

**RÉGIMES D'ASSURANCE DE NAV CANADA DESTINÉS
AUX EMPLOYÉS SYNDIQUÉS**

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	5
Introduction.....	6
Partie I – Assurance vie de base.....	7
1. Admissibilité et date d'entrée en vigueur de la garantie	7
2. Garantie.....	7
3. Primes	8
4. Prolongation de la garantie pendant un congé	8
5. Fin de la garantie.....	8
6. Bénéficiaires.....	8
7. Demandes d'indemnité.....	8
7.1 Versement des prestations	8
7.2 Présentation des demandes	9
Partie II – Assurance invalidité de longue durée.....	10
1. Admissibilité et date d'entrée en vigueur de la garantie	10
2. Garantie.....	10
2.1 Généralités.....	10
2.2 Montant des prestations	11
2.3 Autres prestations d'invalidité	11
2.4 Exemple de calcul des prestations d'AILD mensuelles	12
2.5 Revenus tirés des plans de réadaptation	13
2.6 Impôt sur le revenu	13
2.7 Récidive de l'invalidité.....	14
3. Primes	14
3.1 Montant des primes	14
3.2 Exonération de primes	14
4. Prolongation de la garantie pendant un congé	14
5. Fin de la garantie.....	14
6. Demandes d'indemnité.....	15
6.1 Présentation des demandes	15
6.2 Paiement des demandes d'indemnité.....	15
6.3 Processus d'appels.....	15
Partie III – Régime de soins de santé	16
1. Admissibilité et date d'entrée en vigueur de la garantie	16
1.1 Employés admissibles	16
1.2 Personnes à charge admissibles.....	17
1.3 Carte des avantages sociaux	17
2. Garantie.....	18
2.1 Généralités.....	18
2.2 Description des indemnités.....	18
3. Primes	27
4. Prolongation de la garantie pendant un congé	27
5. Fin de la garantie.....	27
6. Demandes d'indemnité.....	28
6.1 Coordination des prestations	28
6.2 Présentation des demandes	29
6.3 Délais prescrits	29
6.4 Paiement des demandes d'indemnité.....	29
6.5 Bureaux de demandes d'indemnité	30
6.6 Processus d'appels.....	30

Appendice A : Liste des plafonds des frais admissibles pour les soins de santé	31
Frais admissibles.....	31
Appendice B : Soins de santé : exclusions et restrictions	33
1. Exclusions	33
2. Restrictions.....	33
Appendice C : Glossaire	35
Partie IV – Régime de soins dentaires	37
1. Admissibilité et date d'entrée en vigueur de la garantie	37
1.1 Employés admissibles	37
1.2 Personnes à charge admissibles.....	37
1.3 Carte des avantages sociaux	38
2. Garantie.....	38
2.1 Coassurance.....	38
2.2 Guides des tarifs.....	38
2.3 Plafond de remboursement	39
3. Primes	39
4. Prolongation de la garantie pendant un congé	39
5. Fin de la garantie.....	40
5.1 Généralités.....	40
5.2 Exceptions	40
6. Demandes d'indemnité.....	40
6.1 Coordination des prestations	40
6.2 Présentation des demandes	41
6.3 Délais prescrits	41
6.4 Paiement des demandes d'indemnité.....	41
6.5 Bureaux de demandes d'indemnité	42
6.6 Processus d'appels.....	42
Appendice A : Soins dentaires admissibles	43
Appendice B : Soins dentaires : exclusions et restrictions	45
1. Généralités	45
2. Restrictions spécifiques aux services majeurs relatifs aux prothèses	45
Partie V : Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident – voyage d'affaires	47
1. Admissibilité et date d'entrée en vigueur de la garantie	47
1.1 Employés admissibles	47
1.2 Personnes à charge admissibles	47
2. Garantie.....	47
2.1 Généralités.....	47
2.2 Montant des prestations	48
2.3	48
Tableau des pertes	48
2.4 Remboursement de frais médicaux d'urgence (employés seulement)	49
2.5 Frais d'évacuation d'urgence.....	50
2.6 Frais de rapatriement.....	51
2.7 Frais de transport de la famille	51
2.8 Modification à la résidence principale et au véhicule automobile.....	51
2.9 Ceinture de sécurité.....	52
2.10 Garantie spéciale se rapportant aux études.....	52
3. Exclusions	52
4. Exposition et disparition	52
5. Fin de la garantie.....	52

6. Demandes d'indemnité 53

Notes : **54**

Avant-propos

Les avantages sociaux présentés dans ce livret sont destinés aux employés syndiqués de NAV CANADA.

Ce livret a pour objectif de décrire les régimes d'assurance suivants offerts aux employés syndiqués :

Assurance vie de base

Assurance invalidité de longue durée

Soins de santé

Garantie complémentaire

Garantie totale

Soins dentaires

Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident – voyage d'affaires

Vous êtes invité à lire ce livret attentivement, mais n'oubliez pas que des changements périodiques sont apportés aux régimes d'assurance, notamment aux prestations et aux primes mensuelles. Ces modifications seront annoncées par l'intermédiaire du service des pensions, avantages sociaux et programmes de santé des employés. Nous vous invitons à conserver une copie des modifications annoncées, en guise de référence, jusqu'à ce que le livret soit mis à jour.

Le présent livret, présenté uniquement à titre d'information, décrit, de façon générale, les dispositions des régimes d'assurance. L'ensemble des modalités et conditions des régimes d'assurance est établi intégralement dans le contrat approprié.

En cas de contradiction entre le présent livret et le contrat d'assurance approprié, les modalités du contrat ont préséance.

Dans le présent livret, le masculin s'entend également du féminin.

La part des primes versées par l'employeur pour l'assurance vie est un avantage imposable en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*. La part des primes de l'employeur pour le régime de soins de santé et le régime de soins dentaires est un avantage imposable pour les résidents du Québec. Au Québec et en Ontario, les primes sont assujetties aux taxes de vente provinciales applicables.

Introduction

Les régimes d'assurance destinés aux employés syndiqués sont des régimes privés offerts par NAV CANADA.

NAV CANADA a mandaté la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance vie (Sun Life), pour la représenter, étudier et payer les demandes d'indemnité ainsi que pour assurer des services administratifs pour les frais de soins de santé et de soins dentaires. Ces avantages ne sont pas assurés par la Sun Life, mais relèvent de la responsabilité de NAV CANADA.

L'assurance vie et l'assurance invalidité de longue durée (AILD) ont été souscrites auprès de La Great-West compagnie d'assurance vie.

L'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident – voyage d'affaires a été souscrite auprès de la CIGNA du Canada Compagnie d'assurance sur la vie.

Vous pouvez adresser toute question relative aux régimes au service des pensions, avantages sociaux et programmes de santé des employés. Quant aux questions portant sur les primes retenues, l'admissibilité et les dates de garantie, les modalités de présentation d'une demande ou les demandes d'indemnité, vous pouvez communiquer avec votre spécialiste de la paie.

Partie I – Assurance vie de base

1. Admissibilité et date d'entrée en vigueur de la garantie

D'une façon générale, les employés à plein temps ou à temps partiel (c.-à-d. affectés à un poste dont le nombre d'heures fixé de travail correspond à plus du tiers des heures normalement prévues dans leur catégorie d'emploi) sont obligatoirement couverts comme suit :

Nomination	Date d'admissibilité	Date de la garantie
Durée indéterminée	À compter de la date de nomination	À compter de la date de nomination
Durée de plus de 6 mois	À compter de la date de nomination	À compter de la date de nomination
Durée de 6 mois ou moins et nomination pour une autre durée de moins de 6 mois	À compter de la journée suivant la fin d'une période d'emploi continu de 6 mois	À compter de la journée suivant la fin d'une période d'emploi continu pendant 6 mois
Durée de 6 mois ou moins et nomination pour une autre durée de 6 mois ou plus	À compter de la date de la nouvelle nomination	À compter de la date de la nouvelle nomination

Votre assurance ne peut entrer en vigueur lorsque vous n'êtes pas au travail. Si, par exemple, vous êtes en congé de maladie le jour où votre assurance devait normalement entrer en vigueur, celle-ci est différée jusqu'au moment où vous reprenez vos tâches normales.

2. Garantie

Le montant de votre assurance vie de base est égal au double de votre revenu annuel, arrondi à la tranche supérieure suivante de 250 \$, si ce montant n'est pas déjà un multiple de 250. Par exemple, si votre revenu est de 36 000 \$, votre garantie serait de 72 000 \$; si votre revenu s'élève à 36 800 \$, la garantie serait de 73 750 \$.

Le montant de cette assurance est révisé dès que des changements sont apportés à votre revenu en raison d'un rajustement de salaire, d'une augmentation au mérite ou d'une promotion. Dans le cas d'augmentations salariales rétroactives, la garantie sera modifiée à compter du premier du mois suivant le mois pendant lequel le rajustement est approuvé. Les rajustements salariaux rétroactifs ne sont pas rétroactifs aux fins du calcul des assurances. Par exemple, une augmentation salariale rétroactive au 12 juin 1999 est approuvée le 17 juin 2000 par la signature d'une convention collective. L'augmentation salariale aux fins du calcul de l'assurance vie de base entre en vigueur le 1^{er} juillet 2000.

Le montant de votre assurance vie de base diminue lorsque vous atteignez l'âge de 61 ans. Il est réduit de 10 p. cent pour chaque année suivant votre 61^e anniversaire. Par exemple, si votre couverture est de 60 000 \$ à l'âge de 60 ans et si votre revenu demeure inchangé, votre garantie passerait à 54 000 \$ à 61 ans, à 48 000 \$ à 62 ans, à 42 000 \$ à 63 ans et ainsi de suite. Cette réduction annuelle entrera en vigueur le 1^{er} avril ou le 1^{er} octobre suivant votre 61^e anniversaire, selon la première des dates.

Si vous demeurez au service de NAV CANADA après votre 65^e anniversaire, ou si vous prenez votre retraite, comptez au moins deux années de service chez NAV CANADA et avez droit à une pension immédiate en vertu du Régime de retraite de NAV CANADA, vous bénéficierez également d'un montant d'assurance vie acquitté de 5 000 \$. Cette garantie à vie vous est automatiquement accordée lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans. Cela signifie que NAV CANADA acquittera la première tranche de 5 000 \$ de votre assurance vie de base à compter de votre 65^e anniversaire jusqu'à votre décès. Vous serez toutefois tenu d'acquitter votre part des coûts pour le montant d'assurance supérieur à 5 000 \$.

Si votre décès survient pendant que vous êtes encore au service de NAV CANADA et que vous avez plus de 66 ans, le montant minimum de votre garantie serait le plus élevé des deux montants suivants : 5 000 \$ ou le tiers de votre

revenu annuel rajusté au moment de votre décès.

3. Primes

Exception faite du montant d'assurance vie acquitté de 5 000 \$ dont il est question ci-dessus, vous cotisez tant et aussi longtemps que vous êtes couvert. La prime actuelle est la suivante :

Part de l'employé	0,05 \$ pour chaque tranche de 250 \$ de revenu annuel ajusté
Part de l'employeur	0,0045 \$ pour chaque tranche de 250 \$ de revenu annuel ajusté

N'oubliez pas que des changements périodiques sont apportés aux régimes d'assurance, notamment aux primes mensuelles. Ces modifications seront annoncées par l'intermédiaire du service des pensions, avantages sociaux et programmes de santé des employés.

4. Prolongation de la garantie pendant un congé

Si vous êtes en congé, avec ou sans paie, vous continuez à cotiser et à être protégé. Votre spécialiste de la paie vous dira comment verser vos cotisations.

Votre garantie sera maintenue, s'il y a lieu, pendant tout congé avec paie.

5. Fin de la garantie

Votre garantie peut être maintenue après votre départ de NAV CANADA. Pour obtenir des renseignements sur la façon de maintenir votre garantie d'assurance vie de base lorsque vous quittez NAV CANADA, communiquez avec votre conseiller en pensions.

6. Bénéficiaires

Vous pouvez nommer l'une ou plusieurs des personnes suivantes à titre de bénéficiaire(s) :

- votre succession;
- toute personne;
- tout organisme de bienfaisance ou association philanthropique; et
- tout établissement d'enseignement ou organisme religieux appuyé par des dons.

Votre spécialiste de la paie vous fournira le formulaire de désignation de bénéficiaire(s). Vous devez signer le formulaire, indiquer la date et le retourner au service de la paie.

Vous pouvez modifier votre désignation de bénéficiaire(s) en tout temps. Pour connaître la marche à suivre pour changer de bénéficiaire(s), informez-vous auprès de votre spécialiste de la paie.

Si vous êtes un résident du Québec, la désignation de votre conjoint à titre de bénéficiaire est irrévocable (c'est-à-dire que vous ne pouvez changer de bénéficiaire à une date ultérieure), sauf si vous avez indiqué que ce choix est « révoquant ». La désignation de tout autre bénéficiaire est révoquant.

Si votre bénéficiaire est mineur, vous devez nommer un fiduciaire (tuteur au Québec).

7. Demandes d'indemnité

7.1 Versement des prestations

En cas de décès, quelle qu'en soit la cause, le montant d'assurance vie de base en vigueur à ce moment sera versé à votre bénéficiaire ou, si votre bénéficiaire décède avant vous ou si vous n'avez pas nommé de bénéficiaire, il sera versé à votre succession.

Dans certains cas, la totalité ou une partie de la prestation peut être utilisée pour payer les frais d'entretien, les soins

médicaux ou les funérailles d'un participant. Une partie du montant d'assurance vie de base pourrait, par exemple, être utilisée pour payer les frais funéraires ou pour rembourser une personne ou un groupe qui aurait déjà acquitté les frais funéraires. Ces dépenses doivent être jugées « raisonnables » par La Great-West. Veuillez noter que cette disposition vise principalement à prévoir les situations difficiles, comme lorsqu'il n'y a pas de succession ou lorsque celle-ci ne dispose pas d'actifs suffisants ou lorsque l'on s'attend à un délai prolongé pour régler la succession.

7.2 Présentation des demandes

Votre bénéficiaire doit remplir et présenter un Rapport de sinistre-décès et joindre une preuve de décès acceptable, entre autres une copie du certificat de décès provincial ou une copie du certificat de l'entrepreneur de pompes funèbres. Vous pouvez vous procurer les formulaires auprès du service des pensions, avantages sociaux et programmes de santé des employés, qui les fera parvenir à La Great-West.

Afin d'accélérer le traitement de la demande, il faudrait indiquer le numéro de contrat (139100), votre nom et la nature de la demande.

Partie II – Assurance invalidité de longue durée

1. Admissibilité et date d'entrée en vigueur de la garantie

D'une façon générale, les employés à plein temps ou à temps partiel (c.-à-d. affectés à un poste dont le nombre d'heures fixé de travail correspond à plus du tiers des heures de travail normalement prévues dans leur catégorie d'emploi) sont obligatoirement couverts comme suit :

Nomination	Date d'admissibilité	Date de la garantie
Durée indéterminée	À compter de la date de nomination	À compter de la date de nomination
Durée de plus de 6 mois	À compter de la date de nomination	À compter de la date de nomination
Durée de 6 mois ou moins et nomination pour une autre durée de moins de 6 mois	À compter de la journée suivant la fin d'une période d'emploi continu de 6 mois	À compter de la journée suivant la fin d'une période d'emploi continu pendant 6 mois
Durée de 6 mois ou moins et nomination pour une autre durée de 6 mois ou plus	À compter de la date de la nouvelle nomination	À compter de la date de la nouvelle nomination

Votre assurance ne peut entrer en vigueur lorsque vous n'êtes pas au travail. Si, par exemple, vous êtes en congé de maladie le jour où votre assurance devait normalement entrer en vigueur, celle-ci est différée jusqu'au moment où vous reprenez vos tâches normales.

2. Garantie

2.1 Généralités

L'assurance invalidité de longue durée (AILD) prévoit le versement de prestations de remplacement de revenu égales à 70 p. cent de votre revenu assuré pendant les périodes d'invalidité totale.

En vertu du Régime d'assurance invalidité de longue durée, vous avez droit aux prestations pendant une période maximale de 24 mois pour toute invalidité totale qui vous empêche d'exercer votre emploi habituel. Si, à la fin de cette période de 24 mois, vous ne pouvez exercer un emploi en rapport avec vos capacités pour lequel vous possédez une formation, des études ou une expérience suffisantes, les prestations continueront de vous être versées. Par « emploi en rapport avec vos capacités », on entend un emploi dont le taux de rémunération n'est pas inférieur au deux tiers du taux actuel de rémunération de votre emploi antérieur. Par conséquent, si votre invalidité vous empêche d'exercer votre emploi habituel et, plus tard, tout autre emploi en rapport avec vos capacités, vous continuerez de recevoir des prestations tant que vous serez totalement invalide, mais en aucun cas après votre 65^e anniversaire.

La période de versement des prestations peut dépasser 24 mois dans un seul autre cas, à savoir si vous suivez un plan de réadaptation approuvé par La Great-West (veuillez consulter la rubrique intitulée « Revenus tirés des plans de réadaptation » au paragraphe 2.5 ci-dessous).

Pendant que vous recevez des prestations, vous devez être sous les soins actifs d'un médecin agréé et suivre les traitements que La Great-West juge satisfaisants. En général, il n'est pas nécessaire d'être hospitalisé.

Vous n'avez pas droit aux prestations si :

- votre invalidité est attribuable à un état qui existait avant que votre assurance entre en vigueur;

Cette restriction ne s'applique pas si vous avez été en activité de service pendant une période continue de 13 semaines (les absences de 2 jours ou moins n'affecteront pas cette condition) ou n'avez pas reçu de soins médicaux relativement à la maladie ou à la blessure pendant une période continue de 90 jours se terminant au plus tôt à la date d'effet de votre assurance ou si vous êtes devenu totalement invalide plus d'un an après la date d'entrée en vigueur de votre assurance aux termes de la présente garantie.

Si vous êtes mis à pied en vertu d'un programme de réaménagement des effectifs et ensuite rengagé par la suite en moins d'un an, vous pouvez utiliser toute période avant votre mise en disponibilité pour satisfaire au critère d'un an.

- votre invalidité est attribuable à la perpétration d'un crime, à une insurrection, à la participation volontaire à une émeute ou encore à une blessure ou une maladie contractée pendant le service dans les forces armées; ou
- votre invalidité est attribuable à une guerre.

Cette restriction ne s'applique pas aux personnes rendues totalement invalides à la suite d'un tel acte survenu pendant qu'elles exerçaient leurs fonctions à l'étranger à la demande de NAV CANADA.

Si vous devenez totalement invalide, n'hésitez pas à communiquer avec votre spécialiste de la paie, même si vous croyez ne pas avoir droit à des prestations. Si vous êtes en congé non payé, aucune prestation ne sera payable pendant la durée prévue du congé.

Vous commencerez à recevoir vos prestations après un « délai de carence » égal à la période de prestations à laquelle vous avez droit en vertu du Programme de protection salariale en cas d'invalidité ou après avoir épuisé vos crédits de congés de maladie, selon la dernière éventualité. Veuillez consulter votre convention collective pour déterminer le type de prestations qui s'appliquent à vous.

Si, au moment de prendre votre retraite, vous recevez des prestations en vertu du Programme de protection salariale en cas d'invalidité, ou utilisez des crédits de congés de maladie, la période inutilisée de protection salariale en cas d'invalidité ou les crédits de congés de maladie, seront compris dans le calcul de la date où commenceront les prestations d'AILD.

2.2 Montant des prestations

Si vous êtes frappé d'une invalidité totale, vous touchez des prestations annuelles brutes équivalant à 70 p. cent de votre revenu annuel rajusté assuré (dans le cas des employés à temps partiel, les prestations sont calculées selon le nombre d'heures de travail assignées). Le revenu rajusté correspond au revenu annuel arrondi à la tranche supérieure suivante de 250 \$, si ce montant n'est pas un multiple de 250. Les versements sont effectués chaque mois, à compter de la date d'échéance du délai de carence. On soustrait de cette prestation 100 p. cent de toutes les autres prestations d'invalidité qui vous sont versées pour la même invalidité ou pour une invalidité survenue par la suite. Vous trouverez une explication de ce que l'on entend par « autres prestations d'invalidité » ci-après.

Vos prestations nettes (c'est-à-dire après soustraction de toute autre prestation d'invalidité) augmenteront chaque année en fonction de l'augmentation du coût de la vie jusqu'à concurrence de 3 p. cent. Toute augmentation de salaire rétroactive accordée après la date où vous avez commencé à recevoir des prestations ne majore votre revenu assuré et le montant des prestations que si la date des augmentations précède la date où vous avez commencé à recevoir des prestations d'AILD. Par exemple, une augmentation de salaire rétroactive approuvée au mois d'avril et rétroactive au 10 février ne serait prise en compte dans le calcul de vos prestations que si vos prestations d'AILD avaient débuté le 11 février ou après cette date.

2.3 Autres prestations d'invalidité

Voici les principales « autres prestations d'invalidité » :

- les prestations versées en vertu de la Loi sur la pension de la fonction publique (LPFP) et du Régime de retraite de NAV CANADA;
- les prestations d'invalidité versées en vertu du Régime de pensions du Canada (RPC) ou du Régime des rentes du Québec (RRQ), à l'exception des prestations payables à la suite de votre invalidité à vos personnes à charge ou en leur nom;
- les prestations d'invalidité versées en vertu de la Loi sur les accidents du travail applicable ou de tout autre régime fédéral ou gouvernemental qui offre des avantages semblables;
- les prestations d'invalidité payées ou payables en vertu d'un autre régime d'assurance collective ou d'une police établie pour vous parce que vous êtes membre d'un syndicat ou d'une association; et
- en général, les prestations d'assurance invalidité versées en vertu des lois d'un gouvernement telles que celles remplaçant le revenu en vertu du Régime d'assurance automobile du Québec.

Par autres prestations d'invalidité, on entend aussi les prestations auxquelles, de l'avis de La Great-West, vous auriez droit si vous en faisiez la demande. Ainsi, si votre dossier médical semble indiquer à La Great-West que vous pourriez être admissible aux prestations du RPC ou du RRQ, mais que vous n'en avez pas fait la demande, La Great-West vous demandera d'en faire la demande et de signer un formulaire par lequel vous vous engagez à rembourser les prestations d'AILD qui auraient été réduites si votre demande avait été acceptée. Il est toutefois à noter que si vous n'êtes pas jugé admissible aux prestations du RPC ou du RRQ et que La Great-West estime que vous pourriez interjeter appel et avoir gain de cause, elle vous demandera de le faire. Vos prestations d'AILD ne seront pas réduites avant réception de la confirmation du RPC ou du RRQ concernant l'appel.

Lorsqu'une prestation devient payable en votre nom ou pour votre compte et que vous avez le droit reconnu par la loi de recouvrer des dommages-intérêts d'une tierce partie (soit un particulier ou un organisme), La Great-West a droit au remboursement de tout montant que vous recouvrez de cette tierce partie, jusqu'à concurrence des prestations versées ou payables. Vous serez tenu de signer une convention de subrogation à cet égard, et ce, avant le versement des prestations.

Une fois que La Great-West aura été informée du paiement par une tierce partie en vertu de tout jugement ou de tout règlement, les versements ultérieurs de prestations d'invalidité en vertu du Régime d'assurance invalidité de longue durée seront suspendus jusqu'à ce que La Great-West ait obtenu le remboursement du montant stipulé dans la convention de subrogation. Si un paiement forfaitaire est effectué en vertu d'un jugement ou d'un règlement pour perte de revenus futurs, aucune prestation d'invalidité ne sera versée en vertu du Régime d'assurance invalidité de longue durée tant que la somme des prestations autrement payables n'égalera pas la valeur de ce montant forfaitaire.

Ne sont pas considérées comme autres prestations d'invalidité :

- l'indexation au coût de la vie en vertu du RPC et du RRQ ou de la Loi sur la pension de la fonction publique (LPFP) ou du Régime de retraite de NAV CANADA;
- la remise des cotisations au titre de la pension de retraite quand le nombre d'années de service ouvrant droit à pension est inférieur à deux (2) ans en vertu de la Loi sur la pension de la fonction publique ou de deux (2) années de participation au Régime de retraite de NAV CANADA et qu'aucune pension ne peut être touchée;
- les 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;
- les indemnités de cessation d'emploi; et
- les primes de départ anticipé ou d'encouragement à la retraite anticipée.

2.4 Exemple de calcul des prestations d'AILD mensuelles

Revenu annuel à la fin du délai de carence	47 925 \$
Revenu rajusté assuré (revenu arrondi à la tranche supérieure suivante de 250 \$)	48 000 \$
Prestations d'AILD annuelles brutes (48 000 \$ x 70 p. cent)	33 600 \$

Autres prestations d'invalidité :	
Régime de retraite	14 000 \$
Régime de pensions du Canada	<u>+8 000 \$</u>
Total des autres prestations d'invalidité	22 000 \$
Prestations d'AILD annuelles brutes	33 600 \$
Moins : Total des autres prestations d'invalidité (annuelles)	<u>-22 000 \$</u>
Prestations d'AILD annuelles nettes	11 600 \$
Montant des prestations d'AILD mensuelles (11 600 \$ ÷ 12)	967 \$

Si le coût de la vie continue à augmenter d'au moins 3 p. cent par an, la prestation mensuelle nette de 967 \$ à laquelle vous donne droit le Régime d'assurance invalidité de longue durée sera indexée de 3 p. cent le 1^{er} janvier qui suit la date à laquelle vous avez commencé à toucher des prestations, de sorte que vous recevrez 996,01 \$.

Parallèlement, les prestations qui vous seront versées en vertu de la LPFP, du Régime de retraite de NAV CANADA, du RPC ou du RRQ seront également majorées en fonction de l'augmentation du coût de la vie. Les augmentations que vous recevrez en vertu de ces régimes ne seront pas déduites des prestations du Régime d'assurance invalidité de longue durée. La pleine indexation des autres régimes vous sera donc acquise.

Le 1^{er} janvier de chacune des années suivantes, les prestations du Régime d'assurance invalidité de longue durée seront majorées d'un autre maximum de 3 p. cent par an pour suivre l'augmentation du coût de la vie. Vous toucherez également toutes les autres indexations applicables en vertu de la LPFP, du Régime de retraite de NAV CANADA, du RPC ou du RRQ.

2.5 Revenus tirés des plans de réadaptation

Si vous touchez des prestations, vous pouvez suivre un plan de réadaptation, c'est-à-dire un programme de formation professionnelle ou une session de travail en vue de votre réadaptation, l'un ou l'autre devant être approuvé par écrit par La Great-West. Selon les circonstances, vous pouvez suivre ce plan pendant un maximum de 24 mois sans perdre le droit à vos prestations. Toutefois, votre revenu total pendant que vous travaillez, plus les prestations dont vous bénéficiez en vertu du Régime d'assurance invalidité de longue durée, ne doivent pas dépasser le revenu que vous receviez avant de devenir invalide.

Veillez noter qu'on déduira des prestations 100 p. cent du revenu total provenant d'un emploi que La Great-West n'estime pas être un emploi de réadaptation. La Great-West pourra également retenir ou cesser de verser vos prestations si vous ne faites pas un effort raisonnable pour participer ou collaborer à un plan de réadaptation qu'elle aura approuvé ou recommandé.

2.6 Impôt sur le revenu

Si vous devenez totalement invalide et si vous êtes admissible à recevoir des prestations en vertu du Régime d'assurance invalidité de longue durée, ces prestations seront imposables. À la fin de chaque année, La Great-West vous fera parvenir un formulaire indiquant le montant total des prestations qui vous ont été versées. La Great-West n'effectue pas automatiquement les retenues à la source, sauf dans le cas des résidents du Québec, dont les impôts provinciaux doivent être retenus à la source en vertu de la loi.

Si vous le désirez, La Great-West peut effectuer ces retenues en se fondant sur les renseignements que vous fournirez au sujet de vos exemptions. Si vous ne résidez pas au Québec et si vous préférez payer vos impôts vous-même, vous pouvez le faire. Dans ce cas, vous devez prévenir le bureau de district d'impôt dès que vous commencerez à toucher des prestations afin de ne pas avoir à effectuer ensuite un rajustement fiscal important et inattendu.

La prime mensuelle que vous payez lorsque vous êtes employé n'est pas déductible du revenu aux fins de l'impôt. Toutefois, si vous devenez admissible aux prestations, le montant total des primes que vous avez payées depuis votre adhésion au Régime d'assurance invalidité de longue durée peut être soustrait, aux fins de l'impôt, du montant du revenu d'invalidité tiré du Régime d'assurance invalidité de longue durée. Si le montant total des primes payées est

supérieur au montant des prestations reçues pendant la première année d'imposition dans laquelle vous avez commencé à toucher des prestations, l'excédent peut être reporté l'année suivante. Encore une fois, vous devriez consulter votre bureau de district d'impôt si vous êtes frappé d'invalidité totale. Si vous en faites la demande, votre spécialiste de la paie vous aidera à calculer le montant des primes que vous avez payées, au besoin.

2.7 Récidive de l'invalidité

Si vous touchez des prestations d'invalidité et, qu'une fois rétabli, vous êtes de nouveau frappé d'une invalidité totale, vous n'avez pas à attendre d'avoir terminé un autre délai de carence, à moins d'être retourné au travail sur une base régulière pendant au moins :

- un (1) mois, si les deux périodes d'invalidité sont dues à des causes non connexes;
- six (6) mois, si les deux périodes d'invalidité sont dues à des causes connexes; et
- douze (12) mois, si les deux périodes d'invalidité sont dues à la même cause.

Si, aux termes de la présente disposition, une période d'invalidité totale est considérée comme la suite d'une période antérieure d'invalidité totale, le montant des prestations payables sera égal à celui que vous receviez avant votre retour au travail.

3. Primes

3.1 Montant des primes

Les taux des primes en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2000 sont les suivants :

Part de l'employé	0,162 \$ par tranche de 1 000 \$ de revenu annuel ajusté
Part de l'employé	1,728 \$ par tranche de 1 000 \$ de revenu annuel ajusté

N'oubliez pas que des changements périodiques sont apportés aux régimes d'assurance, notamment aux primes mensuelles. Ces modifications seront annoncées par l'intermédiaire du service des pensions, avantages sociaux et programmes de santé des employés.

3.2 Exonération de primes

Si vous devenez totalement invalide en raison de blessures corporelles ou de maladie à un point où vous devenez admissible à l'assurance invalidité de longue durée (AILD), vous n'aurez pas à payer d'autres primes d'AILD pendant que vous recevez des prestations mensuelles d'AILD, pendant que vous serez en congé maladie non payé durant le « délai de carence » ou pendant que vous occupez un emploi de réadaptation approuvé par La Great-West. Ces prestations demeureront en vigueur sans que vous n'ayez à verser de primes additionnelles, à compter de la date où votre rémunération prendra fin jusqu'à ce que vous guérissiez, que vous décédiez ou que vous atteigniez l'âge de 65 ans, selon la première éventualité. Cet avantage est offert sous réserve d'une preuve d'invalidité totale qui sera fournie initialement et occasionnellement à la demande de La Great-West.

4. Prolongation de la garantie pendant un congé

Si vous prenez un congé non payé autorisé, la garantie payée par NAV CANADA sera prolongée en votre nom pour la durée totale d'absence. Pour de plus amples renseignements à ce sujet, veuillez communiquer avec votre spécialiste de la paie.

Votre garantie sera maintenue, s'il y a lieu, pendant tout congé avec paie.

5. Fin de la garantie

L'assurance invalidité de longue durée prend fin à votre 65^e anniversaire ou lorsque vous prenez votre retraite, selon la première éventualité.

Si la police d'assurance collective venait à prendre fin pour quelque raison que ce soit après le début de votre invalidité, La Great-West paiera toutes les prestations auxquelles vous êtes admissible et continuera de les payer, tant et aussi longtemps que vous demeurerez totalement invalide pour la même raison.

6. Demandes d'indemnité

6.1 Présentation des demandes

Si vous devenez totalement invalide et si vous croyez que votre invalidité durera plus longtemps que le « délai de carence » décrit au paragraphe 2 ci-dessus, vous devez en informer votre spécialiste de la paie le plus rapidement possible. Ce dernier vous remettra un formulaire de demande d'indemnité et le formulaire intitulé « Déclaration initiale du médecin traitant - Invalidité de longue durée » que devra remplir votre médecin.

Il vous incombe de remplir le formulaire de demande d'indemnité et de faire remplir le rapport d'invalidité par votre médecin. Il est important que votre médecin et vous remplissiez ces formulaires de façon précise et complète. Les demandes sont examinées par La Great-West en fonction uniquement des données médicales objectives qui lui sont fournies sur votre état.

Par conséquent, vous devriez demander à votre médecin de fournir un rapport complet et bien étayé qui montre clairement les données médicales objectives sur lesquelles il s'est fondé pour arriver à son diagnostic et son pronostic. Si plus d'un médecin a évalué votre état ou vous traite, vous devriez demander à chacun d'eux de fournir des rapports médicaux complets à La Great-West. Il vous incombe de fournir à La Great-West les données médicales qui prouvent votre invalidité totale. Veuillez noter que toute omission ou ambiguïté pourrait retarder le règlement de votre demande.

Vous devez retourner vos formulaires dûment remplis au spécialiste de la paie qui ajoutera les renseignements nécessaires et qui verra à faire traiter la demande. (Si vous le désirez, le rapport du médecin traitant peut être détaché et posté directement à La Great-West. Il vous incombe de vous assurer que le rapport médical est rempli par votre médecin en temps utile et qu'il parvienne à La Great-West sans délai.) Toutes ces formalités doivent être remplies dans les 90 jours qui suivent le début de votre invalidité totale.

La Great-West a le droit de demander d'autres renseignements médicaux à vos médecins et de vous faire passer des examens médicaux par des spécialistes indépendants aussi souvent qu'elle le juge raisonnable. Ces examens sont souvent le seul moyen objectif dont elle dispose pour surveiller l'évolution d'une invalidité et pour s'assurer que les prestations ne sont pas versées à des personnes non admissibles ou rétablies au point de ne plus y avoir droit.

6.2 Paiement des demandes d'indemnité

Les versements mensuels débuteront un (1) mois après la fin du délai de carence, à condition que les formulaires prescrits aient été soumis et que la demande ait été approuvée. Les prestations continueront à être versées tant que les renseignements médicaux requis seront fournis afin d'appuyer le maintien de l'invalidité, jusqu'à concurrence de la période maximale prévue pour les prestations.

Veuillez soumettre les demandes d'assurance invalidité de longue durée à La Great-West, compagnie d'assurance vie, à l'endroit indiqué ci-après. Vous trouverez également le numéro de téléphone à utiliser si vous désirez obtenir des renseignements sur les demandes d'indemnité.

La Great-West, compagnie d'assurance vie
Bureau de gestion de l'assurance invalidité d'Ottawa
11, avenue Holland, bureau 300
Ottawa (Ontario) (613) 761-3940 ou
K1Y 4W4 1 800 283-5375

6.3 Processus d'appels

Lorsque vous n'êtes pas d'accord avec une décision rendue par La Great-West et que vous désirez une révision de votre cas, communiquez avec le service des pensions, avantages sociaux et programmes de santé des employés.

Partie III – Régime de soins de santé

En termes généraux, le Régime de soins de santé est conçu de manière à offrir deux (2) types de garantie aux employés et à leurs personnes à charge. Il s'agit des garanties complémentaire et globale décrites à la section 2.1.

1. Admissibilité et date d'entrée en vigueur de la garantie

1.1 Employés admissibles

D'une façon générale, les employés à plein temps ou à temps partiel peuvent participer au Régime de soins de santé à titre facultatif comme suit :

Nomination	Date d'admissibilité	Date de la garantie		Exemple
		Demande reçue dans les 60 jours de la date d'admissibilité	Demande reçue plus de 60 jours après la date d'admissibilité	
Durée indéterminée	À compter de la date de nomination	Le premier jour du mois suivant celui où la demande a été reçue	Le premier jour du quatrième mois suivant celui où la demande a été reçue	Nomination : 12/06/00 Admissibilité : 12/06/00 Demande reçue : 12/07/00 Garantie : 01/08/00 Demande reçue : 14/08/00 Garantie : 01/12/00
Durée de plus de 6 mois	À compter de la date de nomination	Le premier jour du mois suivant celui où la demande a été reçue	Le premier jour du quatrième mois suivant celui où la demande a été reçue	Nomination : 12/06/00 Admissibilité : 12/06/00 Demande reçue : 12/07/00 Garantie : 01/08/00 Demande reçue : 14/08/00 Garantie : 01/12/00
Durée de 6 mois ou moins et nomination pour une autre durée de moins de 6 mois	À compter de la journée suivant la fin d'une période d'emploi continu de 6 mois	Le premier jour du mois suivant celui où la demande a été reçue	Le premier jour du quatrième mois suivant celui où la demande a été reçue	Durée A : 12/06/00 à 08/09/00 Durée B : 09/09/00 à 28/02/01 Admissibilité : 12/12/00 Demande reçue : 08/01/01 Garantie : 01/02/01 Demande reçue : 19/03/01 Garantie : 01/07/01
Durée de 6 mois ou moins et nomination pour une autre durée de 6 mois ou plus	À compter de la date de la nouvelle nomination	Le premier jour du mois suivant celui où la demande a été reçue	Le premier jour du quatrième mois suivant celui où la demande a été reçue	Durée A : 12/06/00 à 08/09/00 Durée B : 09/09/00 à 30/04/01 Admissibilité : 09/09/00 Demande reçue : 26/10/00 Garantie : 01/11/00 Demande reçue : 22/01/01 Garantie : 01/05/01

Si vous ne présentez pas de demande d'adhésion dans les 60 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible, ou si vous ne demandez pas de passer de la protection « individuelle » à la protection « familiale » dans les 60 jours suivant la date à laquelle vous aurez pris une nouvelle personne à votre charge (voir 1.2 ci-dessous), la garantie n'entrera en vigueur qu'après un délai de carence de trois (3) mois (soit le premier jour du quatrième mois suivant la réception de votre demande par votre spécialiste de la paie).

Étant donné que la garantie globale du Régime de soins de santé est obligatoire pour les employés en poste à l'extérieur du Canada, leur garantie ainsi que celle de leurs personnes à charge admissibles entre automatiquement en vigueur à la date où cesse leur régime provincial d'assurance maladie. Les employés doivent toutefois présenter une demande à leur spécialiste de la paie avant de résider à l'étranger.

Votre assurance ne peut entrer en vigueur lorsque vous n'êtes pas au travail. Si, par exemple, vous êtes en congé de maladie le jour où votre assurance devait normalement entrer en vigueur, celle-ci est différée jusqu'au moment où vous reprenez vos tâches normales.

1.2 Personnes à charge admissibles

Vos personnes à charge deviennent admissibles en même temps que vous ou, dès qu'elles deviennent une personne à votre charge. Si vous avez une nouvelle personne à charge (par exemple, un conjoint ou un enfant), vous devez en informer votre spécialiste de la paie le plus rapidement possible. S'il est nécessaire de remplir une demande pour couvrir cette personne à charge (par exemple pour passer d'une protection « individuelle » à une protection « familiale »), le formulaire de demande doit être reçu dans les 60 jours suivant la date à laquelle la personne à charge devient admissible afin que la garantie entre en vigueur à compter de cette date.

Vous devez être couvert pour que vos personnes à charge le soient également. Une personne ne peut être couverte par le Régime de soins de santé en tant que personne à charge de plus d'un employé, ni être couverte à la fois comme employé et personne à charge. Les personnes à charge admissibles sont les suivantes :

- 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 continue de vivre avec vous à ce même titre; et
- vos enfants célibataires ou ceux de votre conjoint, 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 tuteur et qui :
 - ⇒ sont âgés de moins de 21 ans;
 - ⇒ sont âgés de 21 ans ou plus et qui ne peuvent subvenir à leurs besoins en raison d'une incapacité mentale ou physique, pourvu que cette incapacité soit survenue avant l'âge de 21 ans. (Cette définition doit s'appliquer à votre enfant à la date de votre admissibilité au Régime de soins de santé; autrement celui-ci doit avoir été couvert par le Régime de soins de santé avant son 21^e anniversaire. Si l'enfant devient invalide après l'âge de 21 ans, il devait être couvert en tant qu'étudiant au moment où est survenue l'invalidité); et
 - ⇒ s'ils sont plus âgés, sont des étudiants à plein temps inscrits dans un établissement d'enseignement ou dans une université jusqu'à l'âge de 25 ans (26 au Québec) maximum.

1.3 Carte des avantages sociaux

Lorsque votre garantie entrera en vigueur, vous recevrez une carte des avantages sociaux sur laquelle figurent votre nom, la protection choisie et le numéro de participant qui vous a été attribué afin de vous identifier lorsque vous présentez des demandes d'indemnité à la Sun Life. Vous devez indiquer votre numéro de participant sur chaque demande que vous soumettez en votre nom ou au nom des personnes couvertes à votre charge ainsi que sur la correspondance que vous faites parvenir à la Sun Life.

Si vous perdez votre carte des avantages sociaux, communiquez sans tarder avec votre spécialiste de la paie pour en obtenir une nouvelle.

2. Garantie

2.1 Généralités

Il y a deux types de garantie :

Garantie complémentaire : Cette garantie est offerte aux employés admissibles qui sont des résidents canadiens protégés en vertu d'un régime d'assurance maladie provincial. En général, les prestations ne sont qu'un complément à la protection offerte par le régime de la province où vous résidez. La garantie complémentaire comprend la garantie complémentaire Frais médicaux et la garantie Frais hospitaliers (les deux sont décrites en détail dans cette partie). La garantie de base Frais médicaux et la garantie Frais hospitaliers (à l'extérieur du Canada) ne sont pas offertes aux personnes de la présente catégorie.

Garantie globale : Cette garantie est offerte aux employés admissibles qui résident à l'étranger et qui sont exclus d'un régime d'assurance maladie provincial. Elle comprend la garantie de base Frais médicaux, la garantie complémentaire Frais médicaux, la garantie Frais hospitaliers et la garantie Frais hospitaliers (à l'extérieur du Canada). Si votre conjoint et un enfant admissible résident avec vous à l'étranger, vous devez également vous procurer la garantie globale pour ces personnes à charge.

La garantie est également disponible, sur une base volontaire, pour certaines personnes (autres que votre conjoint ou enfant) qui résident avec vous et qui sont à votre charge. Vous pouvez obtenir plus de renseignements auprès de votre spécialiste de la paie.

2.2 Description des indemnités

2.2.1 Garantie complémentaire Frais médicaux

Cette garantie couvre des produits et services précis, sous réserve des conditions énumérées ci-dessous, qui ne sont pas habituellement couverts par un régime d'assurance maladie provincial ou, dans le cas des personnes couvertes domiciliées en dehors du Canada, des produits et des services précis qui ne sont pas couverts par la garantie de base Frais médicaux.

La garantie complémentaire Frais médicaux couvre les éléments suivants qui sont décrits de b) à g) ci-dessous :

- frais de médicaments sur ordonnance;
- frais d'optique;
- frais de professionnels de la santé;
- frais dentaires (chirurgie buccale et blessures accidentelles);
- frais divers; et
- frais admissibles engagés à l'extérieur de la province.

a) Critères

i) *Frais habituels et raisonnables*

Parmi les frais que vous engagez pour un service ou un produit admissible quelconque, le Régime de soins de santé n'admet que ceux qui sont jugés comme étant « habituels et raisonnables ». La Sun Life établit le plafond des frais admissibles pour un service ou un produit particulier dans la région visée. Elle se fonde, le cas échéant, sur le barème des honoraires publié par les associations médicales. Toute partie des frais qui dépasse le montant « habituel et raisonnable » n'est pas admissible.

ii) *Plafond des frais admissibles*

Des plafonds précis ont été fixés relativement à certains montants de frais admissibles. Ces montants sont précisés dans l'explication des prestations donnée aux paragraphes 2.2.1 b) à g) ou dans la Liste des plafonds des frais

admissibles pour les soins de santé (voir Appendice A). Les frais qui dépassent ces plafonds ne sont pas admissibles. Toute modification est annoncée par le service des pensions, avantages sociaux et programmes de santé des employés et les participants sont priés d'en prendre note afin de s'y reporter au besoin.

iii) *Franchise*

Pour chaque année civile, vous devez d'abord déduire une franchise; cela signifie que seuls les frais admissibles, engagés au cours de l'année, qui dépassent le montant de la franchise peuvent être remboursés en vertu de la garantie complémentaire Frais médicaux.

La franchise est de 25 \$ par année par personne. Si vous avez souscrit à une «protection familiale » mais qu'un seul membre de votre famille engage des frais admissibles au cours d'une année civile, la franchise annuelle de 25 \$ s'appliquera à ces frais. Si des frais admissibles sont engagés à l'égard de plus d'un membre d'une famille couverte, la franchise totale est alors de 40 \$ par année civile.

iv) *Coassurance*

Une fois la franchise annuelle déduite, et sous réserve de tout plafond imposé sur le montant des frais admissibles qui peuvent être couverts pour un produit ou un service particulier, la garantie complémentaire Frais médicaux rembourse 80 p. cent des frais habituels et raisonnables que vous avez engagés pour ce produit ou ce service (sauf indication contraire, comme pour la garantie voyage). C'est à vous qu'il incombe de payer les 20 p. cent restants, c'est ce qu'on appelle la coassurance.

v) *Plan de traitement*

Si le traitement suggéré devait dépasser 300 \$, nous vous recommandons fortement de présenter à la Sun Life un plan de traitement avant le début des soins. La Sun Life étudiera votre dossier et vous indiquera les prestations qui vous seraient versées en vertu du Régime de soins de santé pour les services proposés. Il est donc dans votre intérêt de connaître les montants qui seront versés avant le début des soins.

b) Frais de médicaments sur ordonnance

i) *Frais admissibles*

Les frais habituels et raisonnables engagés pour obtenir les produits suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient prescrits par un médecin ou un dentiste et préparés par un pharmacien autorisé ou un médecin, pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure :

- les *médicaments* qu'on ne peut obtenir que sur ordonnance, y compris les contraceptifs oraux, et qui figurent à la partie Monographie de l'édition courante du *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques* à titre de narcotiques, de médicaments contrôlés ou de médicaments sur ordonnance;
- les *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 :
 - ⇒ agents antiangineux;
 - ⇒ agents antiparkinsoniens;
 - ⇒ bronchodilatateurs;
 - ⇒ agents antihyperlipidémiques;
 - ⇒ traitement de l'hyperthyroïdisme;
 - ⇒ agents parasymphomimétiques;
 - ⇒ traitement de la tuberculose;
 - ⇒ préparations anticholinergiques;
 - ⇒ agents antiarythmiques;
 - ⇒ traitement du glaucome;
 - ⇒ préparations d'insuline;
 - ⇒ inhibiteurs oraux de la fibrinolyse;
 - ⇒ traitement de recharge en potassium; et
 - ⇒ agents topiques de débridement enzymatique;

- les *médicaments* figurant à la partie Monographie de l'édition courante du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques qu'on peut obtenir sans ordonnance mais uniquement dans une pharmacie autorisée et qui, selon la Sun Life, possèdent une valeur thérapeutique connue;
- les *substances thérapeutiques de remplacement* prescrites par un médecin spécialiste reconnu 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 participant ou la personne à charge couverte ne puisse absorber aucune autre substance pour assurer le maintien de sa vie;
- les *médicaments à injection*, y compris les sérums anti-allergiques administrés par injection;
- les *prescriptions composées*, quels que soient leurs ingrédients actifs;
- les *aiguilles hypodermiques, seringues et produits chimiques pour diagnostic* relatifs au traitement du diabète; à l'exception des aiguilles et seringues qui ne sont pas admissibles pour la période de 36 mois qui suit la date d'achat d'un pistolet à injection d'insuline;
- les *vitamines et minéraux* 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;
- les *appareils d'administration de médicaments* contre l'asthme qui font partie du produit et qui sont approuvés par la Sun Life;
- les *aérochambres avec masques* pour l'administration de médicaments contre l'asthme aux enfants de moins de six (6) ans; et
- tout *produit d'assistance pour cesser de fumer* qui nécessite une ordonnance, les frais admissibles étant assujettis au maximum spécifié à l'Appendice A.

ii) Exclusions

Veillez noter les exclusions et restrictions figurant à l'Appendice B.

c) Frais d'optique

i) Frais admissibles

Les frais admissibles sont les frais habituels et raisonnables engagés à l'égard :

- des examens de la vue par un optométriste attitré, sous réserve d'un examen par période de deux (2) années civiles; et
- des lunettes et des lentilles cornéennes, à condition qu'elles soient nécessaires à la correction de la vue et qu'elles soient achetées sur l'ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste attitré, y compris leurs réparations, sous réserve du maximum prévu à l'Appendice A.

Pour simplifier l'administration de la période limite de 24 mois pour les lunettes et les lentilles cornéennes, tous les participants du Régime de soins de santé et leurs personnes à charge auront la même période de deux (2) ans pendant laquelle ils pourront réclamer jusqu'au maximum précisé du prix d'achat de lunettes et de lentilles cornéennes.

Par exemple : vous pouvez demander de vous faire rembourser jusqu'à concurrence de 200 \$ sur l'achat de lunettes et de lentilles cornéennes pour vous-même ou pour vos personnes à charge (ou les deux) pendant la période de deux (2) ans allant du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 2000. Une fois que vous avez demandé un remboursement pour des dépenses maximales pour cette période de deux (2) ans (qui sont de 200 \$ pour la période allant du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 2000), vous n'êtes plus admissible à d'autres remboursements pour des lunettes ou des lentilles cornéennes jusqu'à la prochaine période de deux (2) ans, soit du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2002, et ainsi de suite.

Aucun plafond ne s'applique à l'achat initial de lunettes ou de lentilles cornéennes nécessaires à la suite d'une opération ou d'un accident, si l'achat a lieu dans les six (6) mois suivant l'opération ou l'accident. Ces coûts sont identifiés comme des frais admissibles distincts. Cette période pourrait être prolongée par la Sun Life si l'achat n'a pu avoir lieu pendant la période donnée.

L'achat et le remplacement des yeux artificiels sont également considérés comme frais admissibles, sauf s'ils ont lieu :

- dans les 60 mois suivant le dernier achat, dans le cas d'un participant ou d'une personne à charge de plus de 21 ans; ou
- dans les 12 mois suivant le dernier achat, dans le cas d'une personne à charge de 21 ans ou moins.

ii) Exclusions

Veillez noter les exclusions et restrictions figurant à l'Appendice B.

d) Frais de professionnels de la santé

Pour les définitions de chiroprodiste / podiatre, chiropraticien, électrolyste, naturopathe, ostéopathe, médecin, physiothérapeute, psychologue, massothérapeute autorisé et orthophoniste, prière de consulter le Glossaire à l'Appendice C.

i) Frais admissibles

Afin d'être admissibles, les services de ces praticiens doivent être nécessaires pour le traitement médical d'une maladie ou d'une blessure. Les frais admissibles à l'égard des services d'un praticien ne comprennent que les services pour lesquels celui-ci est qualifié et qui nécessitent sa compétence et ses qualifications. Tout praticien doit être attitré, enregistré ou certifié par l'autorité provinciale appropriée ou par une organisation professionnelle, selon le cas.

Les frais admissibles remboursables sont les frais habituels et raisonnables exigés à l'égard des services suivants :

- les services des praticiens suivants limités aux frais maximums admissibles indiqués pour chacun à l'Appendice A :
 - ⇒ un physiothérapeute* (aucun plafond);
 - ⇒ un massothérapeute autorisé;
 - ⇒ un orthophoniste *;
 - ⇒ un psychologue*;
 - ⇒ un chiropraticien;
 - ⇒ un ostéopathe;
 - ⇒ un naturopathe;
 - ⇒ un podiatre ou chiroprodiste; et
 - ⇒ un électrolyste**; et
- les frais de recours à des services paramédicaux imposés par l'État aux termes du régime d'assurance maladie de la province de résidence du patient, lorsque la loi prévoit le remboursement des frais exigés à l'égard de ces services.

* nécessite l'ordonnance d'un médecin.

** les services d'un électrolyste doivent faire l'objet d'une ordonnance par un psychiatre ou par un psychologue et ne sont couverts que s'ils se limitent à l'épilation des parties exposées du visage et du cou, si le patient souffre d'un traumatisme émotif grave à cause de cet état.

ii) Exclusions

Veillez noter les exclusions et restrictions figurant à l'Appendice B.

e) Frais dentaires (chirurgie buccale et blessures accidentelles)

Pour la définition de dentiste et de guide des tarifs, prière de consulter le Glossaire à l'Appendice C.

i) Frais admissibles

Le Régime de soins de santé ne couvre que des techniques de chirurgie buccale précises et certains traitements dentaires nécessaires à la suite d'un accident.

ii) Chirurgie buccale

Par frais admissibles, on entend les frais habituels et raisonnables exigés à l'égard des opérations buccales exécutées par un dentiste :

- kystes, lésions, abcès;
 - ⇒ biopsie;

- ◇ lésion du tissu mou;
 - ◇ incision;
 - ◇ excision;
 - ◇ lésion du tissu osseux;
- ⇒ excision de kystes;
- ⇒ excision de tissu lésé (lésion bénigne);
- ⇒ excision de grenouillette;
- ⇒ incision et drainage;
 - ◇ intra oraux – tissu mou;
 - ◇ intra osseux – (dans l'os);
- ⇒ abcès périodontique;
 - ◇ incision et drainage;
- traitement gingivaux et alvéolaires;
 - ⇒ alvéoplastie;
 - ⇒ plastie par lambeaux avec curetage;
 - ⇒ plastie par lambeaux avec ostéoplastie;
 - ⇒ plastie par lambeaux avec curetage et ostéoplastie;
 - ⇒ curetage gingival;
 - ⇒ gingivectomie avec ou sans curetage;
 - ⇒ gingivoplastie;
- extraction de dents ou de racines;
 - ⇒ extraction d'une dent incluse;
 - ⇒ 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;
 - ◇ réduction ouverte;
 - ⇒ fractures – mandibule;
 - ◇ sans réduction;
 - ◇ réduction fermée;
 - ◇ réduction ouverte;
 - ⇒ fractures – maxillaires ou os molaire;
 - ◇ sans réduction;
 - ◇ réduction fermée;
 - ◇ réduction ouverte;
 - ◇ réduction ouverte (complexe);
- autres traitements;
 - ⇒ avulsion de nerf – supra ou infra-orbital;
 - ⇒ frénectomie – labiale ou buccale (lèvre ou joue);
 - ⇒ linguale (langue);
 - ⇒ fermeture d'une fistule bucco-sinusale;
 - ⇒ sialolithotomie – simple;
 - ⇒ sialolithotomie – complexe;
 - ⇒ approfondissement du sillon, remodelage de la crête alvéolaire;
 - ⇒ traitement de blessures accidentelles;
 - ◇ réparation d'une lacération du tissu mou;
 - ◇ débridement, réparation, suture;
 - ⇒ torus (biopsie osseuse);

iii) Blessures accidentelles

Les services d'un dentiste/chirurgien dentiste et les frais d'attelles et d'arcs dentaires sont considérés comme des frais admissibles lorsqu'ils sont nécessaires pour le traitement d'une fracture à la mâchoire ou de blessure accidentelle aux dents naturelles, si la fracture ou la blessure est causée par un coup externe, violent et accidentel autre qu'un accident associé à des gestes habituels comme de se nettoyer les dents, de mastiquer ou de manger, à condition que le traitement soit donné dans les douze (12) mois suivant l'accident ou, dans le cas d'un enfant de moins de 17 ans, avant l'âge de 18 ans. La Sun Life pourrait prolonger ce délai si le traitement ne peut être donné dans la période spécifiée.

iv) Exclusions

Veillez noter les exclusions et restrictions figurant à l'Appendice B.

f) Frais divers

Pour la définition des termes hôpital et médecin, prière de consulter le Glossaire à l'Appendice C.

i) Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais doivent être nécessaires pour le traitement médical d'une maladie ou d'une blessure et être prescrits par un médecin, à moins d'avis contraire.

Les frais admissibles sont les frais habituels et raisonnables engagés à l'égard de ce qui suit :

- les *services d'un médecin* non admissibles au remboursement en vertu de votre régime d'assurance maladie provincial, mais qui le seraient en vertu d'un ou de plusieurs autres régimes provinciaux d'assurance maladie;
- les *services d'une infirmière* qui prodigue des soins à la résidence privée d'un patient, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums indiqués à l'Appendice A. Pour être admissibles, les frais doivent être nécessaires pour le traitement médical d'une maladie ou d'une blessure et être prescrits par un médecin.
- les *traitements d'électrolyse*, pourvu qu'ils soient prescrits par un psychiatre ou un psychologue, dispensés par un médecin ou un électrolyste attitré et limités à l'épilation des parties exposées du visage ou du cou, si le patient souffre d'un traumatisme émotif grave à cause de cet état. Le remboursement se limite aux frais maximums admissibles indiqués à l'Appendice A;
- les *traitements d'acupuncture* donnés par un médecin;
- *l'achat initial de lunettes, lentilles cornéennes ou prothèses auditives nécessaires à la suite d'une opération ou d'un accident* lorsque l'achat est effectué dans les six (6) mois suivant cette opération chirurgicale ou cet accident;
- *l'achat ou la réparation d'une prothèse auditive prescrite par un otorhinolaryngologiste*, à l'exception de piles, jusqu'à concurrence des plafonds des frais admissibles indiqués à l'Appendice A;
- *le transport terrestre de la personne malade par service d'ambulance autorisé* à l'hôpital le plus proche qui a l'équipement nécessaire pour donner le traitement requis d'urgence, si l'état de santé de la personne ne permet pas l'utilisation d'autres moyens de transport (sauf les frais admissibles payables pour une évacuation médicale en vertu de la garantie voyage, voir le paragraphe 2.2.1 g);
- *le transport de la personne malade par ambulance aérienne* à l'hôpital le plus proche qui a l'équipement nécessaire pour donner le traitement requis d'urgence, si l'état de santé de la personne ne permet pas l'utilisation d'autres moyens de transport (sauf les frais admissibles payables pour une évacuation médicale en vertu de la garantie voyage, voir le paragraphe 2.2.1 g);
- *les chaussures orthopédiques*, qui font partie intégrante d'un appareil orthopédique ou qui sont spécialement fabriquées pour la personne, y compris la modification desdites chaussures, à condition que les chaussures et les modifications aient été prescrites par écrit par un médecin ou un podiatre, sous réserve des frais maximums admissibles pendant une année civile équivalant au moindre des deux montants suivants :
 - ⇒ le total des frais moins le coût moyen des chaussures ordinaires déterminé par la Sun Life; ou
 - ⇒ le montant précisé à l'Appendice A;
- *les orthèses*, jusqu'à concurrence d'une paire par année civile;
- *les bandages herniaires, les béquilles, les attelles, les plâtres, et les colliers cervicaux;*

- *les supports orthopédiques* de métal ou de plastique rigide, exception faite des appareils d'orthodontie et des articles pour usage athlétique essentiellement;
- *les bas de contention et les vêtements de contention pour les victimes de brûlures*, fabriqués selon les mesures du patient ou ayant une compression minimale de 30 millimètres;
- *les bandages et pansements chirurgicaux* nécessaires au traitement d'une blessure ouverte ou d'un ulcère;
- *les soutiens-gorge orthopédiques* jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums indiqués à l'Appendice A;
- *les prothèses mammaires* nécessaires à la suite d'une mastectomie et leur remplacement après un délai minimum de vingt-quatre (24) mois;
- *les perruques*, lorsque le patient a perdu tous ses cheveux à la suite d'une maladie, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums indiqués à l'Appendice A;
- *les nécessaires à colostomie, iliostomie et trachéotomie, les sondes et sacs collecteurs* pour patients incontinents, paraplégiques ou quadriplégiques;
- *les membres artificiels temporaires*;
- *les yeux artificiels, les membres artificiels permanents* servant à remplacer les membres artificiels temporaires, et le remplacement de ceux-ci, mais après un délai de :
 - ⇒ 60 mois suivant le dernier achat, dans le cas d'un participant ou d'une personne à charge de plus de 21 ans; ou
 - ⇒ 12 mois suivant le dernier achat, dans le cas d'une personne à charge de 21 ans ou moins; à moins qu'il soit prouvé médicalement que le remplacement de la prothèse existante soit nécessaire à une date antérieure en raison de la croissance ou du rétrécissement des tissus avoisinants;
- *l'oxygène* et son administration;
- *les pompes à insuline et les accessoires complémentaires*, s'ils sont prescrits au diabétique insulino-dépendant par un médecin rattaché à un centre reconnu de traitement du diabète d'un établissement universitaire canadien, à l'exclusion de tout remplacement ou de toute réparation au cours des soixante (60) mois qui suivent la date d'achat de ces articles;
- *les moniteurs pour mesurer le glucose dans le sang* pour diabétiques insulino-dépendants et pour diabétiques non insulino-dépendants s'ils sont aveugles au sens de la loi ou daltoniens, à l'exclusion de tout remplacement ou toute réparation au cours des soixante (60) mois qui suivent la date d'achat de ces articles;
- *la location ou, au choix de la Sun Life, l'achat d'accessoires durables* requis pour un usage thérapeutique provisoire à la résidence privée du patient et approuvés par la Sun Life. Les accessoires durables admissibles comprennent notamment mais non exclusivement les déambulateurs, les lits d'hôpital, les moniteurs d'apnée et les systèmes d'alarme pour patients énurétiques. (Le remboursement est limité au coût d'équipement non motorisé, à moins qu'il ne soit médicalement prouvé que le patient a besoin d'un équipement motorisé);
- *la location ou, au choix de la Sun Life, l'achat d'un fauteuil roulant* requis pour un usage thérapeutique à la résidence privée du patient. Le remboursement est limité au coût d'équipement non motorisé, à moins qu'il ne soit médicalement prouvé que le patient a besoin d'un équipement motorisé. *Les réparations et le remplacement d'un fauteuil roulant acheté* sont admissibles au remboursement des frais, mais après les soixante (60) mois suivant le dernier achat d'un fauteuil roulant; et
- *les pistolets à injection d'insuline* pour diabétiques insulino-dépendants, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums indiqués à l'Appendice A.

ii) Exclusions

Veuillez noter les exclusions et restrictions figurant à l'Appendice B.

g) Frais admissibles engagés à l'extérieur de la province

i) Généralités

Les personnes domiciliées au Canada peuvent se faire rembourser certains autres frais admissibles décrits ci-dessous lorsqu'ils sont engagés à l'extérieur de la province où ces personnes résident, que ce soit dans une autre province ou à l'étranger, et qu'ils dépassent le montant admissible en vertu de leur régime d'assurance maladie provincial. Le

remboursement peut être versé uniquement s'il n'est pas expressément interdit par la loi, et sous réserve des plafonds établis à l'Appendice A.

ii) Garantie voyage

Outre les avantages offerts en vertu de la garantie complémentaire Frais médicaux, certains frais sont également admissibles (sous réserve des plafonds établis à l'Appendice A) et font l'objet d'un remboursement total sans franchise annuelle, si vous les engagez pour le traitement d'urgence d'une blessure que vous subissez ou d'une maladie que vous contractez pendant que vous voyagez à l'extérieur de la province où vous résidez et qui survient dans les quarante (40) jours suivant la date à laquelle vous avez quitté la province où vous résidez ou pendant que vous voyagez en service commandé. (Si le traitement se prolonge au-delà de quarante (40) jours, les frais connexes seront couverts.)

La garantie voyage couvre :

- le séjour en salle et les services hospitaliers complémentaires reçus dans un hôpital général;
- les services d'un médecin; et
- les soins reçus à l'hôpital à titre de malade externe.

iii) Programme Voyage Assistance

Une ligne téléphonique est disponible 24 heures sur 24 afin d'offrir de l'aide pour ce qui suit :

- le prix d'un billet d'avion simple, en classe économique, pour la personne couverte à qui les soins sont dispensés, afin qu'elle puisse revenir dans la province où elle réside, et pour le spécialiste de la santé qui doit l'accompagner au besoin;
- l'évacuation médicale (pouvant nécessiter le recours à un service d'ambulance) lorsque les soins appropriés, de l'avis de la Sun Life, ne sont pas disponibles dans la région où l'urgence s'est produite;
- l'assistance familiale, comme le remboursement des frais de voyage de retour au Canada d'enfants à charge, sous réserve de certaines exclusions;
- transport à l'hôpital le plus proche qui donne 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 pour les membres de la famille et les associés d'affaires où les messages seront conservés pendant 15 jours; et
- paiement anticipé des frais hospitaliers et médicaux au nom du participant et de ses personnes à charge couvertes.

iv) Services rendus sur recommandation

Les frais suivants sont admissibles (sous réserve des plafonds établis à l'Appendice A) et sont remboursés à 80 p. cent après paiement de la franchise annuelle, lorsque le traitement ou les services ne sont pas disponibles dans la province où vous résidez et qu'ils sont engagés par suite d'une recommandation écrite du médecin traitant de la province où vous résidez :

- le séjour en salle et les services hospitaliers complémentaires reçus dans un hôpital général;
- les services d'un médecin ou d'un chirurgien; et
- les soins reçus à l'hôpital à titre de malade externe.

v) Exclusions

Veuillez noter les exclusions et restrictions figurant à l'Appendice B.

2.2.2 Garantie de base Frais médicaux

Cette garantie s'applique uniquement aux employés qui sont admissibles au Régime de soins de santé, qui résident à l'extérieur du Canada et qui ne sont pas admissibles à un régime d'assurance maladie provincial. Elle assure le remboursement de frais médicaux habituels et raisonnables (à l'exclusion des services hospitaliers) qui sont assurés en vertu du Régime d'assurance santé de l'Ontario jusqu'au maximum indiqué à l'Appendice A. La participation aux frais et la franchise ne s'appliquent pas en vertu de cette garantie.

a) Frais admissibles

Les principaux services couverts comprennent notamment :

- les services d'un médecin, y compris :
 - ⇒ les services du médecin à votre domicile, au cabinet du médecin ou dans un hôpital;
 - ⇒ le diagnostic et le traitement d'une maladie ou d'une blessure;
 - ⇒ un examen médical annuel;
 - ⇒ le traitement de fractures ou de dislocations;
 - ⇒ la chirurgie, y compris la chirurgie faite par un docteur en podiatrie (DPM) si elle est effectuée aux États-Unis;
 - ⇒ l'anesthésie;
 - ⇒ les radiographies pour fins de diagnostic et de traitement;
 - ⇒ les soins obstétricaux, y compris les soins pré-nataux et post-nataux; et
 - ⇒ les services de laboratoire et de biologie médicale ordonnés par un médecin et exécutés sous sa direction;
- les services d'un optométriste*;
- les services d'un physiothérapeute*;
- les services d'ambulance*; et
- les services d'un chiropraticien, d'un ostéopathe ou d'un podiatre*.

* Ces avantages s'ajoutent aux dispositions prévues en vertu de la garantie complémentaire Frais médicaux.

b) Exclusions

Veuillez noter les exclusions et restrictions figurant à l'Appendice B.

2.2.3 Garantie Frais hospitaliers (à l'extérieur du Canada)

Les employés de NAV CANADA qui sont domiciliés à l'extérieur du Canada et qui ne sont pas admissibles à un régime d'assurance maladie provincial, doivent obligatoirement souscrire à cette garantie. Elle a pour but d'offrir une garantie équivalant, dans la mesure du possible, à celle qui est offerte aux personnes résidant au Canada et qui sont couvertes par un régime d'assurance maladie ou d'hospitalisation provincial. Elle prévoit le remboursement des frais hospitaliers habituels et raisonnables liés à un séjour dans un hôpital général. La participation aux frais et la franchise ne s'appliquent pas en vertu de cette garantie.

a) Frais admissibles

Les principaux services couverts comprennent notamment :

- le séjour en salle;
- les services infirmiers indispensables fournis par l'hôpital;
- les services de laboratoire, de radiologie et autres, afférents au diagnostic;
- les médicaments prescrits et administrés dans un hôpital par un médecin traitant;
- l'utilisation des salles d'opération et d'accouchement, de l'anesthésie et des appareils chirurgicaux;
- les services rendus par une personne rémunérée par l'hôpital;
- l'utilisation de matériel orthophonique sous ordonnance d'un médecin;
- les services de diététique sous ordonnance d'un médecin; et
- les services externes dispensés par un hôpital.

b) Exclusions

Veuillez noter les exclusions et restrictions figurant à l'Appendice B.

2.2.4 Garantie Frais hospitaliers**a) Frais admissibles**

Cette garantie a pour but de rembourser, jusqu'à concurrence des montants indiqués, les frais habituels et raisonnables par jour d'hospitalisation, pour le logement et la pension dans une chambre semi-particulière ou

particulière, que vous résidez au pays ou à l'étranger. Le montant maximal remboursable pour chaque journée est fonction du niveau de protection choisi. Ces niveaux figurent à l'Appendice A.

Le cas échéant, assurez-vous que le niveau de protection que vous avez choisi répond à vos besoins, compte tenu des frais quotidiens exigés pour les services d'hospitalisation à l'hôpital de votre choix dans la région où vous habitez. Si vous désirez augmenter ou réduire votre niveau de protection, vous pouvez en faire la demande à votre spécialiste de la paie.

Veillez prendre note que les frais hospitaliers en chambre semi-particulière ou particulière ne sont pas nécessairement remboursés en totalité en vertu de cette garantie. Le remboursement des frais engagés est fonction du niveau de protection que vous possédez aux termes du Régime de soins de santé. Vous devez donc payer la différence entre les frais réels d'hospitalisation et le montant maximal payable en vertu du niveau de protection que vous avez choisi.

b) Exclusions

Veillez noter les exclusions et restrictions figurant à l'Appendice B.

3. Primes

Les primes mensuelles en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2001 sont les suivantes :

Garantie complémentaire				
Garantie	Part de l'employé		Part de l'employeur	
	Individuelle	Familiale	Individuelle	Familiale
<u>Tous les employés syndiqués :</u>				
Garantie complémentaire Frais médicaux + garantie Frais hospitaliers Niveau I :	néant	néant	39,16 \$	69,56 \$
Garantie complémentaire Frais médicaux + garantie Frais hospitaliers Niveau II :	1,11 \$	3,54 \$	39,97 \$	72,15 \$
Garantie complémentaire Frais médicaux + garantie Frais hospitaliers Niveau III :	5,32 \$	10,35 \$	43,05 \$	77,15 \$
Garantie globale				
Garantie	Part de l'employé		Part de l'employeur	
	Individuelle	Familiale	Individuelle	Familiale
<u>Tous les employés syndiqués :</u>				
Garantie complémentaire Frais médicaux + garantie Frais hospitaliers Niveau I :	néant	néant	115,22 \$	372,18 \$
Garantie complémentaire Frais médicaux + garantie Frais hospitaliers Niveau II :	1,12 \$	3,55 \$	116,49 \$	375,42 \$
Garantie complémentaire Frais médicaux + garantie Frais hospitaliers Niveau III :	5,33 \$	10,36 \$	119,57 \$	380,41 \$

N'oubliez pas que des changements périodiques sont apportés aux régimes d'assurance, notamment aux primes mensuelles. Ces modifications seront annoncées par l'intermédiaire du service des pensions, avantages sociaux et programmes de santé des employés.

4. Prolongation de la garantie pendant un congé

Si vous prenez certains types de congés non payés autorisés, la garantie payée par NAV CANADA sera prolongée en votre nom pour la durée totale d'absence. Toutefois, vous pouvez vous prévaloir d'autres genres de congés non payés, et maintenir votre garantie moyennant des frais. Pour assurer une garantie intégrale dans un tel cas, il faudra acquitter d'avance le montant total de la prime. Pour de plus amples renseignements à ce sujet, veuillez communiquer avec votre spécialiste de la paie.

Votre garantie sera également maintenue pendant tout congé payé.

5. Fin de la garantie

Dans certaines circonstances, la garantie pourra être maintenue pendant une période de temps limitée lorsque vous quittez NAV CANADA. Votre conseiller en pensions vous donnera de plus amples renseignements au moment de votre départ.

Vous pouvez mettre fin à votre participation à la garantie complémentaire du Régime de soins de santé en tout temps, en informant par écrit votre spécialiste de la paie. Votre garantie prendra fin au plus tard deux (2) mois après la date à laquelle le spécialiste de la paie aura reçu l'avis. Les retenues salariales cesseront le premier jour du mois précédant la date de cessation de la garantie.

Par exemple : Au mois de janvier, vous écrivez au spécialiste de la paie pour annuler votre garantie en vertu du Régime des soins de santé. Votre spécialiste de la paie reçoit votre avis en février. Votre garantie prendra donc fin au plus tard le 1^{er} mai. Les retenues sur votre salaire prendront fin au plus tard le 1^{er} avril.

6. Demandes d'indemnité

6.1 Coordination des prestations

6.1.1 Demandes d'indemnité aux termes de programmes provinciaux

Si vous résidez dans une province qui offre un programme couvrant les frais également admissibles en vertu du Régime de soins de santé (comme les frais de médicaments sur ordonnance, de membres artificiels ou d'autres appareils fonctionnels, de services dentaires, etc.), vous devez d'abord présenter une demande auprès du gouvernement provincial. Lorsque cette demande aura été traitée, vous pourrez présenter une demande en vertu du Régime de soins de santé concernant la partie non remboursée des frais admissibles.

6.1.2 Demandes d'indemnité aux termes d'autres régimes

En règle générale, si vous êtes couvert à la fois en vertu du Régime de soins de santé de NAV CANADA et d'un autre régime d'assurance maladie collective, vous pouvez demander le remboursement des frais médicaux admissibles en vertu des deux régimes. Toutefois, les remboursements combinés en vertu des deux régimes ne peuvent dépasser le total des frais engagés. Voici les trois situations les plus courantes et les méthodes de demandes d'indemnité :

Exemple 1 : Vous êtes un employé de NAV CANADA couvert en vertu du Régime de soins de santé et d'un autre régime d'assurance maladie collective.

Dans ce cas, vous êtes probablement couvert en vertu d'un de ces régimes à titre d'employé actif à plein temps et en vertu de l'autre régime en tant qu'employé à temps partiel ou personne à la retraite. Vous devez d'abord soumettre une demande au régime qui vous couvre en tant qu'employé à plein temps. Si votre conjoint ou vos enfants sont également couverts en vertu de vos deux régimes de soins de santé, leurs demandes doivent d'abord être soumises au régime qui vous couvre en tant qu'employé à plein temps.

Exemple 2 : Vous êtes un employé de NAV CANADA couvert en vertu du Régime de soins de santé, tandis que votre conjoint a souscrit à un autre régime d'assurance maladie collective en vertu duquel vous-même (et vos enfants) êtes assurés en tant que personnes à charge.

Dans ce cas, vous devez d'abord soumettre une demande à l'égard de vos propres frais au Régime de soins de santé de NAV CANADA et votre conjoint doit d'abord présenter ses demandes à son propre régime. Lorsqu'une demande a été traitée par le premier régime, vous et votre conjoint pouvez ensuite présenter à l'autre régime une demande à l'égard des frais admissibles non remboursés. Si vos enfants sont couverts en vertu de vos régimes respectifs, les demandes à l'égard de leurs frais doivent d'abord être soumises au régime du parent dont l'anniversaire de naissance arrive en premier dans l'année.

Par exemple, si vous êtes né en janvier et si votre conjoint est né en juin, il vous revient de faire la première demande au régime à l'égard des frais de vos enfants.

Si votre conjoint et vous êtes tous deux couverts en vertu du Régime de soins de santé de NAV CANADA, il n'y a pas de coordination des prestations pour les frais médicaux.

Exemple 3 En cas de blessure accidentelle aux dents, les régimes de soins de santé couvrant les soins dentaires en cas d'accident rembourseront les frais admissibles avant les régimes de soins dentaires.

6.2 Présentation des demandes

Si vous avez engagé des frais qui sont admissibles pour remboursement, vous devez remplir le formulaire de demande réglementaire en donnant les renseignements appropriés. Indiquez vos nom et adresse au complet, le numéro de contrat (25298) et le numéro de participant et signez le formulaire de demande. Si vous n'avez pas inscrit votre numéro de participant (figurant sur votre carte des avantages sociaux) ou si vous avez inscrit un mauvais numéro, votre demande vous sera retournée pour être corrigée.

Après le traitement de votre demande, la Sun Life vous fera parvenir un formulaire de demande personnalisé avec votre remboursement. Ce formulaire pré-imprimé comportera des renseignements personnels à votre sujet, notamment vos nom et adresse. L'utilisation de ce formulaire pour votre prochaine demande simplifiera le traitement de votre demande et en accélérera le paiement. Veuillez prendre note que si vous n'avez pas de formulaire personnalisé, vous pouvez utiliser le formulaire standard de la Sun Life que vous vous procurerez auprès de votre spécialiste de la paie.

Si à la fois votre conjoint et vous êtes couverts en vertu du Régime de soins de santé de NAV CANADA, il n'y a aucun avantage à ce que votre conjoint et vous souscriviez individuellement au Régime de soins de santé. Cependant, si vous choisissez d'y souscrire tous les deux, vous devez présenter votre demande de remboursement de frais en utilisant votre propre numéro de participant indiqué sur votre carte des avantages sociaux. Vous ne pouvez soumettre de demande d'indemnité en vertu du Régime de soins de santé pour toute partie non remboursée des frais présentés sous le numéro de participant du régime de soins de santé de votre conjoint.

De même, un seul participant peut faire une demande à l'égard des enfants : soit vous, soit votre conjoint. Le solde non remboursé ne peut être présenté sous le numéro de l'autre participant en vertu du Régime de soins de santé. Vous pouvez être tenu de présenter à la Sun Life des documents à l'appui au moment de votre première demande à l'égard d'un enfant invalide de 21 ans ou plus.

Joignez au formulaire les factures ou les reçus d'origine en vous assurant qu'ils contiennent tous les détails sur les services qui vous ont été rendus ou sur les achats que vous avez effectués.

6.3 Délais prescrits

Les demandes d'indemnité pour les soins de santé doivent être adressées à la Sun Life dans les six (6) mois suivant la fin de l'année civile au cours de laquelle des frais ont été engagés. Les demandes d'indemnité soumises après cette date ne seront acceptées que si la Sun Life juge qu'il était raisonnablement impossible de les présenter dans le délai fixé. Sauf en cas d'invalidité légale, les frais ne sont pas remboursés si les demandes sont présentées plus de dix-huit (18) mois après l'année civile au cours de laquelle les frais médicaux ont été engagés.

6.4 Paiement des demandes d'indemnité

Une fois que votre demande est traitée, la Sun Life vous fait parvenir votre remboursement et le détail des prestations. Le remboursement sera effectué à votre nom ou, sur réception de directives signées par vous, à votre conjoint ou au fournisseur du service.

Si, à votre admission à l'hôpital, vous demandez une chambre particulière ou semi-particulière, vous devez montrer votre carte des avantages sociaux au préposé à l'admission de l'hôpital. La plupart des hôpitaux disposent de formulaires de demande standard que l'on vous demandera de signer. Par la suite, l'hôpital fera une demande en votre nom. Si l'hôpital n'utilise pas ce genre de formulaire, il vous faudra remplir une demande de remboursement et y joindre le relevé des frais d'hospitalisation.

6.5 Bureaux de demandes d'indemnité

Veillez faire parvenir vos demandes au Service des règlements de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance vie, au bureau de règlement des garanties collectives, tel qu'indiqué ci-après. Vous trouverez également une liste des numéros sans frais à composer pour obtenir des renseignements sur les demandes.

Maritimes et Québec
C.P. 6076, Succursale CV
Montréal (Québec)
H3C 4S3 1 800 361-2128

Ontario
C.P. 4023, Succursale A
Toronto (Ontario) M5W 2P7 1 800 361-6212

Ouest du Canada, T.N.-O. et Yukon
C.P. 2880, Succursale principale
Edmonton (Alberta) T5J 4S6 1 800 661-7334

Vous pouvez communiquer avec le Service Sun Life, le service téléphonique interactif de la Sun Life, afin de connaître l'état de votre demande. Vous avez accès à ce service de 7 heures à minuit, du lundi au vendredi, de 7 heures à 20 heures le samedi et de 17 heures à minuit le dimanche (heure normale de l'Est). Vous aurez immédiatement accès à ce service en communiquant avec votre bureau local des règlements et en choisissant l'option « Renseignements sur les demandes de règlements - soins de santé et soins dentaires ».

Le service InfoGaranties est également un moyen rapide et pratique d'obtenir des renseignements sur vos prestations. Si vous avez accès à Internet, allez au site www.sunnet.sunlife.com pour vous connecter à InfoGaranties sous la rubrique « Pour les participants aux régimes ». Vous n'avez qu'à utiliser le code d'accès et le NIP qui vous ont été fournis par la Sun Life.

Pour les urgences en voyage, les services sont fournis par Accès Mondial. Aux États-Unis et au Canada, faites le 1 800 854-7589. Ailleurs dans le monde, faites le (519) 742-6768 (à frais virés).

6.6 Processus d'appels

Lorsque vous n'êtes pas d'accord avec une décision rendue par la Sun Life et que vous désirez une révision de votre cas, communiquez avec le service des pensions, avantages sociaux et programmes de santé des employés.

Appendice A : Liste des plafonds des frais admissibles pour les soins de santé

Frais admissibles	Quel est le montant maximal admissible par personne?	Quel est le pourcentage remboursable?	La franchise s'applique-t-elle?	Quel est le montant maximal remboursé?
Assistance pour cesser de fumer	1 000 \$ la vie durant	80%	Oui	800 \$
Chaussures orthopédiques	150 \$ par année civile	80%	Oui	120 \$
Chiropodiste / podiatre, massothérapeute, naturopathe ou ostéopathe	300 \$ par année civile, par catégorie de praticiens	80%	Oui	240 \$
Chiropraticien	500 \$ par année civile	80%	Oui	400 \$
Coût de remplacement des fauteuils roulants	Admissible tous les 60 mois	80%	Oui	-
Garantie Frais hospitaliers	Niveau I : 60 \$ par jour Niveau II : 100 \$ par jour Niveau III : 150 \$ par jour	100%	Non	60 \$ 100 \$ 150 \$
Garantie de base Frais médicaux	Trois (3) fois le montant remboursable en vertu de la Loi de 1972 sur l'assurance santé de l'Ontario	100%	Non	-
Lunettes et lentilles cornéennes	200 \$ par période de deux (2) années civiles***	80%	Oui	160 \$
Orthophoniste*	500 \$ par année civile	80%	Oui	400 \$
Perruques	500 \$ la vie durant, pour les participants ayant perdu tous leurs cheveux à la suite d'une maladie	80%	Oui	400 \$
Pistolet à injection d'insuline	760 \$ par période de 36 mois	80%	Oui	608 \$
Programme Voyage Assistance	Frais indiqués engagés à l'extérieur de la province de résidence dans le cas d'une urgence (Frais admissibles engagés à l'extérieur de la province : 100 000 \$ par voyage)	100%	Non	-
Prothèses auditives	500 \$ par période de 60 mois	80%	Oui	400 \$
Psychologue*	1 000 \$ par année civile	80%	Oui	800 \$
Services infirmiers	15 000 \$ par année civile	80%	Oui	12 000 \$
Services rendus sur recommandations à l'extérieur de la province où vous résidez	25 000 \$ par maladie	80%	Oui	20 000 \$
Soutiens-gorge orthopédiques	100 \$ par année civile	80%	Oui	80 \$
Traitements d'électrolyse donnés par un électrolyste** ou un médecin	20 \$ par visite	80%	Oui	16 \$
Viagra	1 200 \$ par année civile	80%	Oui	960 \$

Par exemple : Vous soumettez pour la première fois une demande d'indemnité en vertu du Régime de soins de santé. Le montant de la demande s'élève à 250 \$ et vise des lunettes sur ordonnance. Comme le plafond des frais admissibles pour les lunettes et les lentilles cornéennes s'élève à 200 \$ pour une période donnée de deux (2) années civiles, seulement 200 \$ du montant de 250 \$ seraient admissibles au remboursement. En supposant que vous bénéficiez d'une protection « individuelle », 25 \$ seront déduits du montant admissible de 200 \$ afin de régler la franchise annuelle, pour un solde admissible au remboursement de 175 \$. Compte tenu du pourcentage de remboursement de 80 p. cent, le Régime de soins de santé vous versera un montant de 140 \$ (soit 80 p. cent de 175 \$).

* Nécessite l'ordonnance d'un médecin.

** Nécessite l'ordonnance d'un psychiatre ou d'un psychologue.

*** Voir l'explication sur l'administration de la période de deux (2) ans au paragraphe 2.2.1 (c).

Appendice B : Soins de santé : exclusions et restrictions

1. Exclusions

Aucune prestation ne sera versée pour les *frais* engagés à l'égard :

- des services payés aux termes d'une loi sur les accidents du travail, de tout autre texte statutaire semblable ou par un organisme gouvernemental;
- des services ou provisions, rendus 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;
- des opérations, des traitements ou des articles réservés, selon la 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 expressément couverts aux termes du Régime de soins de santé);
- des services d'un praticien qui, de l'avis de la Sun Life, ne relèvent pas du domaine de compétence de ce praticien et ne requièrent pas ses compétences et ses qualités;
- des services ou des articles habituellement offerts gratuitement;
- des services rendus concernant les examens médicaux exigés pour souscrire à une assurance, s'inscrire à une école, un camp, une association, obtenir un emploi, un passeport, ou pour tout autre but semblable;
- des 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 prévus dans la garantie complémentaire Frais médicaux; et

Aucune prestation ne sera versée pour les *frais* engagés à l'égard :

- 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 Sun Life;
- des médicaments qui, de l'avis de la Sun Life, sont expérimentaux;
- des articles ou produits qui font l'objet de publicité et qui, selon la Sun Life, constituent des remèdes traditionnels;
- des contraceptifs, autres que les contraceptifs oraux;
- des vitamines (autres que par injection), minéraux et suppléments de protéines autres que ceux mentionnés au paragraphe 2.2.1 b);
- des substances nutritives thérapeutiques autres que celles mentionnées au paragraphe 2.2.1 b);
- des produits nécessaires à une diète et suppléments pour diète, aliments pour bébés et succédanés de sucre et de sel;
- des pastilles, rince-bouche, shampoings non médicamenteux, produits pour l'entretien des lentilles cornéennes, nettoyeurs pour la peau, protecteurs pour la peau ou émoullissants;
- des fournitures chirurgicales et articles pour diagnostic;
- des médicaments utilisés à des fins cosmétiques;
- des médicaments utilisés à l'égard de troubles pour lesquels l'utilisation n'est pas recommandée par le fabricant;
- des articles pour usage principalement athlétique;
- des réparations ou le remplacement d'accessoires durables achetés;
- du traitement normal d'une blessure ou d'une maladie qui existait avant le départ de votre personne à charge ou votre propre départ de votre province de résidence; et
- prestations qui sont légalement interdites par le gouvernement d'être garanties.

Les prestations versées pour chaque achat d'articles remboursables sous la catégorie *Frais de médicaments sous ordonnance* se limitent au coût de ceux qu'il est raisonnable d'utiliser ou de consommer dans les trois mois de l'achat.

2. Restrictions

Aucune prestation ne sera versée :

- pour toute partie des frais qui est remboursable en vertu d'un régime d'assurance maladie ou d'assurance hospitalisation provincial ou d'un programme parrainé par le gouvernement d'une province;
- pour toute partie des frais qui relève de la responsabilité juridique d'un tiers;
- en vertu de la garantie de base Frais médicaux ou de la garantie complémentaire Frais médicaux (à l'exception de la garantie voyage), pour toute partie des frais relative à des services ou à des produits fournis par un hôpital à l'extérieur du Canada qui serait habituellement remboursable aux termes d'un régime d'assurance maladie ou d'assurance hospitalisation provincial, si ces services ou produits avaient été fournis par un hôpital au Canada. (Ces frais sont couverts par la garantie complémentaire Frais médicaux à l'extérieur de la province de résidence); et
- pour des frais de participation ou des frais semblables exigés à l'égard de soins hospitaliers en sus des frais payés par un régime d'assurance maladie ou d'assurance hospitalisation provincial ou territorial et qui n'ont pas trait à une chambre particulière ou semi-particulière.

Appendice C : Glossaire

Terme	Définition
<i>Chiropodiste / podiatre</i>	Personne qui détient le permis émis par les autorités provinciales appropriées ou, en l'absence de telles autorités, les membres de l'Association canadienne des professionnels du pied ou encore, en l'absence d'une telle association, personne qui de l'avis de la Sun Life, possède la formation nécessaire.
<i>Chiropraticien</i>	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 Sun Life, possède la formation nécessaire.
<i>Dentiste</i>	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 Sun Life, possède la formation nécessaire.
<i>Électrolyste</i>	Personne qui, de l'avis de la Sun Life, possède les qualifications professionnelles d'un électrolyste autorisé.
<i>Guide des tarifs</i>	Se rapporte aux honoraires pour services rendus par un dentiste, les tarifs étant établis par l'association dentaire de la province où les frais sont engagés.
<i>Hôpital</i>	Hôpital autorisé par la loi à fournir 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 autorisées et de médecins. 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, d'arthrite ainsi qu'aux convalescents ou aux malades chroniques. 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.
<i>Infirmière</i>	Infirmière ou infirmier autorisé, infirmière ou infirmier auxiliaire autorisé, ou infirmière ou infirmier auxiliaire diplômé inscrit au registre de sa province ou en l'absence d'un tel registre, infirmière ou infirmier qui, de l'avis de la Sun Life, possède la formation nécessaire.
<i>Maladie chronique</i>	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 (6) mois peut être considéré comme chronique.
<i>Massothérapeute autorisé</i>	Personne autorisée à pratiquer par une association provinciale attitrée ou en l'absence d'une association provinciale attitrée, personne qui, de l'avis de la Sun Life, possède la formation semblable à celle que requiert une association attitrée.

Terme	Définition
<i>Médecin</i>	Docteur en médecine (M.D.) légalement autorisé à pratiquer la médecine.
<i>Naturopathe</i>	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 Sun Life, possède la formation nécessaire.
<i>Ophthalmologiste</i>	Personne légalement autorisée à pratiquer l'ophtalmologie.
<i>Optométriste</i>	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 Sun Life, possède la formation nécessaire.
<i>Orthophoniste</i>	Titulaire d'une maîtrise en orthophonie et membre de l'Association canadienne d'orthophonie et d'audiologie ou d'une association provinciale affiliée ou remplissant les conditions d'adhésion à cette association, ou en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de la Sun Life, possède la formation nécessaire.
<i>Ostéopathe</i>	Titulaire d'un doctorat en ostéopathie conféré par un collège d'ostéopathie approuvé par la Société canadienne ostéopathique, ou en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de la Sun Life, possède la formation nécessaire.
<i>Pharmacien autorisé</i>	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.
<i>Physiothérapeute</i>	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 Sun Life, possède la formation nécessaire.
<i>Psychologue</i>	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 Sun Life, possède la formation nécessaire.

Partie IV – Régime de soins dentaires

Le Régime de soins dentaires offre des services et des fournitures précis qui ne sont pas remboursés par un régime provincial. De plus, le Régime de soins dentaires rembourse seulement les traitements dentaires raisonnables et habituels qui sont requis pour prévenir ou corriger une maladie dentaire ou un défaut dentaire pourvu que ce traitement soit conforme à la pratique dentaire généralement reconnue.

1. Admissibilité et date d'entrée en vigueur de la garantie

1.1 Employés admissibles

D'une façon générale, les employés à plein temps ou à temps partiel (c.-à-d. affectés à un poste dont le nombre d'heures fixé de travail correspond à plus du tiers des heures de travail normalement prévues dans leur catégorie d'emploi) sont obligatoirement couverts comme suit :

Nomination	Date d'admissibilité	Date de la garantie	Exemple
Durée indéterminée	À compter de la date de nomination	Trois mois après la date d'admissibilité	Nomination : 12/06/00 Admissibilité : 12/06/00 Garantie : 12/09/00
Durée de plus de 6 mois	À compter de la date de nomination	Trois mois après la date d'admissibilité	Nomination : 12/06/00 Admissibilité : 12/06/00 Garantie : 12/09/00
Durée de 6 mois ou moins et nomination pour une autre durée de moins de 6 mois	À compter de la journée suivant la fin d'une période d'emploi continue de 6 mois	Trois mois après la date d'admissibilité	Durée A : 12/06/00 au 08/09/00 Durée B : 09/09/00 au 28/02/01 Admissibilité : 12/12/00 Garantie : 12/03/01
Durée de 6 mois ou moins et nomination pour une autre durée de 6 mois ou plus	À compter de la date de la nouvelle nomination	Trois mois après la date d'admissibilité	Durée A : 12/06/00 au 08/09/00 Durée B : 09/09/00 au 30/04/01 Admissibilité : 09/09/00 Garantie : 09/12/00

La garantie en vertu du Régime de soins dentaires commence après un délai de carence de trois mois d'emploi continu.

Votre assurance ne peut entrer en vigueur lorsque vous n'êtes pas au travail. Si, par exemple, vous êtes en congé de maladie le jour où votre assurance devait normalement entrer en vigueur, celle-ci est différée jusqu'au moment où vous reprenez vos tâches normales.

1.2 Personnes à charge admissibles

Vos personnes à charge deviennent admissibles en même temps que vous ou dès qu'elles deviennent une personne à votre charge.

Les personnes à charge admissibles sont les suivantes :

- votre conjoint légitime de n'importe lequel 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 continue de vivre avec vous à ce même titre; et
- vos enfants célibataires ou ceux de votre conjoint, 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 tuteur et qui :
⇒ sont âgés de moins de 21 ans;

- ⇒ sont âgés de 21 ans ou plus et qui ne peuvent subvenir à leurs besoins en raison d'une incapacité mentale ou physique, pourvu que cette incapacité soit survenue avant l'âge de 21 ans. (Cette définition doit s'appliquer à votre enfant à la date de votre admissibilité au Régime de soins dentaires; autrement celui-ci doit avoir été couvert par le Régime de soins dentaires avant son 21^e anniversaire. Si l'enfant devient invalide après l'âge de 21 ans, il devait être couvert en tant qu'étudiant au moment où est survenue l'invalidité); et
- ⇒ s'ils sont plus âgés, sont des étudiants à plein temps inscrits dans un établissement d'enseignement ou dans une université jusqu'à l'âge de 25 ans (26 au Québec) maximum.

1.3 Carte des avantages sociaux

Lorsque votre garantie entrera en vigueur, vous recevrez une carte des avantages sociaux sur laquelle figurent votre nom et le numéro de participant qui vous a été attribué afin de vous identifier lorsque vous présentez des demandes d'indemnité à la Sun Life. Voilà pourquoi vous devez indiquer votre numéro de participant sur chaque demande que vous soumettez en votre nom ou au nom des personnes couvertes à votre charge ainsi que sur la correspondance que vous faites parvenir à la Sun Life.

Si vous perdez votre carte des avantages sociaux, communiquez sans tarder avec votre spécialiste de la paie pour en obtenir une nouvelle.

2. Garantie

2.1 Coassurance

Le Régime de soins dentaires prévoit le remboursement d'un pourcentage des frais couverts engagés à l'égard d'un service ou d'une fourniture admissible dont le montant dépasse la franchise annuelle. Par exemple, on remboursera les services suivants selon les pourcentages indiqués :

à 90 p. cent :	diagnostic, prévention, restaurations mineures, endodontie, paradontie, services mineurs relatifs aux prothèses, chirurgie et services complémentaires.
à 50 p. cent :	restaurations majeures, services majeurs d'installation de prothèses et d'orthodontie.

Vous devez payer la différence.

Une description détaillée des services admissibles figure à l'Appendice A.

Nota : Il y a des limites précises quant à la fréquence de remboursement de certains services. Veuillez vérifier ces limites à l'Appendice B.

2.2 Guides des tarifs

2.2.1 Résidents canadiens

Lorsque vous engagez des frais à l'égard d'un service ou d'une fourniture admissible, le Régime de soins dentaires couvre les frais jusqu'à concurrence des sommes indiquées dans le guide des tarifs en vigueur (tel qu'approuvé par le Conseil mixte de NAV CANADA) dans la province ou le territoire où les services ont été rendus. La partie des frais qui excède cette somme est à votre charge.

Si vous engagez des frais à l'extérieur du Canada en votre nom ou au nom d'une personne à charge couverte, les sommes admises seront celles qui auraient été reconnues dans la province où vous résidez. Le Régime de soins dentaires ne couvre pas les services qui auraient été pris en charge par un régime provincial de soins dentaires s'ils avaient été rendus dans la province où vous résidez.

2.2.2 Résidents à l'extérieur du Canada

Le Régime de soins dentaires couvre les sommes considérées « raisonnables et habituelles » par la Sun Life dans le pays où vous engagez les frais à l'égard d'un service ou d'une fourniture. Toute partie des frais qui dépasse le montant « habituel et raisonnable » n'est pas garantie en vertu du Régime de soins dentaires. On se servira des frais qui auraient été engagés en Ontario à l'égard des services dentaires concernés pour déterminer les plafonds annuels et à vie des frais à rembourser afin que les employés qui reçoivent des traitements à l'étranger soient considérés à peu de chose près comme s'ils avaient reçu ces traitements en Ontario.

2.3 Plafond de remboursement

2.3.1 Maximum remboursable pour les soins dentaires

Le maximum remboursable est de 1 250 \$ par an par personne couverte pour les frais dentaires, à l'exception des travaux d'orthodontie. Si vous, votre conjoint admissible ou vos enfants (ou les deux) devenez couverts en vertu du Régime de soins dentaires à compter du 1^{er} juillet d'une année donnée, le maximum remboursable sera de 625 \$ pour cette année. Ce maximum ne comprend pas les frais d'orthodontie.

Les travaux d'orthodontie font l'objet d'une limite à vie distincte de 2 500 \$ par personne assurée.

2.3.2 Franchise

Pour chaque année civile, il existe une franchise minimale sur les frais dentaires engagés. Seuls les frais admissibles engagés pendant l'année civile et dépassant la franchise sont admissibles à un remboursement en vertu du Régime de soins dentaires.

La franchise est fixée à 25 \$ par année par personne. Toutefois, lorsque des frais admissibles sont engagés au cours d'une année civile à l'égard de plus d'un membre de la même famille, le montant de la franchise est limité à 50 \$ par année civile.

Franchise reportée : si les premiers frais dentaires d'une année civile sont engagés au cours du dernier trimestre de l'année (d'octobre à décembre) et si la franchise applicable a été atteinte, l'employé ne sera pas assujéti à une nouvelle franchise l'année suivante.

2.3.3 Plan de traitement

Si le traitement suggéré par votre dentiste devait dépasser 300 \$, nous vous recommandons fortement de présenter à la Sun Life un plan de traitement avant le début des soins. La Sun Life étudiera votre dossier et vous indiquera les prestations qui vous seraient versées en vertu du Régime de soins dentaires pour les services proposés. Il est donc dans votre intérêt de connaître les montants qui seront versés avant le début des soins.

3. Primes

La prime est payée par l'employeur dans le cas de tous les employés actifs.

À compter du 1 ^{er} janvier 2001, la prime mensuelle payée par l'employeur se chiffre à 58,34 \$.
--

<i>N'oubliez pas que des changements périodiques sont apportés aux régimes d'assurance, notamment aux primes mensuelles. Ces modifications seront annoncées par l'intermédiaire du service des pensions, avantages sociaux et programmes de santé des employés.</i>
--

4. Prolongation de la garantie pendant un congé

Si vous prenez certains types de congés non payés autorisés, la garantie payée par NAV CANADA sera prolongée en votre nom pour la durée totale d'absence. Toutefois, vous pouvez vous prévaloir d'autres genres de congés non payés, et maintenir votre garantie moyennant des frais. Pour assurer une garantie intégrale dans un tel cas, il faudra acquitter d'avance le montant total de la prime. Pour de plus amples renseignements à ce sujet, veuillez communiquer avec votre spécialiste de la paie.

Votre garantie sera également maintenue pendant tout congé avec paie.

5. Fin de la garantie

5.1 Généralités

Dans certaines circonstances, la garantie pourra être maintenue pendant une période de temps limitée lorsque vous quittez NAV CANADA. Votre conseiller en pensions vous donnera de plus amples renseignements au moment de votre départ.

5.2 Exceptions

Si un traitement dentaire (par exemple un traitement radiculaire où la cavité pulpaire est ouverte avant la date de cessation de la couverture) a été commencé pendant que l'employé ou ses personnes à charge (ou les deux) étaient couverts en vertu du Régime de soins dentaires, la garantie pour ce traitement ne sera maintenue que si celui-ci se termine dans les 31 jours civils qui suivent la date de la cessation de la couverture.

En ce qui concerne les services d'orthodontie, le traitement commencé chez un enfant avant la date de cessation de la couverture ou avant la date à laquelle l'enfant atteint l'âge de vingt et un (21) ans (ou de vingt-cinq (25) ans (vingt-six (26) au Québec) dans le cas d'un étudiant), se poursuivra pendant le trimestre comprenant le mois au cours duquel tombe la date de cessation de la couverture ou le mois au cours duquel l'enfant atteint vingt et un (21) ans ou vingt-cinq (25) ans (vingt-six (26) au Québec).

6. Demandes d'indemnité

6.1 Coordination des prestations

En règle générale, si vous êtes couvert à la fois en vertu du Régime de soins dentaires de NAV CANADA et d'un autre régime d'assurance collective couvrant les soins dentaires, vous pouvez demander le remboursement des frais dentaires admissibles en vertu des deux régimes. Toutefois, les remboursements combinés en vertu des deux régimes ne peuvent dépasser le total des frais engagés. Voici les trois situations les plus courantes et les méthodes de demandes d'indemnité :

Exemple 1 Vous êtes un employé de NAV CANADA couvert en vertu du Régime de soins dentaires et d'un autre régime d'assurance collective couvrant les soins dentaires.

Dans ce cas, vous êtes probablement couvert en vertu d'un de ces régimes à titre d'employé actif à plein temps et en vertu de l'autre régime en tant qu'employé à temps partiel ou personne à la retraite. Vous devez d'abord soumettre une demande au régime qui vous couvre en tant qu'employé à plein temps. Si votre conjoint ou vos enfants sont également couverts en vertu de vos deux régimes de soins dentaires, leurs demandes doivent d'abord être soumises au régime qui vous couvre en tant qu'employé à plein temps.

Exemple 2 Vous êtes un employé de NAV CANADA couvert en vertu du Régime de soins dentaires, tandis que votre conjoint a souscrit à un autre régime d'assurance collective couvrant les soins dentaires en vertu duquel vous-même (et vos enfants) êtes assurés en tant que personnes à charge.

Dans ce cas, vous devez d'abord soumettre une demande à l'égard de vos propres frais au Régime de soins dentaires de NAV CANADA et votre conjoint doit d'abord présenter ses demandes à son propre régime. Lorsqu'une demande a été traitée par le premier régime, vous et votre conjoint pouvez ensuite présenter à l'autre régime une demande à l'égard des frais admissibles non remboursés. Si vos enfants sont couverts en vertu de vos régimes respectifs, les demandes à l'égard de leurs frais doivent d'abord être soumises au régime du parent dont l'anniversaire de naissance arrive en premier dans l'année.

Par exemple, si vous êtes né en janvier et si votre conjoint est né en juin, il vous revient de faire la première demande au régime à l'égard des frais de vos enfants.

Le présent exemple vise aussi le cas où votre conjoint et vous êtes tous deux couverts en vertu du Régime de soins dentaires de NAV CANADA, mais **uniquement pour les demandes de remboursement de soins dentaires.**

Exemple 3 En cas de blessure accidentelle aux dents, les régimes de soins de santé couvrant les soins dentaires en cas d'accident rembourseront les frais admissibles avant les régimes de soins dentaires.

6.2 Présentation des demandes

Si vous avez engagé des frais qui sont admissibles pour remboursement, vous devez remplir le formulaire de demande réglementaire en donnant les renseignements appropriés. Indiquez vos nom et adresse au complet, le numéro de contrat (25298) et le numéro de participant et signez le formulaire de demande. Si vous n'avez pas inscrit votre numéro de participant (figurant sur votre carte des avantages sociaux) ou si vous avez inscrit un mauvais numéro, votre demande vous sera retournée pour être corrigée. Le dentiste doit remplir sa partie de la demande.

Nota : Si votre dentiste utilise des demandes d'indemnité sous forme électronique, vous n'avez pas à remplir et à présenter de demande d'indemnité. Assurez-vous toutefois qu'il a votre adresse exacte et complète.

Après le traitement de votre demande, la Sun Life vous fera parvenir un formulaire de demande personnalisé avec votre remboursement. Ce formulaire pré-imprimé comportera des renseignements personnels à votre sujet, notamment vos nom et adresse. L'utilisation de ce formulaire pour votre prochaine demande simplifiera le traitement de votre demande et en accélérera le paiement. Veuillez prendre note que si vous n'avez pas de formulaire personnalisé, vous pouvez utiliser le formulaire standard de la Sun Life que vous vous procurerez auprès de votre spécialiste de la paie.

Si votre conjoint et vous êtes tous deux assurés en vertu du Régime de soins dentaires de NAV CANADA, les mêmes procédures que celles décrites à l'exemple 2 s'appliqueront.

Joignez au formulaire les factures ou les reçus d'origine en vous assurant qu'ils contiennent tous les détails sur les services qui vous ont été rendus ou sur les achats que vous avez effectués.

6.3 Délais prescrits

Les demandes d'indemnité doivent être adressées à la Sun Life dans les 15 mois suivant la date à laquelle des frais dentaires ont été engagés. Les demandes d'indemnité soumises après cette date ne seront acceptées que si la Sun Life juge qu'il était raisonnablement impossible de les présenter dans le délai fixé. Sauf en cas d'invalidité légale, les frais ne sont pas remboursés si les demandes sont présentées plus de 24 mois après que les frais dentaires ont été engagés.

Pour les traitements d'orthodontie, les demandes d'indemnité doivent être soumises dans les quinze (15) mois suivant la date de chaque rendez-vous mensuel et ce, tout au long du traitement. Ceci permet ainsi à la Sun Life de rembourser les frais sur une base mensuelle.

Les visites de rappel (c.-à-d. les rendez-vous chez le dentiste en vue d'un examen, d'un nettoyage et polissage, d'une application topique de fluorure et de radiographies interproximales) doivent être fixées aux neuf (9) mois. Elles ne seront pas couvertes sur une base plus fréquente.

6.4 Paiement des demandes d'indemnité

Une fois que votre demande est traitée, la Sun Life vous fait parvenir votre remboursement et le détail des prestations. Le remboursement sera effectué à votre nom ou, sur réception d'un formulaire signé par vous (formulaire d'autorisation pour le transfert de versements), à votre conjoint ou au fournisseur du service.

6.5 Bureaux de demandes d'indemnité

Veillez faire parvenir vos demandes au Service de règlement des soins dentaires de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance vie, au bureau de règlement des garanties collectives, tel qu'indiqué ci-après. Vous trouverez également une liste des numéros sans frais à composer pour obtenir des renseignements sur les demandes.

Maritimes et Québec
C.P. 6076, Succursale CV
Montréal (Québec)
H3C 4S3 1 800 361-2128

Ontario
C.P. 4023, Succursale A
Toronto (Ontario) M5W 2P7 1 800 361-6212

Ouest du Canada, T.N.-O. et Yukon
C.P. 2880, Succursale principale
Edmonton (Alberta) T5J 4S6 1 800 661-7334

Vous pouvez communiquer avec le Service Sun Life, le service téléphonique interactif de la Sun Life, afin de connaître l'état de votre demande. Vous avez accès à ce service de 7 heures à minuit, du lundi au vendredi, de 7 heures à 20 heures le samedi et de 17 heures à minuit le dimanche (heure normale de l'Est). Vous aurez immédiatement accès à ce service en communiquant avec votre bureau local des règlements et en choisissant l'option « Renseignements sur les demandes de règlements - soins de la santé et soins dentaires ».

Le service InfoGaranties est également un moyen rapide et pratique d'obtenir des renseignements sur vos prestations. Si vous avez accès à Internet, allez au site www.sunnet.sunlife.com pour vous connecter à InfoGaranties sous la rubrique « Pour les participants aux régimes ». Vous n'avez qu'à utiliser le code d'accès et le NIP qui vous ont été fournis par la Sun Life.

6.6 Processus d'appels

Lorsque vous n'êtes pas d'accord avec une décision rendue par la Sun Life et que vous désirez une révision de votre cas, communiquez avec le service des pensions, avantages sociaux et programmes de santé des employés.

Appendice A : Soins dentaires admissibles

Les services dentaires admissibles sont les services énumérés ci-après lorsqu'ils sont rendus par un dentiste ou un spécialiste dentaire, par un hygiéniste dentaire sous la supervision d'un dentiste ou d'un spécialiste dentaire, ou par un denturologue autorisé à fournir des services au public directement dans la province ou le territoire où le service a été rendu. La présente partie doit être lue de pair avec l'Appendice B où sont énumérées les exclusions et les restrictions imposées pour les services et les fournitures dentaires. Lorsqu'il ne peut être établi avec certitude que les services dentaires rendus sont admissibles, la Sun Life déterminera quels sont les services admissibles ci-dessous pouvant être considérés comme une alternative possible et s'en servira pour fixer le montant du remboursement.

Catégorie	Services couverts	
Diagnostic	<i>Examen et diagnostic (90 p. cent)</i>	<ul style="list-style-type: none"> examen complet examen de rappel (une fois tous les neuf mois) examen spécifique examen d'urgence plan de traitement
	<i>Radiographies (90 p. cent)</i>	<ul style="list-style-type: none"> pellicules périapicales (une série complète tous les trois ans) pellicules occlusales pellicules interproximales (une fois tous les neuf mois) films extra-oraux sialographie, utilisation de substances radiopaques pellicules panoramiques (une fois tous les trois ans) interprétation de radiographies de sources externes tomographie
	<i>Tests, examens de laboratoire (90 p. cent)</i>	<ul style="list-style-type: none"> biopsie (tissu de la bouche) tests de vitalité
Prévention	<i>Services courants (90 p. cent)</i>	<ul style="list-style-type: none"> nettoyage et polissage (une fois tous les neuf mois) application topique de fluorure (une fois tous les neuf mois) scellants de puits et de fissures (pour les enfants de moins de 15 ans seulement) contrôle de la carie énaméloplastie appareils de maintien (sans déplacement de dents) instructions, hygiène buccale
Restauration	<i>Mineure (90 p. cent)</i>	<ul style="list-style-type: none"> amalgame silicate acrylique ou composite tenons radiculaires pour ces restaurations
	<i>Majeure (50 p. cent)</i>	<ul style="list-style-type: none"> aurification incrustations en or tiges de rétention, tenons radiculaires coulés incrustations en porcelaine couronnes autres restaurations
Endodontie	(90 p. cent)	<ul style="list-style-type: none"> coiffage de pulpe pulpotomie traitement radiculaire traitements périapicaux autres actes endodontiques

Catégorie	Services couverts	
Parodontie	(90 p. cent)	<ul style="list-style-type: none"> • traitements non chirurgicaux • chirurgie • traitement post-opératoire • équilibration de l'occlusion (maximum de huit unités de temps par année) • détartrage et aplanissement de racines • autres services de parodontie
Services relatifs aux prothèses	<i>Services mineurs relatifs aux prothèses amovibles (90 p. cent)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • réparations • ajustements • rebassage et regarnissage (une fois tous les trois ans)
	<i>Services majeurs (50 p. cent)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • examens, pellicules et empreintes de diagnostic • ajout d'une dent à une prothèse amovible • prothèses complètes • prothèses partielles • pontiques (ponts fixes) • appareils de maintien • piliers (ponts fixes) • tiges de rétention dans les piliers • réparations d'appareils fixes • autres services relatifs aux prothèses
Chirurgie buccale	(90 p. cent)	<ul style="list-style-type: none"> • extraction sans complication • extraction chirurgicale et reposition de dents • alvéoloplastie, gingivoplastie, stomatoplastie, ostéoplastie, tubéroplastie • ablation de surplus de muqueuse • ablation chirurgicale • ablation d'un kyste • incision chirurgicale • extraction de dents incluses • réparation de tissus mous • frénectomie, dislocation • services chirurgicaux divers
Services orthodontiques	<i>Surveillance et ajustement (50 p. cent)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • examen • pellicules • empreintes de diagnostic • chirurgie • surveillance et ajustements • réparations, modifications
	<i>Appareils (50 p. cent)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • appareils amovibles • appareils fixes • appareils de maintien • appareils de contrôle des habitudes buccales
Services complémentaires	(90 p. cent)	<ul style="list-style-type: none"> • traitement d'urgence (non précisé ailleurs) • anesthésie pour chirurgie buccale et injections de médicament • consultation • visites à la maison, consultations en centre hospitalier et au cabinet

Appendice B : Soins dentaires : exclusions et restrictions

1. Généralités

Aucune prestation n'est payable pour les services et fournitures dentaires suivants :

- assurés, en tout ou en partie, en vertu d'un régime d'assurance maladie, d'assurance hospitalisation ou d'assurance soins dentaires d'une province ou d'un territoire ou de tout autre régime public auquel la personne est admissible;
- dont la responsabilité civile repose, en tout ou en partie, sur une tierce partie;
- auxquels la personne a droit sans frais en vertu d'une loi, notamment mais non exclusivement, une loi sur les accidents du travail ou toute autre loi similaire, ou qu'elle n'est pas tenue de payer sauf en ce qui concerne l'assurance à l'égard de tels frais;
- reçus dans un hôpital appartenant à l'État ou exploité par lui, à moins que la personne ne soit tenue de payer ces services ou fournitures, qu'elle soit couverte ou non;
- fournis à l'extérieur du Canada à des personnes résidant au Canada ou aux enfants d'un participant résidant au Canada, qui seraient autrement payables en vertu d'un régime d'assurance soins dentaires, d'assurance maladie ou d'assurance hospitalisation provincial, si les services avaient été rendus au Canada;
- comportant l'utilisation de métaux précieux et non précieux, si ce traitement avait pu coûter moins cher en ayant recours à un substitut conforme à la pratique dentaire généralement reconnue, sauf la partie des frais qui auraient été engagés à l'égard d'un substitut raisonnable;
- pour lesquels il y a un ticket modérateur, des frais de participation ou 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 Sun Life, sont sans aucun doute de nature expérimentale;
- qui, de l'avis de la Sun Life, sont rendus surtout à des fins esthétiques, notamment mais non exclusivement, la facette prothétique 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, quelle qu'en soit la raison;
- fournitures achetées avant que la personne ne soit couverte en vertu du présent régime;
- relatifs à un appareil ou à la modification d'un appareil lorsqu'une 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 en vertu du présent régime; relatifs aux couronnes, aux ponts et à l'aurification à l'égard de dents préparées à de telles fins avant que la personne ne soit assurée en vertu du présent régime; frais de traitement radiculaire lorsque la chambre pulpaire a été ouverte avant que la personne ne soit couverte en vertu du présent régime;
- rendus pour corriger une malformation congénitale ou de croissance qui n'est pas une malocclusion de classe I, II et III;
- relatifs à un appareil parodontal, une équilibration occlusale et autres services connexes résultant d'une dysfonction de l'articulation temporomandibulaire, ou d'une correction de dimension verticale;
- ayant trait aux implants dentaires; et
- 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 présent régime.

2. Restrictions spécifiques aux services majeurs relatifs aux prothèses

Les services relatifs à l'installation de prothèses (par exemple, un pont fixe, un pontique ou un pilier, provisoire ou permanent, une prothèse partielle ou complète) ne sont admissibles que s'ils sont rendus :

- pour une première prothèse;
- pour le remplacement d'une prothèse, y compris l'ajout de dents, si :
 - ⇒ le remplacement ou l'ajout de dents est nécessaire parce qu'au moins une dent naturelle a été extraite après la mise en bouche de la prothèse, laquelle n'aurait pu être réparée

- convenablement; dans le cas où la prothèse aurait pu être réparée convenablement, seule la portion des frais relative à la partie de l'appareil qui remplace des dents extraites est couverte;
- ⇒ la prothèse a au moins cinq (5) ans et ne peut être réparée convenablement;
 - ⇒ la prothèse avait été posée provisoirement, à condition que la nouvelle prothèse soit posée dans les douze (12) mois de la mise en bouche de la prothèse temporaire et que celle-ci soit dorénavant considérée comme une prothèse permanente aux fins de la présente disposition;
 - ⇒ la nouvelle prothèse doit être remplacée parce qu'une prothèse antagoniste a été posée après la date d'adhésion de la personne au Régime de soins dentaires; ou
 - ⇒ la nouvelle prothèse est nécessaire en raison d'une blessure accidentelle à une dent naturelle survenue après la date d'adhésion de la personne au Régime de soins dentaires.
- pour le remplacement d'une couronne si la restauration a au moins cinq (5) ans et ne peut être réparée convenablement.

Partie V : Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident – voyage d'affaires

1. Admissibilité et date d'entrée en vigueur de la garantie

1.1 Employés admissibles

D'une façon générale, les employés à plein temps ou à temps partiel (c.-à-d. affectés à un poste dont le nombre d'heures fixé de travail correspond à plus du tiers des heures de travail normalement prévues dans leur catégorie d'emploi) qui ont moins de 75 ans et qui résident au Canada sont automatiquement couverts lorsqu'ils voyagent par affaires.

1.2 Personnes à charge admissibles

En vertu du Régime d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident – voyage d'affaires :

- on entend par conjoint une personne de moins de 75 ans qui est soit le conjoint légitime de l'employé, soit une personne qui habite avec l'employé et qui est représentée publiquement comme son partenaire depuis un an ou plus dans la collectivité dans laquelle ils résident tous les deux et qui continue à être représentée comme tel; et
- on entend par enfant à charge tout enfant célibataire, naturel, beau-fils, belle-fille ou enfant légalement adopté de l'employé ou enfant du conjoint dont l'employé a le soin et la garde et qui vit avec l'employé une relation parent-enfant, et qui :
 - ⇒ a moins de 21 ans et est à la charge de l'employé ;
 - ⇒ a moins de 25 ans et est à la charge de l'employé tout en étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement supérieur accrédité ou en étant en congé d'étude; ou
 - ⇒ est à la charge de l'employé en raison d'un handicap mental ou physique.

2. Garantie

2.1 Généralités

L'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident – voyage d'affaires est payable, en plus de toute autre indemnité, dans le cas de paralysie, de perte de la vie, perte d'un membre, de la vue, de la parole ou de l'ouïe qui découle de blessures corporelles accidentelles et qui survient dans les 365 jours de la date de l'accident.

La garantie s'applique pendant le voyage et le séjour que vous faites pour le compte de NAV CANADA, pourvu que vous voyagiez vers une destination éloignée des locaux de NAV CANADA et que la période de l'affectation soit d'au plus 60 jours. La garantie commence au début d'un voyage prévu que ce soit à partir de votre lieu de travail, de votre domicile ou d'ailleurs. Elle prend fin à votre retour au domicile ou sur les lieux de travail. Le transport quotidien n'est pas couvert en vertu du Régime d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident – voyage d'affaires.

La garantie vous couvrira également dans les circonstances suivantes :

- en tant que passager, pilote ou membre d'équipage, d'un aéronef en vol, à l'embarquement ou à l'atterrissage, pourvu que cet aéronef soit conduit par un pilote dûment certifié, y compris au cours de vols non réguliers effectués à des fins de vérification et d'étalonnage;
- après un saut en parachute d'un aéronef afin de sauver sa vie; ou
- après avoir été frappé par l'aéronef.

Votre conjoint et vos enfants à charge seront couverts contre tout accident survenant durant un déplacement en vue d'une réinstallation et de la recherche d'une maison.

Dans certains cas, un invité (c.-à-d. toute personne qui reçoit une invitation expresse ou implicite de NAV CANADA ou de toute autre personne autorisée à le faire, et dont les dépenses et les préparatifs de voyage sont payés par NAV CANADA) peut également être couvert.

2.2 Montant des prestations

Le montant des prestations est équivalent à :

CATÉGORIE	PROTECTION
I – Employés syndiqués	jusqu'à 3 fois le revenu annuel (à concurrence de 350 000 \$)
II – Employés du groupe de la gestion	jusqu'à 4 fois le revenu annuel (à concurrence de 500 000 \$)
III – Conjoint et enfants à charge des employés des catégories I et II (seulement au moment d'un déplacement en vue d'une réinstallation et de la recherche d'une maison)	jusqu'à 100 000 \$ pour votre conjoint jusqu'à 10 000 \$ pour chaque enfant
IV – Invités de NAV CANADA	jusqu'à 50 000 \$

La garantie prend fin à la cessation d'emploi ou au moment de la retraite ou à l'âge de 75 ans, selon la première éventualité.

En cas de décès, le montant des prestations sera versé au bénéficiaire que vous avez désigné dans le cadre du Régime d'assurance vie de base, ou si vous n'avez pas nommé de bénéficiaire, il sera versé à votre succession.

2.3 Tableau des pertes

Si la perte de vie, d'un membre, de la parole, de l'ouïe, de la vue, la perte d'indemnité, la perte de l'usage d'un membre et la paralysie telle qu'il est énuméré ci-dessous survient dans l'année qui suit l'accident, CIGNA Vie paiera l'indemnité indiquée ci-dessous, calculée en fonction du montant assuré qui est égal à la garantie figurant au paragraphe 2.2 ci-dessus, pourvu toutefois que pas plus d'un de ces montants (le plus élevé) ne soit versé en compensation de blessures provenant d'un accident et indépendamment de toutes les autres causes de blessures corporelles.

Domage	Indemnité
Quadriplégie	deux fois le montant assuré
Paraplégie	deux fois le montant assuré
Hémiplégie	deux fois le montant assuré
Perte de la vie	le montant assuré
Perte des deux mains ou des deux pieds	le montant assuré
Perte de la vue complète des deux yeux	le montant assuré
Perte d'une main et d'un pied	le montant assuré
Perte d'une main et de la vue complète d'un œil	le montant assuré
Perte d'un pied et de la vue complète d'un œil	le montant assuré
Perte de la parole et de l'ouïe	le montant assuré
Perte de l'usage des deux bras ou des deux mains	le montant assuré
Perte d'un bras ou d'une jambe	les trois quarts du montant assuré
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	les trois quarts du montant assuré
Perte d'une main ou d'un pied	les deux tiers du montant assuré
Perte de la vue complète d'un œil	les deux tiers du montant assuré
Perte de l'usage d'une main	les deux tiers du montant assuré
Perte de la parole ou de l'ouïe	les deux tiers du montant assuré
Perte du pouce et de l'index de la même main	le tiers du montant assuré
Perte de quatre doigts de la même main	le tiers du montant assuré
Perte de l'ouïe d'une oreille	le quart du montant assuré
Perte de tous les orteils d'un même pied	le huitième du montant assuré

Par « perte », on entend :

- pour ce qui est de la main ou du pied, l'amputation au niveau de l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus;
- pour ce qui est du bras ou de la jambe, l'amputation au niveau de l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus;
- pour ce qui est de l'œil, la perte totale et irrémédiable de la vue;
- pour ce qui est de la parole, la perte totale et irrémédiable de la parole qui ne permet de communications audibles d'aucune façon;
- pour ce qui est de l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe qui ne peut être corrigée par une prothèse auditive;
- pour ce qui est du pouce et de l'index, l'amputation au niveau de la première phalange ou au-dessus;
- pour ce qui est des doigts, l'amputation au niveau de la première phalange des quatre doigts de la même main ou au-dessus; ou
- pour ce qui est des orteils, l'amputation au niveau des deux phalanges de tous les orteils du même pied.

Lorsqu'on fait référence à la quadriplégie (paralysie des membres supérieurs et inférieurs), de la paraplégie (paralysie des membres inférieurs) et de l'hémiplégie (paralysie des membres supérieurs et inférieurs d'un côté du corps), on entend par « perte » la paralysie complète et irrémédiable de ces membres.

Par « perte de l'usage », on entend la perte complète et irrécupérable du fonctionnement d'un bras, d'une main ou d'une jambe, pourvu qu'une telle perte de fonctionnement se poursuive de façon continue sur une période de 12 mois consécutifs et qu'elle soit ensuite prouvée permanente à la satisfaction de CIGNA Vie.

2.4 Remboursement de frais médicaux d'urgence (employés seulement)

Si, en raison de blessures ou d'une maladie, vous (l'employé) avez besoin d'être traité d'urgence par un médecin ou chirurgien reconnu par la loi, d'être hospitalisé dans un établissement reconnu, d'embaucher une infirmière diplômée, de subir des radiographies ou d'utiliser une ambulance, CIGNA Vie, sous réserve du plafond de 500 000 \$ par personne à vie, paiera le coût réel des frais admissibles suivants engagés à l'extérieur du Canada pour des voyages de 60 jours ou moins, dans la mesure où de tels frais sont associés à une urgence et qu'ils ne sont pas déjà couverts en vertu d'autres régimes de soins de santé.

On entend par « urgence médicale » une maladie imprévue ou une blessure corporelle accidentelle qui survient pendant que l'assurance est en vigueur et qui nécessite un traitement d'urgence immédiat par un médecin.

2.4.1 Frais admissibles

Les frais d'urgence admissibles visent les services suivants :

- 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;
- services de soins à la résidence privée d'un patient, 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 ou qui ne réside pas habituellement chez vous, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par personne;
- transport par service d'ambulance local autorisé en cas d'urgence médicale;
- laboratoire de diagnostic et radiographies;
- recours à l'anesthésie, à l'alimentation en oxygène et à des transfusions sanguines;
- frais d'hôpital habituels et raisonnables pour le logement et la pension dans une chambre semi-particulière et pour d'autres services et fournitures, dont les médicaments administrés pendant l'hospitalisation pour des soins d'urgence jusqu'à concurrence de 30 jours; et
- frais engagés par un médecin pour des services professionnels de traitement médical d'urgence ou d'intervention chirurgicale.

2.4.2 Exclusions

Aucune prestation ne sera versée dans les cas suivants :

- frais payés ou prévus en vertu de tout autre régime de soins de santé assuré par l'employeur;
- services offerts habituellement sans frais par un organisme ou un ministère d'État;
- traitement médical autre que d'urgence, bilans de santé, examens de la vue et de l'ouïe, lunettes et prothèses auditives, ou soins qui peuvent raisonnablement être reportés jusqu'au retour au Canada;
- soins dentaires;
- frais d'hôpital pour services autres que médicaux, tels que radio ou téléphone;
- services ne figurant pas dans la liste des frais admissibles;
- services rendus avant l'entrée en vigueur de la garantie ou après la cessation d'emploi ou la fin de l'assurance;
- chirurgie ou soins esthétiques, sauf s'ils sont nécessaires pour réparer des dommages causés par une blessure accidentelle survenue pendant que la garantie était en vigueur;
- services ou fournitures et appareils dentaires, à l'exception de ceux mentionnés précédemment;
- services ou articles offerts grâce à un régime établi en vertu des lois ou règlements de tout gouvernement, y compris l'assurance automobile sans égard à la responsabilité prescrite par la loi;
- tout service pour lesquels les gouvernements interdisent le paiement de prestations;
- services, médicaments ou articles jugés expérimentaux;
- frais de livraison et de transport;
- services et articles requis à des fins récréatives ou sportives, mais qui ne sont pas médicalement nécessaires pour les activités courantes;
- services reçus pour l'hospitalisation dont le but principal est d'offrir des soins de longue durée ou des soins en milieu surveillé;
- services reçus dans un hôpital gouvernemental, à moins que vous ne soyez tenu de payer pour ces services;
- services auxquels vous avez droit sans frais, ou qui seraient sans frais s'ils n'étaient pas couverts par une assurance;
- services reçus d'un service dentaire ou médical tenu par l'employeur, une société de secours mutuels, un syndicat, une fiducie ou un groupe similaire;
- frais relatifs à des services fournis par un membre de votre famille ou par une personne qui vit habituellement avec vous;
- dépendance chronique à l'alcool ou à la drogue;
- troubles mentaux ou nerveux ou soins psychiatriques, à moins qu'ils ne nécessitent une hospitalisation, dans quel cas ils ne doivent pas dépasser trois mois;
- SIDA ou maladie ou troubles liés au SIDA; ou
- tout état pour lequel vous aviez consulté un médecin dans les 90 jours précédant immédiatement le début de l'assurance, jusqu'à l'expiration de 12 mois à partir de la date où vous êtes devenu admissible à l'assurance.

2.5 Frais d'évacuation d'urgence

Si une blessure ou une maladie qui a commencé pendant le voyage nécessite votre évacuation d'urgence, CIGNA Vie en paiera les frais couverts jusqu'à 10 p. cent du plafond du remboursement de frais médicaux d'urgence. Une évacuation d'urgence doit être prescrite par un médecin agréé qui certifie que la gravité de votre blessure ou maladie justifie votre évacuation d'urgence.

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

- a) votre état de santé justifie le transport immédiat de l'endroit où vous avez été blessé ou êtes tombé malade jusqu'à l'hôpital le plus proche où on peut vous prodiguer des soins médicaux; ou
- b) après avoir été soigné dans un hôpital local, votre état de santé justifie votre transport vers votre lieu de résidence (pourvu que ce lieu se situe aux États-Unis ou au Canada) pour obtenir d'autres soins médicaux ou pour guérir; ou
- c) les points a) et b) ci-dessus.

Les frais admissibles sont ceux, jusqu'à concurrence du plafond admissible, liés au transport, aux services médicaux et aux fournitures médicales qui ont dû être engagés relativement à votre évacuation d'urgence.

Votre transport au moment de votre évacuation doit se faire par la route la plus directe et la plus économique. Les dépenses relatives au transport spécial doivent être :

- recommandées par le médecin traitant; ou
- requises par le règlement standard du moyen de transport utilisé.

Les dépenses relatives aux services et aux articles médicaux doivent être recommandées par le médecin traitant.

Par transport, on entend tout moyen de transport par terre, eau ou air nécessaire à votre évacuation d'urgence.

Le transport spécial comprend notamment, mais non exclusivement, les ambulances aériennes et terrestres et les voitures privées.

Par maladie, on entend une maladie qui entraîne une perte décrite dans les présentes dont les symptômes se sont manifestés pendant que la police était en vigueur.

2.6 Frais de rapatriement

Lorsque des blessures couvertes en vertu de cette police entraînent le décès d'une personne assurée à plus de 150 km de sa ville de résidence ou à l'extérieur du Canada et dans un délai de 365 jours suivant la date de l'accident, CIGNA Vie paiera les frais encourus pour la préparation de la personne décédée en vue de l'enterrement et pour le transport du corps vers la ville de résidence de la personne décédée, jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

2.7 Frais de transport de la famille

Lorsque des blessures couvertes en vertu de la présente police entraînent l'hospitalisation d'une personne assurée à plus de 150 km de la ville de résidence ou à l'extérieur du Canada et nécessitent la présence d'un membre de la famille immédiate de la personne assurée comme l'a recommandé par écrit le médecin traitant, CIGNA Vie paiera les dépenses engagées par le membre de la famille pour son transport par la route la plus directe et par un transporteur public autorisé vers la personne hospitalisée, jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

Par « membre de la famille immédiate », on entend le conjoint légitime ou de fait de la personne assurée, ses parents, grands-parents, enfants de plus de 18 ans, frère ou sœur.

2.8 Modification à la résidence principale et au véhicule automobile

Dans le cas où une personne assurée subit une blessure qui entraîne le paiement d'une indemnité en vertu du tableau des pertes, à l'exception de celle pour perte de vie, et que cette blessure oblige par la suite la personne assurée à utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, CIGNA Vie paiera les frais raisonnables et nécessaires qui auront été engagés dans les 365 jours de la date de l'accident à l'égard de ce qui suit :

- les coûts non récurrents de modifications apportées à la résidence principale de la personne assurée pour qu'elle soit accessible aux fauteuils roulants et habitable; et
- les coûts non récurrents de modifications apportées au véhicule automobile utilisé par la personne assurée afin que cette personne puisse y avoir accès et le conduire.

Les prestations mentionnées dans les présentes ne seront pas payées, à moins que :

- les modifications de la résidence ne soient effectuées par une ou des personnes qualifiées pour de telles transformations et recommandées par un organisme reconnu qui assure un soutien et une assistance aux utilisateurs de fauteuils roulants; et
- les modifications du véhicule automobile ne soient effectuées par une ou des personnes qualifiées pour de telles modifications et qu'elles soient approuvées par les responsables de l'immatriculation des véhicules automobiles à l'échelle provinciale.

Le maximum combiné payable ne doit pas dépasser 10 000 \$.

2.9 Ceinture de sécurité

Dans le cas où une personne assurée subit une blessure qui entraîne le paiement d'une indemnité en vertu du tableau des pertes, le montant assuré sera accru de 10 p. cent si, au moment de l'accident, la personne assurée se trouvait dans un véhicule comme conducteur ou passager et portait sa ceinture de sécurité bien attachée.

Une preuve en bonne et due forme de l'utilisation de la ceinture doit faire partie de la preuve écrite de la perte.

Par « véhicule », on entend une voiture de tourisme, une voiture familiale, une fourgonnette ou un véhicule tout-terrain.

Par « ceinture de sécurité », on entend les ceintures qui forment un système de retenue.

2.10 Garantie spéciale se rapportant aux études

Si vous (l'employé) perdez la vie dans un accident couvert qui survient pendant que la police est en vigueur, CIGNA Vie paiera, en plus de toutes les autres prestations payables, une « prestation spéciale se rapportant aux études » 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 supérieur, à un programme d'études au-delà de la 12^e ou 13^e année, ou qui était dans la 12^e ou 13^e année et qui, dans les 365 jours suivant la date de l'accident, s'inscrit en tant qu'étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur.

La « prestation spéciale se rapportant aux études » est payable annuellement jusqu'à concurrence de quatre versements annuels consécutifs, mais seulement si l'enfant à charge poursuit ses études comme étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement supérieur. Si, au moment de l'accident, aucun des enfants à charge n'était admissible, CIGNA Vie paiera un montant additionnel de 2 500 \$ au bénéficiaire désigné.

3. Exclusions

Le présent régime ne couvre pas les pertes attribuables aux activités suivantes :

- blessures intentionnelles que la personne s'est infligées à elle-même, suicide ou tentative de suicide, que la personne ait été saine d'esprit ou non;
- service actif à plein temps dans les forces armées;
- blessure subie alors que la personne assurée effectue un travail habituel, manuel ou mécanique qu'on peut considérer comme faisant partie de ses tâches habituelles chez NAV CANADA;
- tout accident qui survient pendant que vous (l'employé) devez vivre dans une autre région, loin du lieu de travail dans la ville où vous êtes affecté en permanence, pour des raisons de formation ou pour une affectation de plus de 60 jours;
- vol acrobatique tel qu'il est défini par le ministère des Transports;
- activités nécessitant un permis ou une dispense spécial du ministère des Transports même s'il a été accordé, autre qu'un permis ou une dispense émis en raison du territoire à survoler ou sur lequel atterrir; ou
- 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.

4. Exposition et disparition

Une perte attribuable à une exposition inévitable aux éléments et aux risques décrits ci-dessus sera couverte jusqu'à concurrence des indemnités qui vous sont accordées.

Si on n'a pas trouvé votre corps un an après la disparition, l'échouement, le naufrage ou la destruction du moyen de transport dans lequel vous vous trouviez au moment de l'accident, il sera présumé, sous réserve de toutes les autres conditions de la police, que vous avez perdu la vie par suite de blessures corporelles subies au moment de l'accident et qui sont couvertes par la garantie.

5. Fin de la garantie

La garantie prend fin à la cessation d'emploi, au moment de la retraite ou à l'âge de 75 ans, selon la première éventualité.

6. Demandes d'indemnité

Dans le cas d'une demande d'indemnité, on doit aviser CIGNA Vie dans les 30 jours de la date de l'accident et lui fournir une preuve de sinistre dans les 90 jours suivant la date de l'accident.

On peut se procurer un formulaire de demande du service des pensions, avantages sociaux et programmes de santé des employés.

Notes :