirurgie doit être recommandée et pratiquée :

- par un médecin spécialiste;
- être considérée comme nécessaire à la suite de l'utilisation de techniques d'imagerie cardiaque que la Financière Sun Life juge acceptables.

La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

### Diabète sucré de type 1

Le diabète sucré de type 1 s'entend du diagnostic formel de diabète qui se manifeste chez la personne couverte par une absence totale d'insuline et une dépendance continue aux injections d'insuline exogène pour survivre. La dépendance à l'insuline doit persister pendant au moins trois mois consécutifs.

Le diagnostic de diabète sucré de type 1 doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 90 jours après la date du diagnostic.

### Dystrophie musculaire

La dystrophie musculaire s'entend du diagnostic formel de dystrophie musculaire qui se manifeste chez la personne couverte par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par l'électromyographie et la biopsie musculaire.

Le diagnostic de dystrophie musculaire doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

### Fibrose kystique

La fibrose kystique s'entend du diagnostic formel de fibrose kystique qui se manifeste chez la personne couverte par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique. Le diagnostic de fibrose kystique doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

### Paralysie cérébrale

La paralysie cérébrale s'entend du diagnostic formel d'un trouble neurologique non progressif qui affecte le contrôle des muscles. Elle est caractérisée par la spasticité et le manque de coordination des mouvements.

Le diagnostic de paralysie cérébrale doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

### Syndrome de Down

Le syndrome de Down s'entend du diagnostic formel de syndrome de Down, qui est confirmé par la présence de l'anomalie chromosomique associée à la trisomie 21.

Le diagnostic de syndrome de Down doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

## ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS EN VOYAGE D'AFFAIRES

Si vous êtes un(e) employé(e) actif(ve) de moins de 75 ans vivant au Canada et que votre décès survient au cours d'un voyage d'affaires pour le compte de NAV CANADA, votre bénéficiaire recevra la prestation de 4 fois le revenu assurable rajusté (jusqu'à concurrence de 500 000 $).

Si votre conjoint(e), âgé(e) de moins de 75 ans, ou l'un des enfants à votre charge décède au cours d'un accident couvert pendant la réinstallation ou les voyages connexes en vue de la recherche d'une maison, vous recevrez la prestation suivante :

| | |
|---|---|
| Conjoint(e) | 100 000 $ |
| Enfant | 10 000 $ |

Le Régime d'assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires verse une prestation si vous subissez une blessure permanente découlant d'un accident survenu au cours des 60 premiers jours de voyage et d'escale pour le compte de NAV CANADA, à l'extérieur des locaux de NAV CANADA. Vous êtes également couvert dans les cas suivants :

- en tant que passager, pilote ou membre d'équipage d'un aéronef en vol, à l'embarquement ou au débarquement;
- après un saut en parachute d'un aéronef afin de sauver votre vie; ou
- après avoir été frappé par un aéronef.

Le montant payable pour la perte ou la perte de l'usage est égal à un pourcentage du montant payable en cas de décès. Le pourcentage varie selon la gravité de la blessure. Des prestations sont également payables si vous subissez une perte ou une perte de l'usage en raison de l'exposition aux éléments à la suite d'un accident assuré.

Veuillez lire les exclusions applicables à cette protection.

| Blessure ou décès | Pourcentage du montant remboursable |
|---|---|
| Quadriplégie (paralysie complète et irréversible des quatre membres) | 200 % |
| Paraplégie (paralysie complète et irréversible des deux membres inférieurs) | 200 % |
| Hémiplégie (paralysie complète et irréversible d'un bras et d'une jambe du même côté du corps) | 200 % |
| Perte des deux mains ou des deux pieds | 100 % |
| Perte de la vue complète des deux yeux | 100 % |
| Perte d'une main et d'un pied | 100 % |
| Perte d'une main et de la vue complète d'un œil | 100 % |
| Perte d'un pied et de la vue complète d'un œil | 100 % |
| Perte de la parole et de l'ouïe | 100 % |
| Perte de l'usage des deux bras ou des deux mains | 100 % |
| Perte d'un bras ou d'une jambe | 75 % |
| Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe | 75 % |
| Perte d'une main ou d'un pied | 66 ⅔ % |
| Perte de la vue complète d'un œil | 66 ⅔ % |
| Perte de l'usage d'une main | 66 ⅔ % |
| Perte de l'élocution ou de l'ouïe | 66 ⅔ % |
| Perte du pouce et de l'index de la même main | 33 ⅓ % |
| Perte de quatre doigts de la même main | 33 ⅓ % |
| Perte de l'ouïe d'une oreille | 25 % |
| Perte de tous les orteils d'un même pied | 12 ½ % |

Seule la prestation la plus élevée est payable pour les blessures résultant d'un même accident.

Les prestations suivantes additionnelles peuvent également être versées au titre de l'assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires.

## Prestation liée à l'évacuation d'urgence

Si une blessure ou une maladie qui a commencé pendant le voyage nécessite l'évacuation d'urgence d'une personne assurée, le régime en paiera les frais couverts (frais de transport, de services médicaux et de fournitures médicales engagés pour l'évacuation d'urgence) jusqu'à 10 % de la somme payable en cas de décès. Une évacuation d'urgence doit être prescrite par un médecin agréé qui certifie que la gravité de la blessure ou de la maladie justifie l'évacuation d'urgence.

Par évacuation d'urgence, on entend les circonstances suivantes :

- l'état de santé de la personne nécessite le transport immédiat à l'hôpital le plus proche où on peut lui prodiguer des soins médicaux;
- après qu'une personne assurée a été soignée dans un hôpital local, son état de santé justifie qu'elle soit transportée vers son lieu de résidence (pourvu que ce lieu se situe aux États-Unis ou au Canada) pour obtenir d'autres soins médicaux ou pour guérir;
- les deux circonstances ci-dessus.

Le transport doit se faire par la route la plus directe et la plus économique.

## Modification apportée au domicile et au véhicule

Si une personne reçoit des prestations à la suite d'une perte ou d'une perte de l'usage couverte nécessitant l'utilisation d'un fauteuil roulant, le régime versera jusqu'à 10 000 $ pour les coûts non récurrents de modifications :

- à la résidence principale de la personne assurée pour qu'elle soit accessible aux fauteuils roulants et habitable;
- au véhicule motorisé de la personne assurée, pour qu'il soit accessible et que la personne puisse le conduire, lorsque les modifications sont exigées par les responsables de l'immatriculation des véhicules,

pourvu que :

- les modifications de la résidence soient effectuées par un entrepreneur expérimenté recommandé par un organisme reconnu qui assure un soutien aux utilisateurs de fauteuils roulants;
- les modifications du véhicule soient effectuées par un fournisseur expérimenté et approuvées par les autorités provinciales chargées de délivrer les permis de conduire.

## Prestation liée au port de la ceinture de sécurité

Si une personne reçoit des prestations pour une perte ou une perte de l'usage couverte, celles-ci seront bonifiées de 10 % si la personne conduisait ou prenait place dans un véhicule et portait sa ceinture de sécurité dûment bouclée (comme en fait foi le rapport de police).

## Prestation liée au transport d'un membre de la famille pour les voyages d'affaires

Si vous, votre conjoint, ou encore l'un de vos enfants subissez une blessure couverte en vertu du régime et que vous êtes soigné dans un hôpital situé à plus de 150 kilomètres de votre domicile, le régime couvre les frais raisonnables et habituels pour permettre à un proche (c.-à-d. un conjoint en droit ou un conjoint de fait, un parent, un grand-parent, un frère ou une sœur, ou encore un enfant âgé de plus de 18 ans), de rejoindre le patient le plus rapidement possible en faisant appel aux services d'un transporteur régulier. Le médecin traitant doit recommander cette visite par écrit. Le maximum remboursable est de 10 000 $.

## Prestation liée aux frais spéciaux de scolarité

Si un(e) employé(e) perd la vie dans un accident couvert, le régime paiera jusqu'à concurrence de 5 000 $ par année en faveur de tout enfant à charge qui, à la date de l'accident, est inscrit comme étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement postsecondaire, ou était en dernière année d'études secondaires et s'est inscrit par la suite comme étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement postsecondaire dans un délai de 365 jours suivant la date de l'accident. Cette prestation est versée annuellement jusqu'à concurrence de quatre versements annuels consécutifs tant que l'enfant à charge poursuit ses études comme étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement postsecondaire.

Si, au moment de l'accident, aucun des enfants à charge n'était admissible, le régime paiera un montant additionnel de 2 500 $ au bénéficiaire désigné.

# DEMANDE DE RÈGLEMENT

## Assurance-invalidité de longue durée

Si vous devenez complètement invalide et que vous croyez que votre invalidité durera plus longtemps que le délai de carence, vous devriez présenter une demande de prestations le plus vite possible. Communiquez avec le Centre des employés des Ressources humaines (CERH). Il vous fournira les formulaires que vous et votre (vos) médecin(s) devez remplir.

Il vous revient de remplir la Déclaration du participant et de faire remplir la Déclaration du médecin traitant par votre (vos) médecin(s) qui indiquera (ont) les données médicales à l'appui de son diagnostic et de son pronostic. Vous devez assumer tous les coûts exigés pour remplir ces formulaires. La Financière Sun Life examine les demandes à la lumière de toutes les données médicales objectives fournies sur votre état. La Financière Sun Life peut demander d'autres renseignements à votre (vos) médecin(s) ou exiger que vous subissiez des examens médicaux indépendants.

Assurez-vous de fournir à la Financière Sun Life des renseignements médicaux complets attestant votre invalidité totale. Les omissions ou les ambiguïtés risquent de retarder le versement des prestations.

Envoyez les formulaires dûment remplis directement à la Financière Sun Life. Pour éviter les délais, la Financière Sun Life a besoin de recevoir toute l'information au plus tard huit (8) semaines avant la fin du délai de carence.

## Assurance contre les maladies graves

Si vous, votre conjoint et (ou) l'un de vos enfants bénéficiez d'une couverture au titre de l'assurance contre les maladies graves et que vous êtes atteint de l'un des troubles admissibles, veuillez communiquer avec un représentant de la Financière Sun Life au 1-866-539-7678. Le représentant vous indiquera quels documents vous devrez obtenir de votre médecin pour effectuer une demande de remboursement.

Les prestations ne sont pas imposables quand elles sont versées au membre assuré.

## Régime d'assurance décès et mutilation accidentels facultative

Si vous-même, votre conjoint ou l'un de vos enfants êtes blessé, vous devez en informer le Centre des employés des Ressources humaines, (CERH), au 1-888-774-4732, option 2 ou HREC-CERH@navcanada.ca. Il vous fera parvenir les formulaires et l'information nécessaires.

## Assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires

Pour tous les frais engagés en vertu de l'assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires, communiquez avec le Centre des employés des Ressources humaines (CERH), au 1-888-774-4732, option 2 ou HREC-CERH@navcanada.ca.

# FOIRE AUX QUESTIONS

## Prestations d'assurance-invalidité de courte durée

*Ai-je droit à cette protection?*

Oui, si vous êtes un(e) employé(e) de la catégorie de gestion à temps plein ou à temps partiel, les prestations d'invalidité de courte durée sont payables au titre du Programme de protection salariale en cas d'invalidité (PPSI).

*Quand suis-je admissible à ces prestations?*

Vous êtes admissibles à ces prestations une fois que vous avez prouvé à votre gestionnaire ou à votre supérieur immédiat que vous êtes incapable d'exécuter vos fonctions en raison d'une maladie ou d'une blessure non professionnelle. Un certificat médical peut être requis.

*Quelles sont les prestations versées au titre du Régime?*

Vous toucherez la totalité de votre salaire si vous êtes admissible.

| | |
|---|---|
| Cadres supérieurs (haute direction) | 100 % de votre salaire de base et des prestations applicables au titre du PPSI, jusqu'à concurrence de 39 semaines (195 jours de travail) par invalidité (y compris toute récidive) |
| Tous les autres employés de la catégorie de gestion | 100 % de votre salaire de base et des prestations applicables au titre du PPSI, jusqu'à concurrence de 26 semaines (130 jours de travail) par invalidité (y compris toute récidive) |

*Ces prestations s'appliquent-elles si mon invalidité est liée au travail?*
Non. Dans ce cas, NAV CANADA verse la totalité de votre salaire dans le cas d'un congé pour accident de travail. Ces demandes de règlement sont traitées par les autorités provinciales en matière d'indemnisation des accidentés du travail.

*Qu'arrive-t-il de mes autres protections de NAV CANADA si je suis invalide?*
Vos protections sont maintenues comme si vous étiez au travail.

*Qu'arrive-t-il si je reprends le travail et que je redeviens invalide?*
En vertu du PPSI, si vous redevenez invalide dans les 30 jours à la suite de la même cause ou d'une cause connexe, le versement des prestations reprend.

*Quand prend fin le versement des prestations d'invalidité de courte durée?*
Lorsque toutes les prestations du PPSI ont été versées, au plus tard :

- à la date de votre départ à la retraite; ou
- à la date où vous quittez votre emploi auprès de NAV CANADA,

selon la première éventualité.

*Comment dois-je procéder pour présenter une demande de règlement?*
Vous devez aviser votre gestionnaire ou votre supérieur immédiat dès que vous êtes absent du travail en raison d'une maladie ou d'une blessure non liée au travail. Si vous prévoyez que l'absence durera plus de 21 jours civils de suite, votre gestionnaire devra remplir le Formulaire de déclaration de l'employé(e).

## Régime d'assurance-invalidité de longue durée

*Qu'entend-on par « invalidité »?*
Pendant le délai de carence et les 24 mois suivants, vous êtes considéré comme invalide si vous êtes incapable d'exercer les principales fonctions de votre emploi habituel. Par la suite, vous serez considéré comme invalide si vous êtes incapable d'occuper un emploi en rapport avec vos capacités pour lequel vous possédez une formation, des études ou une expérience suffisantes.

Vous devez être sous les soins actifs d'un médecin et suivre les traitements que la Financière Sun Life juge satisfaisants.

*Et si mon invalidité est liée à un état qui existait avant mon entrée en fonction à NAV CANADA?*
En général, aucune prestation n'est payable pour une invalidité liée à une maladie ou à une blessure pour laquelle vous avez reçu des soins médicaux avant de devenir assuré. Cependant, si vous répondez aux conditions suivantes, cette disposition ne s'appliquera pas.

Si vous :

- n'avez pas reçu de soins médicaux pour la maladie ou la blessure pendant une période continue de 90 jours se terminant le jour de l'entrée en vigueur de votre protection ou après,
- avez été couverts au titre du Régime d'assurance-invalidité de longue durée de NAV CANADA pendant au moins 13 semaines et n'avez pas reçu de soins d'un médecin ou d'un autre personnel médical, sous la direction d'un médecin, pour la maladie ou la blessure,
- êtes devenu totalement invalide plus d'un an après l'entrée en vigueur de la protection.

*Quand les prestations commencent-elles à être versées?*
À l'expiration du délai de carence.

*Ces prestations s'appliquent-elles si mon invalidité est liée au travail?*
Non. Dans ce cas, NAV CANADA verse la totalité de votre salaire dans le cas d'un congé pour accident de travail. Ces demandes de règlement sont traitées par les autorités provinciales en matière d'indemnisation des accidentés du travail.

*Mes prestations augmenteront-elles en fonction du coût de la vie?*
Oui, si vous avez choisi les options Flex 2 ou Flex 3. Les prestations versées au titre du régime sont rajustées en fonction du coût de la vie chaque 1er janvier, sous réserve d'un maximum de 3 % par année. Aucun rajustement ne sera effectué si vous avez choisi l'option Flex 1.

*Quelles sont mes responsabilités pendant une invalidité de longue durée?*
Au cours d'une période d'invalidité totale, vous devez déployer des efforts raisonnables pour :

- vous rétablir, ce qui peut supposer de suivre un programme de réadaptation ou un traitement raisonnable et d'accepter toute offre raisonnable de l'employeur en ce qui a trait à l'adaptation des tâches;
- reprendre votre poste au cours des 24 premiers mois de versement des prestations;
- suivre une formation pour pouvoir occuper un autre poste s'il devient évident que vous ne serez pas en mesure de reprendre votre poste au cours des 24 premiers mois de versement des prestations;
- tenter de trouver un autre poste suivant les 24 premiers mois de versement des prestations;
- obtenir les prestations fournies par d'autres sources auxquelles vous êtes admissible.

La Financière Sun Life pourra retenir ou cesser de verser vos prestations si vous ne faites pas d'effort raisonnable.

*Qu'arrive-t-il si je deviens invalide pendant que je suis en congé autorisé?*
Si vous devenez invalide pendant votre congé et avez maintenu en vigueur votre protection, vous aurez droit à des prestations d'assurance-invalidité de courte durée. Le versement des prestations d'assurance-invalidité de longue durée commencerait après la cessation du versement des prestations d'assurance-invalidité de courte durée.

### *Qu'arrive-t-il de mes autres protections si je suis invalide et que je conserve mon statut d'employé?*

La protection au titre du régime d'avantages sociaux Flexplus dont vous bénéficiiez avant de devenir invalide est maintenue sans frais lorsque vous recevez des prestations au titre du Régime d'assurance-invalidité de longue durée. Celle-ci inclut les soins de santé, les soins dentaires, l'assurance-vie de base, l'assurance-invalidité à long terme et l'assurance-vie facultative.

Si des retenues sont effectuées sur votre salaire et sont rattachées à votre régime Flexplus, vous devez envoyer des chèques postdatés au Centre des employés des ressources humaines, pour conserver ces protections.

### *Qu'arrive-t-il si je reprends le travail et que je redeviens invalide?*

Si vous vous rétablissez et retournez au travail et redevenez invalide après :

- un mois, si la deuxième invalidité est due entièrement à des causes non connexes,
- six mois, si la deuxième invalidité est due à des causes connexes,
- douze mois, si la deuxième invalidité est due à la même cause,

le versement de vos prestations d'invalidité de longue durée reprendra et vous aurez droit au même montant que vous receviez avant de retourner au travail, sans avoir à accomplir un nouveau délai de carence.

### *Suis-je tenu de participer à un programme de réadaptation?*

Oui. La Financière Sun Life peut mettre fin au versement de vos prestations si vous ne collaborez pas ou ne participez pas à un programme de réadaptation recommandé et approuvé.

Vous pouvez être tenu de participer à un tel programme pendant un maximum de 24 mois tout en recevant vos prestations d'invalidité de longue durée de la Financière Sun Life. Votre revenu total dans le cadre d'un programme approuvé ajouté à vos prestations d'invalidité ne peut pas dépasser votre salaire avant l'invalidité.

### *Quand le versement des prestations prend-il fin?*

Le versement des prestations prend fin lorsque vous :

- n'êtes plus invalide,
- n'êtes plus sous les soins actifs d'un médecin,
- ne suivez pas un traitement jugé satisfaisant par la Financière Sun Life,
- atteignez l'âge de 65 ans (à la dernière journée du mois de votre anniversaire),

Selon la première éventualité.

## Régime d'assurance contre les maladies graves

*Qu'arrive-t-il si je souffre de plusieurs maladies admissibles?*

Votre couverture prend fin à la date à laquelle le capital de la garantie Maladies graves est réglé relativement à une affection couverte dont vous êtes atteint. Une fois le paiement effectué, la couverture de l'assuré prend fin.

*Le Régime d'assurance contre les maladies graves offre-t-il des avantages supplémentaires?*

Oui. Le Régime d'assurance contre les maladies graves permet à vous et à votre conjoint d'obtenir les services des meilleurs médecins.

Si vous, votre conjoint ou vos enfants à charge êtes atteint d'un trouble médical grave, ou si vous croyez souffrir d'un tel trouble (sont exclus les troubles mentaux, nerveux et les douleurs chroniques, comme la fibromyalgie), vous serez affecté à un intervenant, un infirmier autorisé, qui vous fournira du soutien tout au long du processus.

- InterConsultation™ - étude approfondie des dossiers médicaux du participant en vue de confirmer le diagnostic et les options de traitement. Le service d'InterConsultation peut aider le médecin traitant du participant à choisir le plan d'action approprié.
- FindBestDoc™ - recherche personnalisée à partir de la base de données de Best Doctors, qui inclut plus de 50 000 spécialistes, pour trouver celui qui est le mieux à même de répondre aux besoins particuliers du participant. Best Doctors obtient les recommandations (l'accès à un spécialiste canadien requiert une recommandation du médecin traitant), prend les rendez-vous et peut faire des réservations pour l'hébergement si le participant doit se rendre dans une autre ville.
- FindBestCare™ - accès à des rabais sur l'hospitalisation et la consultation de médecins si un traitement à l'étranger est requis. Best Doctors veillera à la transmission des renseignements essentiels au spécialiste concerné et assurera un suivi permanent du traitement de façon à ce que les priorités sur le plan médical soient respectées. Si le participant doit se déplacer pour recevoir des soins, Best Doctors peut faire des réservations pour le voyage et l'hébergement (les dépenses associées aux services FindBestDocTM et FindBestCareTM pour les déplacements, l'hébergement et les traitements sont à votre charge).
- Best Doctors 360o ™ - programme unique conçu pour vous aider à comprendre le système de santé en offrant du soutien individuel, des conseils personnalisés et une orientation en personne pour chaque participant.

Remarque : Best Doctors n'est pas un agent, un représentant ou un fournisseur de services de la Financière Sun Life. Toutes les descriptions relatives aux services de Best Doctors proviennent de Best Doctors, Inc., et non de la Financière Sun Life. La Financière Sun Life ne peut pas garantir l'accessibilité aux services de Best Doctors et se réserve le droit d'y mettre fin à n'importe quel moment.

BEST DOCTORS et les autres marques de commerce ou marques déposées indiquées sont des marques de commerce ou des marques déposées de Best Doctors, Inc. et sont utilisées sous licence.

*Puis-je continuer d'adhérer à l'assurance contre les maladies graves après avoir quitté NAV CANADA ou avoir pris ma retraite?*

Oui, si vous quittez NAV CANADA, vous disposez de 31 jours pour communiquer avec la Financière Sun Life et demander de faire passer votre couverture à une couverture individuelle sans avoir à fournir une preuve de bonne santé. Toutefois, vous ne pouvez pas convertir votre couverture à une couverture d'un montant supérieur à votre couverture actuelle, et ce, jusqu'à concurrence de 100 000 $.

## Régime d'assurance décès et mutilation accidentels facultative

*Les prestations sont-elles non imposables?*

Oui.

*De quelle manière les prestations sont-elles versées?*

Sous forme de versement global en dollars canadiens.

*Pouvez-vous me donner des exemples de calcul des prestations?*

| En supposant que vous ayez une protection de 250 000 $ | Vous recevriez... |
|---|---|
| Si vous perdez un bras | 75 % x 250 000 $ = 187 500 $ |
| Perte de quatre orteils du même pied | 25 % x 250 000 $ = 62 500 $ |

Même si l'accident donne lieu à des blessures multiples, le régime verse uniquement une prestation pour la perte ou la perte de l'usage ouvrant droit au montant le plus élevé :

| Si vous perdez un bras et l'ouïe dans une oreille | Vous recevriez... |
|---|---|
| Perte d'un bras | 75 % x 250 000 $ = 187 500 $ |
| Perte de l'ouïe dans une oreille | 25 % x 250 000 $ = 62 500 $ |
| Prestation payable | 187 500 $ |

# EXCLUSIONS

## Assurance-invalidité de longue durée

La Financière Sun Life ne paiera aucune prestation pour toute période au cours de laquelle

- l'employé(e) ne reçoit pas un traitement adéquat;
- l'employé(e) accomplit un travail rémunéré ou réalise des profits d'une manière autre que celle approuvée par la Financière Sun Life;
- l'employé(e) ne participe pas à un programme approuvé d'aide en cas d'incapacité partielle ou de réadaptation, si une telle participation est exigée par la Financière Sun Life;
- l'employé(e) est en grève, sauf si la Financière Sun Life a donné son autorisation expresse;
- l'employé(e) est absent(e) du Canada depuis plus de quatre (4) mois pour toute raison, à moins que la Financière Sun Life accepte d'avance et par écrit de payer des prestations durant cette période;

- l'employé(e) purge une peine dans un pénitencier ou est confiné(e) dans une institution similaire.

La Financière Sun Life ne versera pas de prestations si l'invalidité de l'employé(e) résulte directement ou indirectement d'une condition qui existait à la date d'entrée en vigueur du régime de l'employé(e) ou à une date antérieure. Cependant, cette restriction ne s'applique pas dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- l'employé(e) n'avait reçu aucun soin médical pour sa condition durant une période continue de 90 jours prenant fin à la date de début de la couverture de l'employé(e) ou à une date ultérieure;
- l'employé(e) est protégé(e) contre l'invalidité de longue durée par son employeur depuis au moins 13 semaines au cours desquelles il (elle) a travaillé activement et de façon continue (une absence d'au plus 3 jours n'est pas comptabilisée) et l'employé(e) n'a pas été traité(e) pour sa condition par un médecin ou par tout autre membre du personnel d'un médecin;
- l'employé(e) est devenu(e) complètement invalide plus d'une année après la date de début de la couverture; si la couverture cesse en raison d'une mise à pied, la Financière Sun Life tiendra compte de toutes les périodes de travail précédant la mise à pied.

Lorsque la couverture de l'employé(e) cesse alors que l'employé(e) est couvert(e) de nouveau au titre du présent contrat, la Financière Sun Life utilisera, pour appliquer la restriction décrite ci-dessus, la dernière date de début de la couverture de l'employé(e), à moins d'avis contraire dans les précédents paragraphes.

La Financière Sun Life ne considérera pas l'employé(e) comme complètement invalide si son invalidité résulte d'une consommation excessive de drogues ou d'alcool. Cependant, cette restriction ne s'applique pas lorsque l'employé(e) participe à un programme de traitement approuvé par la Financière Sun Life ou si l'employé(e) souffre d'une maladie physique qui causerait une invalidité complète même si la consommation excessive de drogues ou d'alcool cessait.

La Financière Sun Life ne versera pas de prestations pour une invalidité totale résultant de ce qui suit :

- un acte d'hostilité de forces armées, une insurrection, ou une participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- une tentative de suicide ou une blessure intentionnellement provoquée par la personne couverte, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- une participation à un acte criminel.

## Assurance contre les maladies graves

Aucun remboursement n'est accordé pour une maladie, un trouble ou une intervention chirurgicale dont il n'est pas fait mention à la rubrique Affections couvertes.

Aucune prestation n'est payable pour les affections résultant directement ou indirectement de l'une des causes ci-dessous :

- une tentative de suicide ou une blessure intentionnellement provoquée par la personne couverte, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- un acte d'hostilité de forces armées, une insurrection, ou une participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- une participation à un acte criminel;
- la consommation illégale ou illicite de drogues, ou l'usage impropre ou abusif de drogues ou d'alcool;
- le décès de l'assuré au cours de la période de survie prescrite (selon les affectations couvertes)

Aucun remboursement n'est accordé une fois que vous avez pris votre retraite ou que vous avez atteint l'âge de 70 ans, selon la première des éventualités.

Aucun montant forfaitaire ne sera versé pour une autre maladie grave lorsqu'un montant a déjà été octroyé pour une première maladie couverte.

### Maladies préexistantes

Dans le cas de toute couverture n'ayant pas nécessité la présentation d'une attestation de bonne santé, aucune prestation n'est versée relativement à une affection couverte qui :

- s'est déclarée dans les 12 mois suivant la date d'effet de couverture de la personne couverte;
- est attribuable à une blessure, à une maladie ou à une affection (qu'un diagnostic ait été établi ou non au cours des 12 mois précédant la date d'effet de la couverture) pour lesquelles la personne couverte :
  - a présenté des symptômes;
  - a consulté un médecin ou un autre praticien;
  - a reçu des soins, des conseils ou des traitements d'ordre médical; ou
  - au sujet desquelles une personne raisonnablement prudente ayant subi la blessure en cause ou souffrant de la maladie ou de l'affection en cause aurait consulté un médecin ou un autre praticien.

Si, après la cessation de sa couverture, la personne est réadmise à la présente garantie, la Financière Sun Life se base sur la date la plus récente de son admission lorsqu'il y a lieu d'appliquer la restriction ci-dessus. La présente exclusion est supprimée dans le cas où la période moratoire d'exclusion pour les enfants s'applique ou dans le cas de tout enfant du salarié ou du conjoint du salarié qui est né ou adopté plus de 10 mois après la date à laquelle le salarié a été admis à la garantie Maladies graves pour enfant.

### Période moratoire d'exclusion pour les enfants

Votre enfant ou l'enfant de votre conjoint est exclu de la couverture Maladies graves si :

- l'enfant est né dans les 90 jours précédant la date à laquelle vous avez obtenu la couverture Maladies graves pour enfant; ou
- l'enfant est né à la date à laquelle vous avez obtenu la couverture Maladies graves pour vos enfants existants ou dans les 10 mois suivants et, avant la naissance de l'enfant ou dans les 90 jours suivant sa naissance :
    - on diagnostique chez cet enfant l'une ou l'autre des affections couvertes;
    - ou l'enfant présente des signes ou symptômes d'une affection couverte, ou subit des examens menant au diagnostic d'une affection couverte dans les 5 ans de la naissance de l'enfant.

### Chirurgie de l'aorte

Aucune prestation relative à cette affection ne sera versée pour une angioplastie, une intervention intra-artérielle, une intervention percutanée au moyen de cathéters ou une intervention non chirurgicale.

### Démence, y compris la maladie d'Alzheimer

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable en cas de troubles affectifs ou schizophréniques, ou de délires.

Aux fins de la présente couverture, la référence à un mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à MF Folstein, SE Folstein et PR McHugh, Journal of Psychiatric Research, vol. 12, n$^{o}$ 3 (1975), p. 189.

### Exclusions applicables à l'accident vasculaire cérébral

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

- accident ischémique cérébral transitoire,
- accident vasculaire intracérébral causé par un trauma,
- un infarctus lacunaire, lequel ne rencontre pas la définition d'accident vasculaire cérébral donnée à la section sur les maladies graves, sous Maladies et blessures.

### Exclusions applicables à la crise cardiaque

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

- l'élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, entre autres, l'angiographie coronarienne et l'angioplastie coronarienne en l'absence d'onde Q; ou
- la découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde, lequel ne rencontre pas la définition de crise cardiaque décrite à la section sur les maladies graves, sous Maladies et blessures.

## Exclusions applicables à la maladie de Parkinson

*Période moratoire d'exclusion pour la maladie de Parkinson*

Si dans l'année qui suit la plus tardive des dates suivantes :

- la date à laquelle la Financière Sun Life a reçu les renseignements relatifs à l'adhésion de la personne pour tout montant de la couverture;
- la date à laquelle l'employeur a reçu les renseignements relatifs à l'adhésion de la personne pour tout montant de la couverture;
- la date d'effet de ce montant de la couverture,

la personne couverte :

- a présenté des signes ou symptômes liés à la maladie de Parkinson, aux troubles parkinsoniens atypiques précis ou à tout autre type de parkinsonisme ou subi des examens menant à un diagnostic de maladie de Parkinson, de troubles parkinsoniens atypiques précis ou de tout autre type de parkinsonisme (couverts ou exclus aux termes de la présente couverture), sans égard à la date du diagnostic;
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de troubles parkinsoniens atypiques précis ou de tout autre type de parkinsonisme (couverts ou exclus aux termes de la présente couverture),

Aucune prestation ne sera payable relativement à la maladie de Parkinson ou aux troubles parkinsoniens atypiques précis. De plus, si la personne est admissible, par la suite, à des montants de couverture additionnels, aucune prestation relative à la maladie de Parkinson ou aux troubles parkinsoniens atypiques précis ne lui sera versée pour les montants additionnels prévus. Toute autre couverture demeure en vigueur.

Aucune prestation relative à la maladie de Parkinson ou aux troubles parkinsoniens atypiques précis ne sera versée pour tout autre type de parkinsonisme.

Les renseignements susmentionnés doivent être transmis à la Financière Sun Life dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis, la Financière Sun Life a le droit de refuser toute demande de règlement pour la maladie de Parkinson ou les troubles parkinsoniens atypiques précis ou pour toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou les troubles parkinsoniens atypiques ou par le traitement connexe.

Si, après la cessation de sa couverture Maladies graves, la personne est réadmise à la présente garantie, la Sun Life se basera sur la date la plus récente de son admission lorsqu'il y a lieu d'appliquer la période moratoire d'exclusion

## Exclusions applicables à la perte de l'usage de la parole

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable si la perte de l'usage de la parole est due à une cause psychiatrique.

### Exclusions applicables à l'infection professionnelle par le VIH

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

- la personne couverte a refusé d'utiliser tout vaccin approuvé et disponible offrant une protection contre le VIH;
- un traitement curatif approuvé pour l'infection au VIH est devenu disponible avant la blessure accidentelle;
- l'infection au VIH n'est pas attribuable à une blessure accidentelle, mais a été contractée, par exemple, au cours de relations sexuelles ou à l'occasion de l'usage de drogues intraveineuses.

### Exclusions applicables au cancer (mettant la vie en danger)

- Aucune prestation n'est payable en cas de récidive ou de métastase d'un cancer initial qui a été diagnostiqué avant la date d'effet de la couverture.
- Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour les pathologies suivantes :
    - les lésions décrites comme étant bénignes, précancéreuses, incertaines, à la limite de la malignité ou non invasives, les carcinomes in situ (Tis) ou les tumeurs classées Ta;
    - le cancer de la peau avec mélanome malin (d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins qu'il ne soit ulcéré ou accompagné de ganglions lymphatiques ou de métastases distantes);
    - tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, sans ganglion lymphatique ou métastase distante;
    - le cancer de la prostate classé T1a ou T1b, sans ganglion lymphatique ou métastase distante;
    - le cancer papillaire ou folliculaire de la thyroïde, ou les deux, (d'un diamètre maximal inférieur ou égal à 2,0 cm) classé T1, sans ganglion lymphatique ou métastase distante;
    - la leucémie lymphoïde chronique classée à un stade inférieur au stade 1 de la classification de Rai;
    - les tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et les carcinoïdes malins classés à un stade inférieur au stade 2 de la classification de l'American Joint Committee on Cancer.

*Période moratoire d'exclusion pour un cancer*

Si dans les 90 jours qui suivent la plus tardive des dates suivantes :

- la date à laquelle l'employeur a reçu les renseignements relatifs à l'adhésion de la personne pour tout montant de la couverture;
- la date d'effet de ce montant de couverture;

la personne couverte :

- a présenté des signes ou symptômes de cancer ou subi des examens menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu aux termes de la présente couverture), sans égard à la date du diagnostic;
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou exclu aux termes de la présente couverture).

Aucune prestation ne sera payable relativement à un cancer. De plus, si la personne est admissible, par la suite, à des montants de couverture additionnels, aucune prestation relative à un cancer ne lui sera versé pour les montants additionnels prévus. Toute autre couverture demeure en vigueur.

Les renseignements susmentionnés doivent être transmis à la Financière Sun Life dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis, la Financière Sun Life a le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par le traitement connexe.

Si, après la cessation de sa couverture Maladies graves, la personne est réadmise à la présente garantie, la Financière Sun Life se basera sur la date la plus récente de son admission lorsqu'il y a lieu d'appliquer la période moratoire d'exclusion.

Aux fins de la présente couverture, les termes Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC doivent être appliqués selon la définition qui en est donnée dans le manuel de classification du cancer (7$^{e}$ édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Aux fins de la présente couverture, le terme « classification de Rai » est utilisé au sens défini dans Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia, de KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood, vol. 46, p. 219 (1975).

### Exclusions applicables au coma

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

- un coma médicalement provoqué;
- un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue;
- un diagnostic de mort cérébrale.

### Exclusions applicables à une tumeur cérébrale bénigne

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas de microadénomes pituitaires de moins de 10 mm.

Aucune prestation n'est payable en cas de récidive ou de métastase d'une première tumeur qui a été diagnostiquée avant la date d'effet de la couverture.

*Période moratoire d'exclusion pour une tumeur cérébrale bénigne*

Si dans les 90 jours qui suivent la plus tardive des dates suivantes :

- la date à laquelle l'employeur a reçu les renseignements relatifs à l'adhésion de la personne pour tout montant de la couverture;

La personne couverte :

- a présenté des signes ou symptômes de tumeur cérébrale bénigne ou subi des examens menant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou exclue aux termes de la présente couverture), sans égard à la date du diagnostic;
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou exclue aux termes de la présente couverture).

Aucune prestation ne sera payable relativement à la tumeur cérébrale bénigne. De plus, si la personne est admissible, par la suite, à des montants de couverture additionnels, aucune prestation relative à une tumeur cérébrale bénigne ne lui sera versée pour les montants additionnels prévus. Toute autre couverture demeure en vigueur.

Les renseignements susmentionnés doivent être transmis à la Financière Sun Life dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis, la Financière Sun Life a le droit de refuser toute demande de règlement pour une tumeur cérébrale bénigne ou pour toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par le traitement connexe.

Si, après la cessation de sa couverture Maladies graves, la personne est réadmise à la présente garantie, la Financière Sun Life se basera sur la date la plus récente de son admission lorsqu'il y a lieu d'appliquer la période moratoire d'exclusion.

### Méningite bactérienne

Aucune prestation relative à cette affection ne sera versée si la méningite est virale.

### Pontage aortocoronarien

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

### Remplacement ou réparation valvulaire

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

## Assurance décès et mutilation accidentels facultative

Aucune prestation n'est versée si la perte ou la perte de l'usage découle de l'une des situations suivantes (ou s'y rattache) :

- blessure auto-infligée, par arme à feu ou autre (y compris une surdose);
- inhalation de monoxyde de carbone
- suicide ou tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non;
- un acte d'hostilité de forces armées, une insurrection, ou une participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- un service à temps plein dans les forces armées de tout pays;
- une participation à un acte criminel.

## Assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

- les frais payés ou prévus en vertu de tout autre régime de soins de santé offert par l'entremise de l'employeur;
- les services offerts habituellement sans frais par un organisme ou un ministère gouvernemental;
- le traitement médical non urgent, les bilans de santé de routine, les examens de la vue et de l'ouïe, les lunettes et les prothèses auditives ou les soins qui peuvent raisonnablement être reportés jusqu'au retour au Canada;
- les soins dentaires;
- les services ou fournitures et appareils dentaires, à l'exception de ceux mentionnés précédemment;
- les frais d'hospitalisation pour services autres que médicaux, tels qu'une radio ou le téléphone;
- les services ne figurant pas dans la liste des frais admissibles;
- les services rendus avant l'entrée en vigueur de la protection ou après la cessation d'emploi ou la résiliation de l'assurance;
- la chirurgie ou les soins esthétiques, sauf s'ils sont nécessaires à la suite d'une blessure accidentelle survenue pendant que la protection était en vigueur;
- les services ou fournitures offerts grâce à un régime établi en vertu des lois ou règlements d'un gouvernement, y compris l'assurance automobile sans égard à la responsabilité prescrite par la loi;
- tous les services pour lesquels les gouvernements interdisent le paiement de prestations;
- les services, médicaments ou fournitures jugés expérimentaux;
- les frais de livraison et de transport;
- les services et fournitures requis à des fins récréatives ou sportives, mais qui ne sont pas médicalement nécessaires pour les activités courantes;
- les services reçus dans un établissement qui offre essentiellement des soins de longue durée ou des soins en milieu surveillé;
- les services reçus dans un hôpital gouvernemental, à moins que vous ne soyez tenu de payer pour ces services;
- les services auxquels vous avez droit sans frais, ou qui ne comporteraient aucuns frais si vous n'étiez pas assuré;
- les services reçus dans un service dentaire ou médical mis en place par NAV CANADA, une association de secours mutuel, un syndicat, une fiducie ou tout autre type de groupe semblable;
- les dépenses se rapportant à des services offerts par un membre de votre famille ou une personne qui vit d'habitude avec vous;
- l'alcoolisme chronique ou la toxicomanie;
- des troubles mentaux ou nerveux ou les traitements psychiatriques, à moins qu'un séjour à l'hôpital ou dans un autre établissement ne soit requis, auquel cas la protection ne pourra dépasser trois mois;
- le SIDA ou les maladies ou troubles liés au SIDA;

- tout état pour lequel vous avez reçu des conseils aux fins de traitements médicaux dans les 90 jours précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de votre assurance, jusqu'à la fin de la période de 12 mois commençant à la date à laquelle vous êtes devenu admissible à l'assurance;
- le transport normal pour se rendre au travail et en revenir;
- une blessure infligée à soi-même intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non;
- un service actif et à temps plein dans les forces armées;
- une blessure subie pendant que vous effectuez une tâche courante, manuelle ou mécanique qui pourrait être interprétée comme faisant partie de vos fonctions régulières à NAV CANADA;
- tout accident qui se produit durant la période où vous devez résider dans une autre région, loin du lieu de travail dans la ville d'affectation permanente, en raison d'une formation ou d'une affectation de plus de 60 jours;
- un vol acrobatique tel qu'il est défini par le ministère des Transports;
- des manœuvres exigeant une autorisation ou une dispense spéciale du ministère des Transports même si l'autorisation ou la dispense a été accordée, sauf s'il s'agit d'une dispense de permis établie en raison du territoire survolé ou d'atterrissage; à l'exception des manœuvres nécessitant un permis de vol d'essai ou de convoyage du ministère des Transports dans le cas où l'aéronef ne possède pas de certificat de navigabilité valide, ainsi que des manœuvres nécessitant des opérations de travail aérien en vertu de la section 702 du RAC de Transports Canada sur le certificat d'exploitation aérienne;
- le poudrage ou la pulvérisation des récoltes, l'ensemencement, la lutte contre les incendies, les affiches aériennes, l'inspection de pipelines et de lignes à haute tension, la photographie aérienne, l'exploration, les courses, l'essai d'endurance ou l'acrobatie aérienne.

# Demande de règlement

Si vous résidez dans une province qui offre un programme couvrant des frais également admissibles en vertu du Régime de soins de santé de NAV CANADA (par exemple, les frais de médicaments sur ordonnance, de membres artificiels et d'autres appareils fonctionnels, de services dentaires, etc.), vous devez d'abord présenter une demande à l'organisme provincial. Vous pourrez ensuite présenter une demande en vertu du Régime de soins de santé pour la partie non remboursée des frais admissibles.

## Demande de règlement

Si vous êtes couvert au titre du Régime de soins de santé, vous pouvez présenter votre demande de règlement de frais de certains professionnels de la santé en format électronique. Toutes les autres demandes de règlement pour d'autres services doivent être présentées en format papier.

### Mobile :

1. Allez à l'application mobile de la Financière Sun Life.
2. Entrez votre code d'accès et votre mot de passe.
3. Cliquez sur Présenter une demande de règlement.
4. Sélectionnez l'option appropriée.

### En ligne

1. Allez à www.maSunLife.ca/navcanada.
2. Entrez votre code d'accès et votre mot de passe.
3. Cliquez sur Mes règlements.
4. Sélectionnez l'option appropriée sous Présenter une demande de règlement.

Vous pouvez obtenir un code d'accès et un mot de passe en communiquant avec la Financière Sun Life au 1-800-361-6212 ou en cliquant sur « Inscrivez-vous maintenant », sur la page d'ouverture de session.

### Format papier

1. Payez les frais et obtenez un reçu.
2. Remplissez le(s) formulaire(s) approprié(s).
3. Envoyez le formulaire et le reçu original à la Sun Life.

## Coordination des prestations

Si vous et votre conjoint êtes couverts par plus d'un régime, vous pouvez demander le remboursement jusqu'à concurrence des frais admissibles, selon les soins admissibles en vertu du régime de votre conjoint. Vous pouvez également coordonner vos prestations si vous et votre conjoint êtes tous deux couverts par le Régime de soins de santé de NAV CANADA et que chacun de vous a souscrit à la protection familiale.

En tout temps, soumettez d'abord vos frais au régime qui vous couvre comme employé à temps plein ou à temps partiel (si, par exemple, vous êtes couvert en vertu d'un autre régime comme conjoint ou retraité).

| Frais engagés par... | Présentez votre demande de règlement... |
|---|---|
| Vous | 1. D'abord à votre régime de NAV CANADA<br>2. Puis au régime de votre conjoint, s'il reste un solde |
| Votre conjoint | 1. D'abord au régime de votre conjoint<br>2. Puis à votre régime de NAV CANADA, s'il reste un solde |
| Vos enfants | 1. D'abord au régime du parent dont l'anniversaire de naissance est le premier dans l'année (si les deux parents sont nés le même jour, au parent dont le prénom vient en premier par ordre alphabétique)<br>2. Puis au régime de l'autre parent, s'il reste un solde |

### Si vous êtes séparé ou divorcé et demandez un remboursement pour vos enfants

Si vous avez la garde partagée de vos enfants, les demandes doivent être présentées dans le même ordre. Vous pouvez présenter les demandes pour votre enfant à condition d'en être le parent légal.

Les demandes doivent d'abord être présentées au régime du parent qui en a la garde principale, puis au régime de l'autre parent, s'il reste un solde.

## Délais prescrits

### Flexplus - Soins de santé, soins dentaires, compte Soins de santé et compte de dépenses personnel

Les demandes de règlement doivent être soumises à la Financière Sun Life au plus tard 90 jours après :

- la fin de l'année de régime durant laquelle les dépenses ont été encourues, c'est-à-dire au plus tard le 30 novembre de chaque année; ou
- la fin de la couverture.

## Vérification des demandes de règlement de soins médicaux et dentaires

Vous n'avez qu'à communiquer avec le service à la clientèle de la Financière Sun Life, et choisir l'option « Renseignements sur les demandes de règlement des frais médicaux et

dentaires », du lundi au vendredi, de 7 h à 20 h, heure normale de l'Est, au numéro sans frais 1-800-361-6212.

Vous pouvez aussi visiter le site Web des services aux participants de la Financière Sun Life à l'adresse www.maSunLife.ca/navcanada en utilisant votre code d'accès et votre mot de passe. Vous pouvez obtenir un code d'accès et un mot de passe en communiquant avec la Financière Sun Life au 1-800-361-6212.

## APPELS

### Demandes de règlement de frais de soins médicaux ou dentaires, de l'assurance-invalidité de longue durée et de l'assurance décès et mutilation accidentels

Vous devez présenter une demande de révision par écrit à la Financière Sun Life. Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision rendue à la suite de l'examen, communiquez avec le Centre des employés des ressources humaines (CERH) par courriel au HREC-CERH@navcanada.ca ou par téléphone au 1-888-774-4732, option 2.

### Demandes de règlement au titre de l'assurance contre les maladies graves

Vous devez présenter une demande de révision par écrit à la Financière Sun Life. Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision rendue dans le cadre de la révision, vous pouvez consulter l'ombudsman de la Financière Sun Life, qui a pour mandat d'examiner les demandes de remboursement et de prendre des décisions relatives à l'adhésion aux pratiques et aux procédures appropriées, de donner les résultats au bureau responsable des demandes, puis de communiquer les résultats de l'examen au participant. Pour communiquer avec les représentants de l'assurance contre les maladies graves, composez le 1-866-539-7678.

# Compte de dépenses personnel

Vous pouvez allouer une partie ou l'ensemble de vos crédits Flex non utilisés à votre compte de dépenses personnel. Vous et les personnes à votre charge pourrez bénéficier d'un large éventail de dépenses dans une seule liste inclusive. Cliquez ici pour consulter la liste élargie des frais admissibles au titre du compte de dépenses personnel.

Les crédits Flex alloués à votre compte de dépenses personnel doivent être utilisés avant la fin d'au plus deux années de régime, ou ils seront perdus. Les dépenses réclamées au titre du compte de dépenses personnel sont imposables aux fins de l'impôt sur le revenu, peu importe la province de résidence. Les demandes de règlement peuvent être soumises en ligne ou au moyen de l'application mobile.

# Programme d'épargne collectif

Flexplus offre une occasion unique de regrouper les avantages sociaux, le mieux-être et la planification de la retraite en un seul endroit. S'il vous reste des crédits inutilisés après avoir choisi votre protection, vous pouvez les répartir entre diverses options : le régime enregistré d'épargne-retraite (REER) collectif de NAV CANADA et le compte d'épargne libre d'impôt (CELI) collectif de NAV CANADA.

## PROGRAMME D'ÉPARGNE COLLECTIF – REER

Vous pouvez verser une portion ou l'ensemble de vos crédits Flex inutilisés dans le REER collectif de NAV CANADA. Grâce au REER collectif de NAV CANADA, les participants peuvent profiter de frais d'investissement et de gestion plus faibles comparativement à un REER personnel. Votre cotisation est prélevée chaque mois sur votre paye. Vous êtes responsable de vous assurer que vos cotisations respectent les limites établies par l'Agence du revenu du Canada.

Si vous participez déjà au RÉER collectif de NAV CANADA, les fonds seront versés directement à votre compte actuel.

Si vous ne participez pas encore au RÉER collectif de NAV CANADA, veuillez remplir le formulaire d'autorisation de préinscription au programme d'épargne collectif et le retourner au Centre des employés des ressources humaines à HREC-CERH@navcanada.ca. Votre nom sera ajouté au système d'épargne collectif de la Sun Life par le CERH. Lorsque ce sera fait, vous recevrez un courriel du CERH, qui comprendra des instructions sur la façon de régler votre profil d'investissement et d'indiquer vos préférences en matière de fonds. Pour de plus amples renseignements sur le REER collectif de NAV CANADA, veuillez consulter la section Régime d'épargne collectif de Central.

## PROGRAMME D'ÉPARGNE COLLECTIF – CELI

Vous pouvez allouer une portion ou l'ensemble de vos crédits Flex inutilisés dans le CELI collectif; il s'agit d'un outil d'épargne pratique non imposable. Votre cotisation après impôt est prélevée chaque mois sur votre paye. Vous êtes responsable de vous assurer que vos cotisations respectent les limites établies.

Si vous participez déjà au CELI collectif de NAV CANADA, les fonds seront versés directement à votre compte actuel.

Si vous ne participez pas encore au CELI collectif de NAV CANADA, veuillez remplir le formulaire d'inscription et le retourner au Centre des employés des ressources humaines à HREC-CERH@navcanada.ca. Votre nom sera ajouté au système d'épargne collectif de la Sun Life par le CERH. Lorsque ce sera fait, vous recevrez un courriel du CERH, qui comprendra des instructions sur la façon de régler votre profil d'investissement et d'indiquer vos préférences en matière de fonds. Pour de plus amples renseignements sur le CELI collectif de NAV CANADA, veuillez consulter la section Régime d'épargne collectif de Central.

# Exclusions

Aucun remboursement n'est accordé pour :

- des services payés aux termes d'une loi sur les accidents du travail, de tout autre texte statutaire semblable ou par un organisme gouvernemental;
- les services ou fournitures, assurés ou prescrits par une personne qui réside habituellement au domicile de la personne malade ou qui est liée à cette dernière par le sang ou le mariage;
- les opérations, traitements ou fournitures réservés, selon la Financière Sun Life, à des fins cosmétiques ou pour des conditions qui ne peuvent nuire à la santé, sauf s'ils sont requis à la suite d'une blessure accidentelle ou sont expressément couverts;
- des services d'un praticien qui, de l'avis de la Financière Sun Life, ne relèvent pas du domaine de compétence de ce praticien et ne requièrent pas ses compétences et ses qualités;
- des articles ou les services habituellement offerts gratuitement;
- des services rendus concernant les examens médicaux exigés pour souscrire une assurance, s'inscrire à une école, un camp, une association, obtenir un emploi, un passeport, ou pour tout autre but semblable;
- les services dispensés par un médecin agréé et pratiquant au Canada à une personne couverte admissible à un régime d'assurance maladie provincial, sauf lorsque ces services sont expressément inclus dans la protection;
- les services ou fournitures payables ou disponibles (peu importe s'il y a une liste d'attente) en vertu d'un régime ou d'un programme gouvernemental, à moins qu'il ne soit expressément indiqué dans la liste des éléments couverts;
- les services ou fournitures qui ne sont pas approuvés par Santé Canada ou tout autre organisme de réglementation du gouvernement pour le public;
- les services ou fournitures qui ne sont habituellement pas reconnus en vertu des exigences médicales canadiennes;
- les services ou fournitures qui ne sont pas qualifiés de dépenses médicales en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (du Canada);
- la partie des frais relevant de la responsabilité juridique d'un tiers;
- la partie des services ou produits obtenus dans un hôpital à l'extérieur du Canada qui serait normalement payée par le régime d'assurance maladie ou d'hospitalisation provincial si ces services ou produits avaient été fournis dans un hôpital au Canada, quand l'employé(e) est couvert(e) par un régime d'assurance maladie provincial;
- la coassurance ou frais semblables exigés en cas d'hospitalisation qui excèdent les frais payés par un régime d'assurance maladie ou hospitalisation provincial ou territorial et qui n'ont pas été engagés pour une chambre à deux lits;
- des produits ou traitements expérimentaux dont aucun examen clinique objectif ne prouve la sécurité ou l'efficacité pour l'usage recommandé et les conditions dans lesquelles ils doivent être utilisés, selon la Financière Sun Life;
- des médicaments qui, de l'avis de la Financière Sun Life, sont expérimentaux;
- des articles ou produits qui font l'objet de publicité et qui, selon la Financière Sun Life, constituent des remèdes traditionnels;

- les vitamines (sauf les préparations injectables), les suppléments de minéraux et de protéines, à moins qu'ils ne soient expressément inclus dans la protection;
- les substances nutritives thérapeutiques, à moins qu'elles ne soient expressément incluses dans la protection;
- des produits nécessaires à une diète et suppléments pour diète;
- des aliments pour bébés et succédanés de sucre et de sel;
- des pastilles, rince-bouche, shampooings non médicamenteux, produits pour l'entretien des lentilles cornéennes, nettoyeurs pour la peau, protecteurs pour la peau ou émollients;
- les médicaments de marque, à moins que la Financière Sun Life n'ait approuvé la demande d'exception ou qu'aucun médicament générique ne soit offert sur le marché;
- des médicaments utilisés à des fins cosmétiques;
- Médicaments pour la perte de poids (y compris les vitamines injectables et les compléments alimentaires prescrits par un médecin dans le cadre d'un programme de perte de poids) à moins que la personne couverte ne soit considérée comme obèse, tel que défini et approuvé par le programme d'autorisation préalable FACET.
- les médicaments utilisés pour traiter des affections pour lesquelles cette utilisation n'est pas recommandée par le fabricant;
- les médicaments sur ordonnance en vente libre;
- des articles pour usage principalement athlétique;
- le traitement continu d'une blessure ou d'une maladie subie avant votre départ ou celui de la personne à votre charge à l'extérieur de votre province de résidence;
- les soins que le gouvernement interdit d'inclure dans la protection;
- les fournitures chirurgicales et les articles pour diagnostic;
- les services qui ne sont pas requis immédiatement ou qui pourraient raisonnablement être différés jusqu'à ce que la personne retourne dans la province où elle réside, à moins que la condition médicale de la personne l'empêche raisonnablement de retourner dans sa province pour y recevoir les services médicaux;
- les services liés à une maladie ou à une blessure à l'origine de l'urgence, et ce, une fois l'urgence terminée;
- les services continus découlant directement ou indirectement de l'urgence initiale ou d'une récurrence de celle-ci, après la date établie par l'administrateur du régime ou Global Excel Management (GEM), selon les renseignements médicaux disponibles, pour le retour de la personne dans sa province de résidence alors que celle-ci s'y oppose;
- les services requis pour traiter la maladie ou la blessure pour laquelle la personne a reçu des services d'urgence, y compris des complications découlant de cette maladie ou de cette blessure, si la personne a refusé ou négligé sans raison valable les services médicaux recommandés qui lui ont été offerts;
- lorsque le déplacement a été effectué en vue d'obtenir des services médicaux pour traiter une blessure ou une maladie ou des services liés à cette maladie ou à cette blessure, y compris toute complication ou urgence découlant directement ou indirectement de cette maladie ou de cette blessure;

- toute portion des frais de services ou de matériel excédant les frais habituels et raisonnables dans la collectivité où ils sont fournis;
- la portion des frais qui est remboursable en vertu d'un régime d'assurance maladie provincial ou d'un programme parrainé par le gouvernement d'une province;
- les frais de soins dentaires ne faisant pas partie des dépenses admissibles;
- les dépenses relatives à la réparation ou au remplacement d'accessoires durables achetés.

# Formulaires

## FORMULAIRES DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

| Type de dépense | Nom du formulaire | But |
|---|---|---|
| Soins de santé | Formulaire Demande de règlement Garantie Frais médicaux et compte Soins de santé | Utilisez ce formulaire pour soumettre une demande de remboursement de frais de soins de santé au titre de votre Régime de soins de santé ou de votre compte Soins de santé. |
| Soins dentaires | Formulaire Demande de règlement Garantie Frais dentaires et compte Soins de santé | Utilisez ce formulaire pour soumettre une demande de remboursement de frais dentaires au titre de votre Régime de soins dentaires ou de votre compte Soins de santé. |
| Ouvrez une session dans votre compte à l'adresse www.maSunLife.ca/navcanada pour accéder à ces formulaires. | | |

## FORMULAIRES D'APPROBATION PRÉALABLE

| Type de formulaire | Nom du formulaire | But |
|---|---|---|
| Exception pour médicament d'origine | Formulaire Demande de couverture d'un médicament à titre exceptionnel | Utilisez ce formulaire pour demander l'approbation pour qu'un médicament d'origine soit couvert. |
| Enfant invalide | Formulaire Couverture pour les enfants invalides | Utilisez ce formulaire pour demander le maintien de la protection pour votre enfant à charge en raison d'une incapacité physique ou mentale survenue avant son 21e anniversaire. |

# FORMULAIRES DE DEMANDE ET DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

| Type de régime | Nom du formulaire | But |
|---|---|---|
| Régime d'assurance-vie de base – Désignation de bénéficiaire | Formulaire d'assurance-vie de base – Désignation ou modification de bénéficiaire | Utilisez ce formulaire pour désigner ou modifier un bénéficiaire au titre de votre Régime d'assurance-vie |
| Régime d'assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires – Désignation de bénéficiaire | Assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires – Désignation ou changement de bénéficiaire | Utilisez ce formulaire pour désigner ou modifier un bénéficiaire au titre de votre Régime d'assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires |
| Régime d'assurance de l'employé et de la personne a charge facultative – Demande de règlement et désignation de bénéficiaire | Assurances facultatives – Désignation de bénéficiaire | Utilisez ce formulaire pour faire une demande et (ou) désigner ou modifier un bénéficiaire au titre de votre Régime d'assurance des employés de la catégorie de gestion |
| Visitez Retraite Plus pour accéder à ces formulaires. | | |

# Glossaire

### Acupuncteur
Toute personne ayant obtenu un agrément, une autorisation ou une certification de l'organisme de réglementation professionnelle ou de l'organisation professionnelle provincial concerné ou, en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

### Audiologiste
L'audiologiste est un professionnel indépendant qui identifie, évalue et prend en charge les troubles de l'audition, de l'équilibre et d'autres systèmes nerveux. Il fournit des services de réadaptation audiologique aux enfants et aux adultes de tous âges.

### Certains professionnels de la santé
Acupuncteur, chiropraticien, podologue/podiatre, massothérapeute, naturopathe, ostéopathe, physiothérapeute et psychologue.

### Chiropraticien
Membre de l'Association des chiropraticiens du Canada ou d'une association provinciale affiliée ou, en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

### Chirurgie
Intervention médicale effectuée sur une personne couverte par le régime et recommandée par un médecin ou un médecin spécialiste autorisé qui pratique la médecine au Canada.

### Conjoint
Votre conjoint légitime, de n'importe quel sexe, ou la personne qui vit avec vous à titre de conjoint en permanence et de façon exclusive depuis au moins un an et qui vit toujours avec vous à ce même titre.

Votre conjoint doit avoir moins de 75 ans pour être couvert par le Régime d'assurance décès et mutilation accidentels en voyage d'affaires, ou avoir moins de 65 ans pour être couvert par l'assurance contre les maladies graves.

### Contribution maximale annuelle
Une contribution maximale annuelle représente le montant maximal que vous devez payer pour des services durant la période d'assurance. Une fois que vous avez atteint la contribution maximale, votre régime paie 100 % du montant admissible pour les services couverts.

### Délai de carence
Période d'attente avant d'être admissible aux prestations d'invalidité de longue durée. Il s'agit de 26 semaines (130 jours ouvrables) pour tous les employés de la catégorie de gestion, lorsque le Programme de congé de maladie ou le Programme de protection salariale en cas d'invalidité arrive à sa fin, selon ce qui se produit en dernier, à l'exception des employés de niveau DIR 1, pour lesquels il s'agit de 39 semaines (195 jours ouvrables).

### Dentiste
Personne autorisée par l'organisme provincial reconnu à pratiquer la dentisterie, ou en l'absence d'un tel organisme, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

### Diagnostic (assurance contre les maladies graves)
Acte établi par écrit par le médecin ou médecin spécialiste, autorisé à exercer et pratiquant la médecine au Canada, et attestant que la personne couverte est atteinte d'une affection couverte. Le diagnostic, dont le dossier médical fait état, prend effet à la date à laquelle il est établi par le médecin ou médecin spécialiste. Tout diagnostic d'une affection couverte qui a été établi avant la date d'effet de la couverture n'est pas couvert.

### Diététiste
Un diététiste est un spécialiste de l'étude scientifique de la diète et de la nutrition.

### Électrolyste
Personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède les qualifications professionnelles d'un électrolyste autorisé.

### Emploi continu
*Au titre du Régime de soins de santé*
Aux fins de l'établissement de la période d'emploi continu de six mois, deux périodes sont considérées comme ininterrompues si l'intervalle qui les sépare (cessation d'emploi) est inférieur à sept. jours ouvrables.

*Au titre du Régime d'assurance-vie*
Aux fins de l'établissement de la période d'emploi continu de six mois, deux périodes sont considérées comme ininterrompues si l'intervalle qui les sépare (cessation d'emploi) est inférieur à un jour.

*Au titre des Régimes d'assurance dentaire et d'assurance-invalidité de longue durée*
Aux fins de l'établissement de la période d'emploi continu de six mois, deux périodes sont considérées comme ininterrompues si l'intervalle qui les sépare (cessation d'emploi) est inférieur à cinq jours ouvrables.

### Emploi en rapport avec vos capacités
Emploi dont le taux de rémunération correspond au moins aux deux tiers du taux courant du poste que vous occupiez avant votre incapacité.

### Employé actif
Personne au travail pendant le nombre d'heures de travail prévues pour un jour de travail au cours duquel elle effectue toutes les tâches habituelles du poste qu'elle occupe pour son employeur au sein de NAV CANADA.

Vous êtes considéré(e) comme un(e) employé(e) actif(ve) :

- si votre dernière journée de travail inscrite à l'horaire correspond à un jour non ouvrable; ou
- à la date d'entrée en vigueur des prestations fournies aux termes du présent Régime, lesquelles sont comparables aux prestations auxquelles vous aviez droit aux termes d'un autre régime collectif de NAV CANADA, à condition :
    - que votre protection prenne fin uniquement en raison de la cessation des prestations versées aux termes de ce régime; et
    - que l'entrée en vigueur de ce régime ait lieu moins de 31 jours suivant la date de la cessation.

### Employé à temps partiel
Personne engagée pour une durée indéterminée ou pour une période de plus de six mois, ou comptant six mois d'emploi continu et travaillant plus d'un tiers des heures normalement prévues dans une catégorie d'emploi particulière, mais moins de 30 heures par semaine.

### Employé à temps plein
Personne engagée pour une durée indéterminée ou pour une période de plus de six mois, ou comptant six mois d'emploi continu et travaillant en moyenne au moins 30 heures par semaine.

### Enfant(s)
Vos enfants célibataires (ainsi que les enfants sous la garde de votre conjoint avec lesquels vous vivez), y compris les enfants adoptifs, les beaux-fils, les belles-filles, les enfants en foyer d'accueil ou les enfants dont vous ou votre conjoint êtes le tuteur légal et qui :

- ont moins de 21 ans;
- ont 21 ans ou plus et sont à votre charge en raison d'une incapacité physique ou d'une déficience psychique survenue quand ils étaient admissibles au titre du programme d'avantages sociaux (ou quand ils auraient été admissibles si vous aviez été assuré);
- ont 21 ans ou plus, mais moins de 25 ans (26 ans pour les enfants d'employés qui résident au Québec), et qui sont des étudiants à temps plein inscrits dans un établissement d'enseignement reconnu en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada et dont vous assurez entièrement le soutien financier.

Au titre des Régimes de soins de santé et de soins dentaires, un enfant est considéré comme étant âgé de 21, 25 ou 26 ans jusqu'au premier jour du
mois qui suit immédiatement le mois auquel il atteint cet âge.

### Ergothérapeute
Les ergothérapeutes sont des professionnels de la santé qui aident les personnes à acquérir ou à conserver des fonctions, et à poursuivre des activités à la maison et dans la collectivité. Les

services d'ergothérapie deviennent nécessaires lorsque l'autonomie d'une personne est rendue difficile à la suite d'un accident, d'un handicap, de problèmes émotionnels, de troubles du développement ou d'une maladie.

### Frais d'exécution d'ordonnance

Chaque fois qu'un(e) employé(e) remplit une ordonnance, il (elle) doit payer des frais d'exécution. Pour certains groupes de médicaments d'entretien, il existe une limite sur le nombre d'ordonnances pour lesquelles la Financière Sun Life acceptera de rembourser les frais d'exécution. Cette limite est connue sous le nom de « limite de fréquence des frais d'exécution d'ordonnance », et équivaut à cinq remboursements par année d'avantages sociaux. Chaque groupe de médicaments d'entretien compte une limite de fréquence particulière, tout comme chaque employé(e) participant au régime. Par conséquent, si un(e) employé(e) fait remplir une ordonnance plus souvent que la limite à laquelle il (elle) a droit, tous les frais d'exécution d'ordonnance qui dépasseront cette limite ne seront pas admissibles aux fins de remboursement par la Financière Sun Life, à moins que cette dernière n'approuve un formulaire d'exception rempli par l'employé(e) et son médecin indiquant la nécessité que l'ordonnance soit remplie plus fréquemment.

### Frais maximums remboursables

Le montant des frais maximums remboursables est calculé comme suit :

| **Montant de la demande de règlement** | **180 $** |
|---|---|
| Niveau de remboursement | 90 % x 180 $ = 162 $ |
| Maximum remboursable dans une année civile pour une demande de règlement particulière | 150 $ |
| Montant du remboursement | 150 $ |

### Frais par ordonnance

Droit imposé par le Régime de soins de santé pour chaque numéro d'identification de médicament (DIN) soumis aux fins d'une demande de règlement et indiqué sur un reçu individuel lorsque l'achat n'a pas été fait à une pharmacie du Réseau de pharmacies préférées.

### Gestionnaires et personnel avec cote de confidentialité

Employés de la catégorie de gestion à niveau P3, P2, P1.

### Gestionnaire intermédiaire

Les employés de la catégorie de gestion à niveau L2 et L1.

### Guide des tarifs de soins dentaires

Tarifs établis par les associations dentaires provinciales pour les services offerts par les dentistes dans leur province respective.

### Habituels et raisonnables

Fait référence à un ordre de grandeur général des honoraires pour des services ou des produits particuliers dans une région donnée, déterminé par la Financière Sun Life après consultation des guides des tarifs publiés par les associations médicales.

### Haute direction
Les employés de la catégorie de gestion à niveau L3, L4, EVP, et VP.

### Hôpital
Hôpital autorisé par la loi à fournir à l'interne des services de diagnostic, des opérations majeures ainsi que des soins et des traitements aux personnes souffrant d'une maladie ou d'une blessure et où sont disponibles, 24 heures sur 24, les services d'infirmières autorisés et de médecins. Cela comprend les hôpitaux autorisés par la loi à fournir des traitements spécialisés aux personnes souffrant de troubles mentaux, de dépendance à la drogue ou à l'alcool, de cancer ou d'arthrite ainsi qu'aux convalescents ou aux malades chroniques. Cela ne comprend pas les maisons de soins infirmiers, les établissements pour personnes âgées, les maisons de repos et tout endroit où se donnent des soins semblables.

### Infirmier
Infirmier autorisé, infirmier auxiliaire autorisé, ou infirmier auxiliaire diplômé inscrit auprès d'un organisme professionnel ou au registre de sa province ou, en l'absence d'un tel registre, infirmier qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

### Invalide/invalidité
Incapacité, pendant le délai de carence et les 24 mois suivants, d'exercer les principales fonctions de votre emploi habituel (votre occupation); par la suite, incapacité d'occuper un emploi en rapport avec vos capacités pour lequel vous êtes qualifié selon votre formation, vos études ou votre expérience (n'importe quel emploi).

### Maintien artificiel des fonctions vitales
Le maintien artificiel des fonctions vitales signifie que la personne couverte est sous les soins d'un médecin ou médecin spécialiste et est maintenue en vie grâce à un soutien nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire lorsqu'un arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales s'est produit.

### Maladie chronique
État qui va au-delà de l'évolution normale d'une maladie aiguë ou au-delà d'un délai raisonnable avant que le tissu endommagé ne guérisse. Tout état qui dure plus de six mois peut être considéré comme chronique.

### Massothérapeute autorisé
Titulaire d'un permis de l'organisme provincial régissant cette profession ou, en l'absence d'un tel organisme, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

### Médecin
Docteur en médecine autorisé par la loi à pratiquer la médecine.

*Au titre du Régime d'assurance contre les maladies graves*
Praticien autorisé en vertu de la loi et des règles régissant l'exercice de sa profession à pratiquer la médecine au Canada. Le médecin posant le diagnostic ou traitant la personne couverte ne peut être la personne couverte, ni avoir un lien de parenté avec la personne couverte ni résider normalement au domicile de la personne couverte.

### Médecin spécialiste
Praticien autorisé qui a reçu une formation médicale spécialisée en lien avec la maladie grave couverte faisant l'objet d'une demande de règlement, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. S'il est impossible de consulter un médecin spécialiste, une affection peut être diagnostiquée par un autre médecin qualifié pratiquant au Canada, sous réserve de l'approbation de la Financière Sun Life. Le médecin spécialiste posant le diagnostic ou traitant la personne couverte ne peut être la personne couverte, ni avoir un lien de parenté avec la personne couverte ni résider normalement au domicile de la personne couverte.

### Naturopathe
Membre de l'Association canadienne de naturopathie ou d'une association provinciale affiliée ou, en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

### Ophtalmologiste
Docteur en médecine autorisé à pratiquer l'ophtalmologie.

### Optométriste
Membre de l'Association canadienne des optométristes ou d'une association provinciale affiliée ou, en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

### Orthophoniste
Titulaire d'une maîtrise en orthophonie et membre (en titre ou qualifié pour l'être) de l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes ou d'une association provinciale affiliée ou, en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

### Ostéopathe
Personne ayant obtenu un agrément, une autorisation ou une certification de l'organisme de réglementation professionnelle ou de l'organisation professionnelle provincial concerné ou, en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

### Période de survie (assurance contre les maladies graves)
Période qui débute à la date du diagnostic de la maladie grave et qui se termine 30 jours après cette date, à moins que la description d'une affection couverte ne modifie expressément cette définition. La période de survie ne comprend pas le nombre de jours de maintien artificiel des fonctions vitales. La personne couverte doit être en vie à la fin de cette période et ne doit pas avoir subi l'arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales.

### Perte
La perte doit survenir dans l'année suivant l'accident et en être une conséquence directe. Est considérée comme la perte irrémédiable :

- de la main ou du pied — l'amputation au niveau de l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus;
- du bras ou de la jambe — l'amputation au niveau de l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus;
- de l'œil — la perte totale et irrémédiable de la vue;
- de l'élocution — la perte totale et irrémédiable de l'élocution qui ne permet de communications audibles d'aucune façon;
- de l'ouïe — la perte totale et irrémédiable de l'ouïe qui ne peut être corrigée par une prothèse auditive;
- du pouce et de l'index — l'amputation au niveau de la première phalange ou au-dessus;
- des doigts — l'amputation au niveau de la première phalange des quatre doigts de la même main ou au-dessus;
- des orteils — l'amputation des deux phalanges de tous les orteils du même pied;
- la quadriplégie (paralysie des membres supérieurs et inférieurs), la paraplégie (paralysie des membres inférieurs) et l'hémiplégie (paralysie des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps) — la paralysie complète et irrémédiable de ces membres.

### Perte de l'usage
Perte complète et irrémédiable du fonctionnement d'un bras, d'une main ou d'une jambe, à condition que cet état se poursuive de façon continue sur une période de 12 mois consécutifs et qu'il soit ensuite prouvé permanent à la satisfaction de l'assureur.

### Pharmacien autorisé
Personne autorisée à pratiquer la pharmacie et dont le nom est inscrit au registre de l'organisme régissant cette profession dans la province où elle pratique.

### Physiothérapeute
Membre de l'Association des physiothérapeutes du Canada ou d'une association provinciale affiliée ou, en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

### Podologiste/podiatre
Personne détenant le permis délivré par l'organisme provincial autorisé ou, à défaut, appartenant à l'Association canadienne des professionnels du pied ou encore, en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

### Protection par défaut
Si vous ne vous inscrivez pas vous-même au moment de votre embauche, dès que vous devenez admissible au programme destiné aux employés de la catégorie de gestion ou lors de la première période d'inscription libre à Flexplus, les sélections par défaut suivantes s'appliqueront :

- Le statut de protection Employé seul;
- L'option de protection Flex 1 pour les soins de santé, les soins dentaires, l'assurance-invalidité de longue durée et l'assurance-vie (l'option de protection la moins élevée);
- Les crédits Flex inutilisés seront placés dans votre compte Soins de santé.

Si vous ne vous réinscrivez pas durant la période d'inscription libre suivante, vous conserverez le même statut de protection et les mêmes sélections pour une autre période de deux ans sans avoir la possibilité d'effectuer des changements, à moins que ne survienne un événement de la vie admissible.

### Protection supplémentaire
Protection au titre du Régime de soins de santé qui complète l'assurance de soins de santé provincial pour les employés et les personnes retraitées admissibles de NAV CANADA qui ont droit à une protection au titre d'un régime d'assurance provincial.

### Psychologue
Psychologue reconnu à titre permanent et qui est inscrit au registre des psychologues de la province où les soins sont donnés ou, en l'absence d'un tel registre, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

### Psychothérapeute
La psychothérapie est une technique, un traitement conçu pour produire une réaction mentale plutôt que physique, notamment par la suggestion, la persuasion, la rééducation, le réconfort et le soutien, ainsi que grâce aux techniques d'hypnose, d'abréaction et de psychanalyse qui sont utilisées dans la psychothérapie avancée. La psychothérapie peut être pratiquée par d'autres personnes qui ne sont pas des psychothérapeutes autorisés; le montant remboursé dépendra donc de leurs qualifications.

### Réadaptation
Formation professionnelle, programme ou période de travail approuvé par écrit par la Financière Sun Life pour faciliter le retour au travail à la suite d'une invalidité.

### Récidive
Une absence est considérée continue lorsqu'elle est occasionnée par la récidive d'une maladie ou d'une maladie connexe au cours d'une période de trente jours.

### Régime de soins de santé

Comprend :

- Ambulance
- Compte Soins de santé
- Fournitures médicales
- Hôpital
- Médicaments sur ordonnance
- Professionnels de la santé
- Prothèses auditives
- Soins de la vue
- Voyages en cas d'urgence

### Rente différée

Rente basée sur vos années de service et sur votre revenu à la date à laquelle vous quittez NAV CANADA et qui vous est versée à une date ultérieure. Si vous quittez votre emploi avant d'être admissible à une rente immédiate, il est possible de différer votre rente.

### Retraité

*Au titre du Régime d'assurance-vie d'employé*

Employé de NAV CANADA comptant au moins deux années de service à la date de son départ à la retraite et touchant des prestations de retraite.

*Au titre du Régime de soins de santé*

Employé de NAV CANADA qui quitte son emploi avant le 1er septembre 2005, qui compte au moins deux années de service avec NAV CANADA à la date de son départ à la retraite et qui touche des prestations de retraite de NAV CANADA.

Employé de la catégorie de gestion de NAV CANADA qui quitte son emploi le 1er septembre 2005 ou après et qui, à la date de sa retraite :

- est admissible à une rente immédiate;
- compte au moins 15 années de service ouvrant droit à pension.

Employé qui touche des prestations de retraite de NAV CANADA.

### Revenu assurable rajusté

Votre rémunération annuelle arrondie au multiple de 1 000 $ le plus près, si votre salaire n'est pas déjà un multiple de 1 000 $. Toute couverture pour laquelle votre salaire doit être multiplié par deux est arrondie après la multiplication.

Votre rémunération annuelle comprend votre salaire de base et l'indemnité générale.

### Service ouvrant droit à pension admissible

Durée de la participation au Régime de retraite de NAV CANADA, utilisée pour déterminer la date à laquelle vous pouvez prendre votre retraite. La durée de votre participation est établie à partir de votre inscription au régime de retraite et inclut les périodes d'absence.

### Soins courants
Service de soins dentaires, comme les examens, les radiographies, les obturations, les traitements radiculaires, les traitements des maladies des gencives, les chirurgies dentaires et les maladies dentaires résultant d'un accident.

### Soins majeurs
Soins dentaires, notamment les couronnes, les ponts et les prothèses, ainsi que l'orthodontie.

### Soins médicaux
Soins obtenus lorsque vous consultez un professionnel de la santé, que vous prenez une médication prescrite par un professionnel de la santé, ou que vous recevez d'autres soins médicaux ou fournitures médicales.

### Thérapeute en sport
Le champ de pratique des thérapeutes en sport agréés comprend l'évaluation, la prévention, le traitement immédiat et la réadaptation de blessures ou de conditions musculo-squelettiques. Ces thérapeutes utilisent des techniques de réadaptation contemporaines, des modalités de traitement, la mobilisation des tissus mous, le reconditionnement physique, et le recours aux procédures de bandage et de soutien structurel afin de créer un environnement qui favorise une guérison optimale en facilitant la réintégration sécuritaire à un mode de vie actif.

### Traitement approprié
Tout traitement administré et prescrit par un médecin ou un médecin spécialiste lorsque la Financière Sun Life estime que cela est nécessaire. Il doit s'agir d'un traitement habituel et raisonnable pour le problème de santé en question et il doit être administré à la fréquence appropriée. Le traitement ne se limite pas uniquement à des examens ou à des tests.

### Transport
Tout moyen de transport par terre, eau ou air nécessaire à votre évacuation d'urgence.

### Travailleur social
Un travailleur social est un professionnel dédié :

- au bien-être et à l'accomplissement personnel individuel;
- au développement et à l'utilisation disciplinée de l'information scientifique pertinente au comportement humain et à la société;
- au développement des ressources qui ont pour but de répondre aux besoins de santé individuels, du groupe, et à l'échelle nationale et internationale;
- à l'amélioration de la qualité de vie;
- à la justice sociale.

### Urgence
Une maladie, une blessure ou un état aigu et imprévu qui nécessite des soins immédiats.

### Véhicule
Voiture de tourisme, voiture familiale, fourgonnette ou véhicule tout-terrain.

# Avis juridiques importants

Avantages sociaux en ligne décrit les dispositions générales et les protections offertes au titre des régimes d'avantages sociaux de NAV CANADA.

Cette information est la plus exacte et fiable possible. Nous ne pouvons toutefois garantir qu'elle est en tout temps exhaustive et à jour.

- L'interprétation finale est régie par les dispositions des contrats officiels. En cas de divergence entre le contenu du présent document et le contrat pertinent, le libellé du contrat prévaudra.
- Les critères d'admissibilité et/ou les régimes, programmes, pratiques et processus peuvent être modifiés ou supprimés sans préavis aux participants.

Le présent document ne constitue pas un contrat d'emploi entre vous et NAV CANADA, ni une obligation pour NAV CANADA de maintenir en vigueur tout programme, pratique ou politique. NAV CANADA n'est pas responsable des décisions que vous prenez en fonction de ces renseignements.

NAV CANADA recueille, utilise et communique les renseignements personnels et médicaux sur vous et sur les personnes à votre charge pour fournir les protections décrites dans Avantages sociaux en ligne. Les fournisseurs de services, d'assurance, de soins, les administrateurs du régime et les vérificateurs peuvent changer et recevoir vos renseignements personnels au besoin.

La protection de vos renseignements personnels est importante pour NAV CANADA. NAV CANADA et ses fournisseurs de services et d'assurance qui ont besoin de le faire dans le cadre de leurs activités recueillent, utilisent et communiquent les renseignements personnels. Ces renseignements peuvent être utilisés pour :

- déterminer l'admissibilité;
- fournir une protection à vous et aux personnes à votre charge;
- gérer et administrer les régimes décrits;
- déterminer les fournisseurs de services et d'assurance à utiliser; et
- déterminer et tenir à jour les conditions financières appropriées.

Les politiques de protection des renseignements personnels de nos fournisseurs d'assurance sont disponibles dans les sites Web suivants :

- Financière Sun Life : www.maSunLife.ca/navcanada
- AIG : https://www.aig.ca/privacy-principles

L'accès à vos renseignements personnels est limité aux personnes qui ont besoin de ces renseignements aux fins susmentionnées ou à toute autre personne à laquelle vous autorisez l'accès par écrit. NAV CANADA accepte de protéger et de maintenir la confidentialité de vos renseignements personnels au moyen de mesures de sécurité et de protection appropriées. NAV CANADA veille à ce que ces parties signent des ententes de confidentialité afin de protéger adéquatement vos renseignements personnels.

Vous pouvez consulter vos renseignements personnels et les modifier au besoin. Pour ce faire, vous devez présenter une demande par écrit à l'adresse HREC-CERH@navcanada.ca.

Si vous avez des questions au sujet des dates de déduction des primes, d'admissibilité et de protection, des procédures d'inscription ou de demande de règlement, veuillez communiquer avec le Centre des employés des ressources humaines à l'adresse HREC-CERH@navcanada.ca.

Vous pouvez, sur demande, obtenir une copie des politiques, de votre demande ainsi que de toute déclaration écrite ou de tous les autres dossiers que vous avez fournis à la Sun Life comme preuve d'assurabilité, sous réserve de certaines restrictions.

Toute action ou procédure intentée contre un assureur en vue de récupérer une prestation versée au titre d'un contrat de prestations est absolument interdite, sauf si celle-ci a été intentée dans le délai prescrit dans la *Loi sur les assurances* ou les autres lois applicables (p. ex. *Loi sur la prescription des actions*, 2002 en Ontario, Code civil du Québec).

Vous pouvez interjeter appel d'un refus, en tout ou en partie, verser des prestations ou consentir une assurance selon les descriptions qui en sont faites dans les contrats de l'Assurance-vie de base, du Régime d'assurance des cadres de gestion et de l'Assurance-invalidité de longue durée contre les maladies graves pendant une période d'un an à compter du refus initial d'une prime d'assurance ou d'une prestation. Un appel doit être présenté par écrit et comprendre les motifs qui expliquent que le refus n'est pas justifié.

Si des prestations sont versées, mais qu'elles n'étaient pas payables au titre de l'Assurance-vie de base, du Régime d'assurance des cadres de gestion, de l'Assurance-invalidité de longue durée et de la politique d'assurance contre les maladies graves, vous devez vous faire rembourser ledit montant auprès de la Sun Life dans un délai de 30 jours suivant l'envoi de l'avis de paiements en trop, ou dans un délai plus important si la Sun Life y ont consenti par écrit. Si vous ne vous acquittez pas de cette responsabilité, aucune prestation ne vous sera versée au titre de cette politique tant que les paiements en trop n'auront pas été récupérés. Cette mesure ne limite pas le droit conféré à la Sun Life d'avoir recours à d'autres moyens juridiques pour recouvrer les paiements en trop.