



Manuel des avantages sociaux Canada

Janvier 2020

Le présent manuel fournit une brève description de la protection offerte. Tous les détails de cette protection se retrouvent dans les polices respectives, y compris les restrictions, les exclusions et les modalités relatives à l'annulation.

Bien que tous les efforts aient été faits pour fournir les renseignements nécessaires de façon claire et précise, un manuel ne peut tout couvrir. Si une situation n'y apparaît pas ou s'il se produit un malentendu concernant ce document, les conditions générales des documents officiels et des contrats d'assurance établissent vos droits. Les avantages sociaux définis dans le présent manuel sont en vigueur uniquement si vous êtes admissible aux régimes ou que vous le devenez et que vous le demeurez conformément aux modalités des régimes. AECOM se réserve le droit de réviser, modifier, résilier ou abandonner, en tout temps, en totalité ou en partie, les régimes définis dans le présent manuel.

AECOM

Manuel des avantages sociaux

APERÇU	3
<i>Admissibilité</i>	3
<i>Vos choix</i>	4
<i>Modification de vos choix</i>	5
RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ (MÉDICAUX ET DENTAIRES)	6
RESUME DU REGIME DE SOINS DE SANTE	10
DETAILS DE L'ASSURANCE-SOINS MEDICAUX	12
<i>Ce qui n'est pas couvert</i>	16
COUVERTURE EN CAS D'URGENCE A L'EXTERIEUR DE LA PROVINCE OU DU PAYS	18
DETAILS DES SOINS DENTAIRES (MODULE B ET C)	21
<i>Ce qui n'est pas couvert</i>	21
ALLOCATIONS DE DÉPENSES	23
ASSURANCE VIE	25
ASSURANCE VIE DE BASE	25
ASSURANCE VIE FACULTATIVE	25
DETAILS DE L'ASSURANCE VIE	26
<i>Ce qui n'est pas couvert</i>	27
ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT (D ET MA)	28
ASSURANCE D ET MA DE BASE	28
ASSURANCE D ET MA FACULTATIVE	28
DETAILS DE L'ASSURANCE D ET MA FACULTATIVE	29
<i>Ce qui n'est pas couvert</i>	34
RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE (ICD)	36
DETAILS DU REGIME ICD	36
RECOURS	38
<i>Ce qui n'est pas couvert</i>	39
ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD)	40
DÉTAILS DE L'ASSURANCE ILD	41
<i>Ce qui n'est pas couvert</i>	43
ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES	44
DETAILS DE L'ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES	44

Aperçu

Le programme d'avantages sociaux d'AECOM fournit une assurance-soins médicaux et dentaires ainsi qu'une protection financière et il constitue un élément important de votre régime global de rémunération.

L'effectif d'AECOM est constitué d'une main-d'œuvre diversifiée, aux situations familiales et financières différentes. Notre programme offre aux employés suffisamment de flexibilité pour qu'ils puissent choisir leur couverture d'assurance en fonction de leurs besoins, de leurs préférences et de leur budget.

AECOM vous fournit les outils et les ressources dont vous avez besoin pour vous aider à prendre des décisions éclairées et utiliser le régime judicieusement durant l'année. Assurez-vous de profiter de tous les renseignements mis à votre disposition.

Pour tous les détails concernant le régime d'épargne-retraite, veuillez consulter le site masunlife.ca/aecom. Visitez le site de Merrill Lynch à benefits.ml.com pour vous renseigner sur le régime d'actionnariat des employés. Pour ce qui est des détails entourant les politiques relatives aux vacances et aux congés fériés, payés et autorisés, consultez le [Guide de l'employé](#) sur l'intranet. Pour des renseignements supplémentaires relatifs aux avantages sociaux, rendez-vous sur la page [Avantages](#) de votre groupe sur l'intranet.

Admissibilité¹

Employés

Vous êtes admissible aux avantages sociaux offerts par AECOM si :

- vous êtes un employé permanent à temps plein ou employé permanent à temps partiel qui travaille 20 heures par semaine ou plus;
- vous êtes résident canadien (le programme ne s'applique pas aux expatriés et aux ressortissants des pays tiers)²;
- vous êtes inscrit à un régime d'assurance maladie provincial.

À partir de votre date d'embauche, vous êtes immédiatement admissible à la plupart des avantages du programme d'avantages sociaux d'AECOM, lequel comprend l'assurance-soins médicaux et dentaires, les assurances invalidité de courte et de longue durée, l'assurance vie et l'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident (D et MA), l'assurance contre les maladies graves, l'assurance voyage d'affaires, le compte gestion-santé (CGS) ou l'allocation de dépenses personnelle (CDP), et le programme d'aide aux employés (PAE).

Personnes à charge admissibles

Vos personnes à charge, dont la définition apparaît ci-dessous, sont admissibles au régime de soins de santé d'AECOM à condition qu'elles soient inscrites à un régime d'assurance maladie provincial. Les personnes à charge admissibles sont :

- votre conjoint légal ou votre conjoint de fait de sexe opposé ou de même sexe avec qui vous cohabitez depuis au moins un an;
- vos enfants à charge célibataires, jusqu'au dernier jour du mois où ils atteignent l'âge de 21 ans;

¹ Ce manuel de l'assurance collective ne s'applique pas aux employés du groupe AFS.

² Si un employé canadien est affecté à l'étranger et que ses personnes à charge admissibles restent au Canada, il peut conserver la couverture du régime de la Sun Life, à condition qu'il conserve également la couverture provinciale ou la couverture de remplacement.

- vos enfants à charge qui fréquentent un collège ou une université à temps plein, jusqu'au dernier jour du mois où ils atteignent l'âge de 25 ans (26 ans pour les résidents du Québec pour ce qui est de l'assurance-soins médicaux)³;
- vos enfants ayant une déficience physique ou mentale (peu importe l'âge) qui sont entièrement à votre charge. Lorsqu'ils atteignent l'âge de 21 ans, vous devez remplir un formulaire de couverture pour les enfants invalides.

Vous devez confirmer chaque année la fréquentation d'un collège ou d'une université à temps plein de vos enfants à charge âgés de plus de 21 ans.

Vos choix

Au moment de votre première année d'adhésion et des années subséquentes, vous bénéficiez des choix suivants :

- couverture de soins de santé : choix entre trois options (modules A, B ou C);
- invalidité de courte durée (ICD) : choix entre deux options (option 1, de base, ou option 2, bonifiée);
- invalidité de longue durée (ILD) : choix entre deux options (option 1, de base, ou option 2, rajustée au coût de la vie);
- assurance vie : assurance vie facultative pour vous-même, votre conjoint ou vos enfants;
- assurance en cas de décès ou de mutilation par accident (D et MA) : assurance D et MA facultative pour vous, votre conjoint ou vos enfants;
- assurance contre les maladies graves pour vous et votre conjoint;
- compte gestion-santé (CGS) ou compte de dépenses personnel (CDP) :
 - l'allocation versée à votre compte de dépenses dépend de la couverture choisie. Le montant annuel est de 150 \$ si vous optez pour la couverture « employé seulement », et de 175 \$ si vous choisissez la couverture « employé + 1 personne à charge » ou « employé + 2 personnes à charge ou plus ». Vous pouvez verser votre allocation dans votre CGS, votre CDP, ou une combinaison des deux.

Lorsque vous adhérez au régime, vous devrez également remplir un *formulaire d'autorisation de bénéficiaire* afin qu'AECOM puisse savoir comment vous souhaitez répartir le montant en cas de décès.

Et si je n'adhère pas?

- Si vous ne remplissez pas le formulaire d'adhésion dans les 31 jours suivant votre date d'embauche, vous serez automatiquement inscrit au module A du régime de santé (protection simple), assurance invalidité de longue durée de base, assurance vie de base et assurance en cas de décès et de mutilation par accident, et compte gestion-santé.
- Si vous ne remplissez pas le formulaire de bénéficiaire, votre bénéficiaire désigné sera votre succession.

³ Vous devez confirmer chaque année le statut d'étudiant à temps plein dans un collège ou une université pour vos enfants à charge âgés de plus de 21 ans.

Modification de vos choix

Si un événement marquant vient changer votre situation personnelle au cours de l'année, vous pouvez modifier certains de vos choix.

Voici les événements marquants admissibles :

- mariage ou toute autre union formelle reconnue par la loi, ou une union libre;
- naissance ou adoption d'un enfant;
- divorce ou séparation de corps;
- perte ou acquisition d'une couverture en vertu du régime d'assurance collective du conjoint;
- conditions d'admissibilité de votre enfant;
- décès d'une personne à charge.

À la suite d'un événement marquant admissible, vous pouvez :

- augmenter ou diminuer votre protection en matière de soins de santé;
- modifier les options d'assurance invalidité de courte et de longue durée.

Il suffit d'en informer le Centre d'assurance collective d'AECOM dans les 31 jours suivant l'événement.

Pour faire des modifications, ouvrez une session sur AECOMBenefitsOnline.com. Sous « Changement de situation personnelle? », cliquez sur **Adhérez**, ou communiquez avec le Centre d'assurance collective d'AECOM au numéro sans frais 1-833-411-5520, du lundi au vendredi de 8 h à 20 h (HE), pour obtenir de l'aide. Sinon, vous ne serez pas autorisé à modifier vos choix avant la prochaine période d'adhésion.

Vous pouvez, en tout temps au cours de l'année, faire les changements suivants :

- modifier le montant de votre assurance vie facultative pour employé, conjoint et enfant. L'augmentation pour l'employé ou le conjoint entrera vigueur dès que la Financière Sun Life aura accepté la preuve d'assurabilité exigée. Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée pour un enfant;
- modifier le montant de l'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident et de l'assurance contre les maladies graves pour employé, conjoint et enfant. L'augmentation entrera vigueur dès que la SSQ aura accepté la preuve d'assurabilité exigée. Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée pour l'assurance D et MA.

Renseignements personnels

La protection de vos renseignements personnels est une priorité. Pour en savoir plus sur la politique de protection des renseignements personnels, consultez le site AECOMBenefitsOnline.com ou le site de la Financière Sun Life.

Vous devez vous assurer que les renseignements vous concernant sont exacts et à jour. Chaque fois que vos renseignements personnels changent, veuillez en informer votre représentant local des RH.

Régime de soins de santé (médicaux et dentaires)

N° de police de la Financière Sun Life : 103427

Le régime de soins de santé d'AECOM vous aide à rembourser le coût des frais médicaux non couverts par le régime d'assurance maladie provincial ainsi que le coût des services d'entretien et de restauration des dents et des gencives. Pour répondre aux besoins de notre main-d'œuvre diversifiée, l'entreprise offre un programme à trois modules, A, B ou C. Vous choisissez le module convenant le mieux à votre situation personnelle.

Le module A est celui des trois qui offre les garanties les plus limitées. Il s'agit d'une protection de base couvrant les médicaments d'ordonnance, les examens de la vue et certains autres frais, notamment les fournitures médicales et les soins à domicile, mais seulement après avoir payé la franchise annuelle de 1 000 \$. Il comprend également l'assurance médicale d'urgence en dehors de la province ou du pays et le service d'assistance voyage, qui n'est pas soumis à la franchise annuelle de 1 000 \$. Il ne comprend pas l'assurance soins dentaires. La cotisation est totalement prise en charge par AECOM. Ce module s'adresse en général aux personnes qui ont rarement besoin de soins de santé et ne veulent pas verser de cotisation. Vous pouvez aussi choisir le module A si vous avez accès à une couverture aux termes de l'assurance collective de votre conjoint.

Les modules B et C offrent un plus large éventail de protections, le module C étant plus généreux que le module B. AECOM partage les frais avec vous, bien que l'entreprise paie la majorité des frais. Les garanties des modules B et C comprennent une grande variété de frais médicaux (notamment les médicaments d'ordonnance, les soins de la vue, les prothèses auditives et les services paramédicaux, comme la massothérapie et la physiothérapie) et les soins dentaires (y compris l'orthodontie).

La prime est calculée selon le niveau choisi et votre situation familiale :

- employé;
- employé + 1 : vous et une personne à charge admissible, que ce soit un conjoint ou un enfant;
- employé + 2 : vous et deux personnes à charge admissibles.

Coordination des garanties

Si vous ou vos personnes à charge êtes assurés en vertu d'un autre régime, le paiement des avantages sociaux en vertu du régime d'AECOM sera déterminé comme suit :

1. si l'autre régime ne prévoit pas de clause de coordination des avantages sociaux, le paiement en vertu de l'autre régime doit être effectué avant que le régime d'AECOM s'applique.
2. Si l'autre régime prévoit une clause de coordination des avantages sociaux, l'ordre de priorité de paiement sera effectué comme suit :

Membre

- Les frais sont d'abord assumés par le régime en vertu duquel la personne assurée est le membre.
- Si une personne est assurée en vertu de deux régimes, l'ordre de priorité est le suivant :
 - le régime en vertu duquel le membre assuré est un employé à temps plein;
 - le régime en vertu duquel le membre assuré est un employé à temps partiel;

- le régime en vertu duquel le membre assuré est à la retraite.

Conjoint

- Les frais sont d'abord assumés par le régime en vertu duquel le conjoint est assuré comme membre.

Enfant à charge

- Si les deux parents bénéficient d'un régime, les réclamations pour enfant à charge sont d'abord soumises par le parent célébrant son anniversaire de naissance (jour/mois) le premier dans l'année civile.
 - Si les deux parents célèbrent leur anniversaire le même jour/mois, les réclamations sont soumises par le parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.
 - Dans le cas où les parents sont séparés ou divorcés, les réclamations sont soumises dans l'ordre de priorité suivant :
 - le régime du parent qui a la garde légale de l'enfant;
 - le régime du conjoint du parent qui a la garde légale de l'enfant;
 - le régime du parent qui n'a pas la garde légale de l'enfant;
 - Le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde légale de l'enfant.
3. En cas d'accident entraînant des dommages aux dents, les régimes de santé prévoyant une protection à cet égard rembourseront les coûts avant le régime de soins dentaires sans ce type de couverture.

Lorsqu'un ordre de priorité ne peut être établi selon la méthode précédente, les prestations sont calculées au prorata du montant qui aurait été remboursé en vertu de chaque régime.

Le montant total payable par les régimes ne peut dépasser le montant de la dépense admissible initiale.

Remboursement des réclamations

Utilisez votre carte-médicaments à paiement direct (CPD) *pour les réclamations de médicaments sur ordonnance*. Le remboursement est immédiat et vous n'avez qu'à payer les frais de coassurance et toute portion des frais d'ordonnance de plus de 10 \$.

La plupart des dentistes soumettront électroniquement votre réclamation pour frais dentaires. Vous devez quand même payer le dentiste à l'avance, mais le processus de remboursement sera plus rapide.

Certains autres professionnels de la santé soumettent électroniquement les demandes de réclamations.

Vous pouvez soumettre les autres réclamations pour frais médicaux et dentaires sur support-papier ou électronique. Les réclamations doivent être faites dans les six mois suivant la date à laquelle les services ont été fournis. Si vous réclamez plusieurs dépenses admissibles au cours d'une même année, vous devez soumettre vos réclamations tous les trois ou quatre mois. Ne retenez pas les reçus pour les soumettre en même temps à la fin de l'année puisque cela entraînera un retard dans le traitement de votre réclamation.

Les formulaires de réclamation sont accessibles sur le site AECOMBenefitsOnline.com, sous l'onglet **Formulaires et documents**. Une fois remplis, les formulaires doivent être transmis directement à la Financière Sun Life. Vous pouvez obtenir un formulaire ou soumettre une demande de réclamation en ligne à la Financière Sun Life, allez à la page de visualisation rapide de masunlife.ca et sélectionnez le menu **Réclamations**. Vous pouvez également utiliser l'application gratuite **ma Sun Life Mobile** en la téléchargeant à partir d'Apple App Store pour un appareil iPhone ou de Google Play Store pour un appareil Android.

Vous recevrez votre remboursement lorsque vous aurez fourni à la Financière Sun Life la preuve que vous et votre personne à charge assurée avez engagé des dépenses admissibles. Afin de déterminer le montant payable, le montant total des dépenses admissibles que vous réclamez doit être ajusté comme suit :

- le montant raisonnable et habituel de la dépense, tel que défini par la Financière Sun Life;
- les montants maxima indiqués dans les modalités du régime de soins de santé sont appliqués;
- le montant de la franchise (exigé chaque année civile) soustrait (module A seulement);
- le pourcentage de remboursement est appliqué.

Si vous optez pour le formulaire de réclamation papier, le chèque de remboursement vous sera envoyé directement. Vous pouvez choisir de demander à la Financière Sun Life de payer votre dentiste directement plutôt que de vous faire parvenir le remboursement. Il suffit de l'indiquer par écrit sur le formulaire de réclamation.

Vous pouvez aussi demander à ce que votre remboursement soit effectué par dépôt direct par la Financière Sun Life. Inscrivez-vous sur le site masunlife.ca, allez à l'onglet **Santé et mieux-être**, puis sélectionnez Dépôt direct dans le menu déroulant. Vous pouvez également déposer votre remboursement directement dans votre REER collectif. Choisissez l'option de dépôt au REER à partir de votre ordinateur ou téléphone intelligent.

La Financière Sun Life, à ses frais, a le droit de demander à un dentiste de son choix de vous examiner ou d'examiner votre personne à charge, au besoin, pendant que votre demande de réclamation est en attente de paiement.

L'omission volontaire, la fausse déclaration ou la falsification de renseignements ayant trait à une réclamation constituent une fraude.

Recours

En cas de litige concernant le paiement des réclamations, toute procédure contre la Financière Sun Life doit être entamée dans les 18 mois qui suivent la date de réception des preuves par la Financière Sun Life. Si vous avez quitté votre emploi à AECOM, la procédure doit être entamée dans les six mois suivant votre date de cessation.

Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de l'admissibilité aux avantages sociaux, de la protection et des réclamations, veuillez communiquer avec le Centre d'assurance collective d'AECOM au 1-833-411-5520. Vous pouvez également communiquer directement avec la Financière Sun Life pour toute question concernant les réclamations au 1-866-896-6976.

Maintien de la protection pendant une période d'absence

Congé d'invalidité

Si votre demande de prestations d'invalidité est approuvée en vertu des régimes d'assurance invalidité de courte ou de longue durée d'AECOM, vous avez le choix de conserver votre module de soins de santé actuel ou de vous retirer complètement du régime.

Si vous décidez de conserver votre couverture de soins de santé, vous devez assumer la part habituelle de l'employé à l'égard des primes et AECOM paie la portion de l'employeur (la même que lorsque vous travaillez). La couverture prend fin dès que vous avez reçu des prestations d'invalidité de longue durée pendant 24 mois ou à la fin de la période de prestations, selon la première occurrence.

Employés en Colombie-Britannique : AECOM prend en charge les primes du régime d'assurance maladie provincial pendant le congé d'invalidité. La couverture prend fin dès que vous avez reçu des prestations d'invalidité de longue durée pendant 24 mois ou à la fin de la période de prestations, selon la première occurrence.

Congé parental et de maternité et autres congés légaux

Si vous prenez un congé de maternité, parental ou d'adoption ou un autre congé légal, comme un congé pour maladie grave, votre protection du régime de santé, d'invalidité et d'assurances se poursuit pendant la durée du congé prescrit par la loi, à condition de payer votre portion de la prime.

Mise à pied temporaire

Si vous êtes mis à pied, votre protection du régime de santé, d'invalidité et d'assurances se poursuit jusqu'à la fin du délai de préavis, à condition de payer votre portion de la prime.

Congé autorisé non rémunéré (excluant les congés légaux)

Si vous bénéficiez d'un congé autorisé non rémunéré, votre protection du régime de santé se poursuit pendant une période maximale de 120 jours, à condition de payer la prime totale.

Fin de la protection

Votre protection du régime de santé se termine au moment où votre emploi prend fin. Vous avez ensuite six mois pour soumettre les dépenses admissibles encourues pendant que vous étiez assuré en vertu du régime d'AECOM.

Souscription d'une assurance maladie personnelle lorsque vous quittez votre emploi à AECOM.

Lorsque votre protection en vertu du régime d'AECOM prend fin et que vous êtes âgé de moins de 70 ans, vous pouvez souscrire une protection personnelle de soins de santé et dentaires auprès de la Financière Sun Life. Cette protection est différente de votre régime collectif. Pour être admissible, vous devez avoir adhéré au module A, B ou C alors que vous étiez employé, et vous devez faire une demande auprès de la Financière Sun Life (Mes choix santé) dans les 60 jours suivant la fin de votre couverture de soins médicaux et dentaires.

Vous pouvez assurer votre conjoint et vos personnes à charge si ces personnes étaient assurées en vertu de votre régime collectif (module A, B ou C).

Pour en apprendre davantage au sujet des différents produits d'assurance maladie et des primes, veuillez communiquer avec le service à la clientèle de la Financière Sun Life, par téléphone au 1-866-896-6976, ou par courriel à servicenow@sunlife.com, ou vous adresser au service des avantages sociaux des RH au 905-747-7458.

Prestation de survivant

À votre décès, la couverture de vos personnes à charge assurées sera maintenue en vertu du régime d'AECOM, sans devoir payer les primes, à condition que les modalités du régime de santé soient toujours en vigueur, pendant au plus 24 mois ou jusqu'à ce que vos enfants à charge dépassent l'âge d'admissibilité. Vos personnes à charge doivent communiquer avec le Centre d'assurance collective d'AECOM afin de prendre des dispositions pour assurer le prolongement de la protection.

Résumé du régime de soins de santé

Le régime de soins de santé d'AECOM complète le régime d'assurance maladie provincial et aide à réduire vos frais médicaux.

	Module A	Module B	Module C
	<i>AECOM rembourse en totalité le coût des primes</i>	<i>AECOM partage avec vous le coût des primes</i>	<i>AECOM partage avec vous le coût des primes</i>
Soins de santé (les dépenses doivent être raisonnables et habituelles selon les directives de la Sun Life)			
Franchise (ne s'applique pas à l'assurance d'urgence en dehors de la province ou du pays ni au service d'assistance voyage)	1 000 \$ par personne, par année civile (sous réserve des règlements de la RAMQ si vous résidez au Québec) La franchise doit être atteinte avant que les avantages suivants ne soient payés par le module A.	Aucune franchise	Aucune franchise
Médicaments (exigeant une prescription)	Remboursement de 100 % une fois la franchise de 1 000 \$ atteinte.	Remboursement de 80 % Contribution personnelle limitée à 2 000 \$, par famille et par année; remboursement de 100 % par la suite.	Remboursement de 90 % Contribution personnelle limitée à 1 000 \$, par famille et par année; remboursement de 100 % par la suite.
	<ul style="list-style-type: none"> • Selon le choix le moins dispendieux • Autorisation préalable pour certains médicaments et thérapies biologiques • Carte-médicaments à paiement direct • Frais d'exécution d'ordonnance limités à 10 \$ (sauf au Québec) 		
Prothèses auditives	Aucune assurance	Remboursement de 80 % jusqu'à concurrence de 450 \$ par personne tous les cinq ans	Remboursement de 90 % jusqu'à concurrence de 550 \$ par personne tous les cinq ans
Soins à domicile (exige le niveau d'expertise d'un infirmier autorisé, infirmier auxiliaire autorisé ou infirmier clinicien)	Remboursement de 100 %, jusqu'à concurrence de 25 000 \$ par année civile	Remboursement de 80 %, jusqu'à concurrence de 25 000 \$ par année civile	Remboursement de 90 %, jusqu'à concurrence de 25 000 \$ par année civile
Hospitalisation (aucune franchise)	Remboursement de 100 %, remboursement d'une chambre à deux lits	Remboursement de 100 %, remboursement d'une chambre à deux lits	Remboursement de 100 %, remboursement d'une chambre à deux lits
Pompe à insuline	Remboursement de 100 % des dépenses raisonnables et habituelles tous les 4 ans	Remboursement de 80 % des dépenses raisonnables et habituelles tous les quatre ans	Remboursement de 90 % des dépenses raisonnables et habituelles tous les quatre ans
Chaussures orthopédiques	Aucune assurance	Remboursement de 80 % jusqu'à concurrence de 200 \$ par personne et par année	Remboursement de 90 % jusqu'à concurrence de 200 \$ par personne et par année
Orthèses	Aucune assurance	Remboursement de 80 % jusqu'à concurrence de 400 \$ par personne tous les	Remboursement de 90 % jusqu'à concurrence de 400 \$ par personne tous les

		trois ans	trois ans
Autres dépenses admissibles (transport en ambulance, fournitures médicales, etc.)	Remboursement de 100 %, jusqu'à concurrence d'un montant spécifique à chaque dépense	Remboursement de 80 %, jusqu'à concurrence d'un montant spécifique à chaque dépense	Remboursement de 90 %, jusqu'à concurrence d'un montant spécifique à chaque dépense
Praticiens paramédicaux (voir note 3 à la fin du tableau)	Aucune assurance	Remboursement de 80 %, jusqu'à concurrence de 500 \$ par praticien, par personne et par année civile	Remboursement de 90 %, jusqu'à concurrence de 700 \$ par praticien, par personne et par année civile

	Module A	Module B	Module C
Soins de santé (les dépenses doivent être raisonnables et habituelles)			
Soins de la vue — lunettes et lentilles cornéennes	Aucune assurance	Remboursement de 80 % des dépenses admissibles (lunettes, verres de contact, chirurgie oculaire au laser), jusqu'à concurrence de 250 \$ par personne tous les 24 mois	Remboursement de 90 % des dépenses admissibles (lunettes, verres de contact, chirurgie oculaire au laser), jusqu'à concurrence de 350 \$ par personne tous les 24 mois
Soins de la vue — examens (si non couvert par votre régime provincial)	Remboursement de 100 % jusqu'à concurrence de 85 \$ par personne tous les deux ans	Remboursement de 80 % jusqu'à concurrence de 85 \$ par personne tous les deux ans	Remboursement de 90 % jusqu'à concurrence de 85 \$ par personne tous les deux ans
Frais médicaux d'urgence hors province			
Soins médicaux d'urgence et assistance-voyage dispensés à l'extérieur de la province ou du pays (voyages d'affaires ou d'agrément)	Remboursement de 100 % pour des voyages de 180 jours ou moins Maximum de 1 M\$ à vie	Remboursement de 100 % pour des voyages de 180 jours ou moins Maximum de 1 M\$ à vie	Remboursement de 100 % pour des voyages de 180 jours ou moins Maximum de 1 M\$ à vie
Soins dentaires (voir note 4)			
Soins de base (examens, soins préventifs et de restauration, endodontie)	Aucune assurance	Remboursement de 80 % jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par personne et par année pour les soins de base et majeurs combinés; examens périodiques et radiographies interproximales, tous les neuf mois pour les adultes et tous les six mois pour les enfants	Remboursement de 100 % jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par personne et par année, pour les soins de base et majeurs combinés; examens périodiques et radiographies interproximales, tous les six mois pour les adultes et les enfants
Soins majeurs (ponts, couronnes, dentiers, parodontie)	Aucune assurance	Remboursement de 50 % jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par personne, par année civile, pour les soins de base et majeurs combinés	Remboursement de 50 % jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par personne, par année civile, pour les soins de base et majeurs combinés
Soins d'orthodontie (enfants âgés de moins de 19 ans seulement)	Aucune assurance	Remboursement de 50 %, jusqu'à concurrence d'une prestation maximale à vie de 2 000 \$ par personne	Remboursement de 50 %, jusqu'à concurrence d'une prestation maximale à vie de 2 500 \$ par personne

Intervalle minimum entre les examens		Tous les neuf mois pour les adultes et six mois pour les enfants	Tous les six mois pour les adultes et les enfants
Compte gestion-santé (CGS) ou allocation de dépenses personnelle (CDP)			
CGS ou CDP (le solde peut être divisé)	150 \$ par année (employé seulement) 175 \$ par année (employé + 1 ou employé +2 ou plus)	150 \$ par année (employé seulement) 175 \$ par année (employé + 1 ou employé +2 ou plus)	150 \$ par année (employé seulement) 175 \$ par année (employé + 1 ou employé +2 ou plus)

Remarques :

1. Les cotisations de l'employé sont indiquées sur AECOMBenefitsOnline.com.
2. Les dépenses doivent être médicalement nécessaires et établies en fonction d'un montant raisonnable et habituel.
3. Un praticien paramédical comprend les titres suivants : chiropraticien, ostéopraticien, orthophoniste, podologue, podiatre, massothérapeute, diététiste, acupuncteur, physiothérapeute, psychologue, travailleur social et naturopathe. Les praticiens doivent être titulaires d'un permis de pratique provincial.
4. Les frais dentaires sont fondés sur le Guide courant de la province de résidence de l'employé.
5. Tous les employés et leurs personnes à charge sont admissibles au service de consultation Best Doctors^{MD}.

Détails de l'assurance-soins médicaux

Hospitalisation

Le régime rembourse :

- 100 % des frais d'une chambre à deux lits en sus des frais d'une salle commune remboursés par votre régime d'assurance maladie provincial
- 100 % des frais d'une chambre à deux lits dans un hôpital de convalescence (limite de 90 jours) lorsque l'admission se fait dans les 48 heures suivant le congé d'un hôpital public.

Frais médicaux

L'assurance couvre les fournitures et services médicaux suivants :

Médicaments d'ordonnance

Les médicaments admissibles comprennent :

- les médicaments et traitements nécessitant une ordonnance, qui ont un numéro d'identification de médicament (DIN) et qui sont préparés par un pharmacien, un dentiste ou un médecin autorisé;
- les médicaments injectables, y compris les vitamines, les sérums antiallergiques, les vaccins préventifs;
- les aiguilles, seringues et lecteurs de glycémie.

La Sun Life fait toujours une évaluation des médicaments avant qu'ils soient admissibles au régime. On procède à une évaluation lorsqu'un médicament :

- est nouveau sur le marché;
- est recommandé pour traiter un trouble médical différent de celui pour lequel il a été conçu;
- voit son prix augmenter substantiellement.

Pendant une évaluation, la Sun Life tiendra compte du prix du médicament, de son efficacité clinique, des recommandations d'organismes de santé et de provinces et de la disponibilité de médicaments de rechange pouvant traiter le même trouble ou un trouble semblable.

Limite d'approvisionnement

L'achat de médicaments est limité à un approvisionnement de 100 jours, sans exception.

Médicaments génériques

Le régime des soins médicaux couvre le médicament de substitution le moins cher dans la catégorie de médicaments prescrits par votre médecin ou dentiste. Dans de nombreux cas, il s'agit d'un médicament générique qui renferme les mêmes ingrédients actifs, en quantité et dosage identiques au médicament de marque déposée. Les montants supplémentaires au prix du médicament de substitution le moins cher ne sont pas couverts, à moins d'une approbation spécifique de la Sun Life. Pour évaluer la nécessité d'un médicament plus cher, la Sun Life exige que la personne couverte et le médecin traitant remplissent et soumettent un formulaire de demande d'exception.

Autorisation préalable

Certains médicaments d'ordonnance et thérapies biologiques coûteux seront soumis à une autorisation préalable.

Une autorisation préalable est exigée pour certains médicaments (mais pas tous) utilisés pour traiter certaines maladies inflammatoires, asthme, maladies du sang, cancer (médicament oral), anomalies du cholestérol, diabète, maladies du cœur, hépatite, VIH, lupus, sclérose en plaques, troubles musculaires et nerveux, ostéoporose, hypertension artérielle pulmonaire, et certaines maladies rares.

Les thérapies utilisées pour traiter des affections comme l'arthrite rhumatoïde, la maladie de Crohn, le rhumatisme psoriasique, la spondylarthrite ankylosante et le psoriasis en plaques sont également soumises à une autorisation préalable.

La Financière Sun Life administre le processus d'autorisation. Pour obtenir le formulaire de demande et la liste des médicaments et thérapies biologiques nécessitant une autorisation préalable, allez à masunlife.ca/autorisationprealable. Utilisez le numéro de police 103427 de la Financière Sun Life pour tous les lieux de travail.

Si votre médecin recommande un médicament nécessitant une autorisation préalable, communiquez avec la Financière Sun Life et présentez un formulaire de demande d'autorisation préalable avant d'exécuter l'ordonnance. La Sun Life vous répondra par écrit dans les cinq jours ouvrables. Si votre demande est approuvée, les coûts du médicament seront remboursés selon les modalités de votre module de soins de santé. Si la Sun Life refuse votre demande, vous pouvez quand même obtenir le médicament, mais il ne sera pas remboursé par le régime.

Carte-médicaments à paiement direct

Vous recevrez une carte-médicaments à paiement direct pour rembourser le coût de vos ordonnances. Le pharmacien a accès aux dispositions du régime d'AECOM et il est en mesure de soumettre vos achats directement à la Financière Sun Life.

À la pharmacie, vous payez votre part des coûts du médicament et toute portion des frais d'ordonnance supérieurs à 10 \$. La Financière Sun Life rembourse les coûts résiduels directement au pharmacien.

Si vous perdez votre carte-médicaments à paiement direct, vous pouvez l'imprimer à partir des onglets *Centre mieux-être* ou *Info sur la couverture* de la page d'accueil masunlife.ca, ou utiliser l'application mobile **Ma Sun Life** en guise de carte. Vous pouvez aussi communiquer avec le Centre d'assurance collective d'AECOM, au 1-833-411-5520 pour obtenir de l'aide et demander le remplacement de la carte.

Franchise du module A

Dans le module A, vous devez payer la franchise de 1 000 \$ des dépenses admissibles avant de bénéficier des remboursements du régime de soins de santé. Présentez votre carte au pharmacien même si vous payez vous-même l'ordonnance. Les renseignements concernant votre achat seront directement transmis au système de la Financière Sun Life qui assure le suivi des franchises. Assurez-vous de soumettre tout autre reçu médical à la Financière Sun Life. Lorsque la limite de la franchise de 1 000 \$ est atteinte, le régime d'AECOM rembourse automatiquement à 100 % le prochain achat de médicaments effectué à l'aide de la carte-médicaments.

Système en ligne de coordination des garanties (SLCG)

Le système en ligne de coordination des garanties (SLCG) est offert aux membres du régime et à leurs personnes à charge qui possèdent également une carte-médicaments à paiement direct en vertu d'un autre régime. Cette fonction permet au pharmacien de transmettre une réclamation à un régime secondaire non couvert par le régime principal. Pour ce faire, le membre du régime doit d'abord informer le pharmacien de l'existence de la carte médicaments émise par un autre régime. De même, l'assureur du régime secondaire doit être muni d'un SLCG. Dans la plupart des cas, la coordination des garanties permet de recouvrir 100 % des coûts de médicaments d'ordonnance réclamés en ligne.

Praticiens paramédicaux (module B et C)

Les praticiens paramédicaux admissibles sont les suivants :

- Chiropraticien
- Ostéopraticien
- Orthophoniste
- Podologue
- Podiatre
- Massothérapeute
- Acupuncteur
- Physiothérapeute
- Psychologue ou travailleur social autorisé
- Naturopathe
- Diététiste autorisé

Les services d'acupuncture doivent être prodigués par un médecin autorisé. Les praticiens doivent être titulaires d'un permis de pratique provincial. Vous pouvez vous adresser à la Financière Sun Life pour obtenir la liste des praticiens médicaux qui sont admissibles en vertu de notre régime.

Aucun paiement ne sera effectué à l'égard de services paramédicaux avant que vous et vos personnes à charge n'ayez atteint le montant maximum annuel accordé pour de tels services en vertu de votre régime d'assurance maladie provincial. Veuillez vérifier auprès de la Financière Sun Life pour obtenir les détails du régime d'assurance maladie provincial en vigueur.

Appareils auditifs (module B et C)

Le coût d'achat et de réparation d'un appareil auditif est couvert (ne comprend pas le coût des piles).

Examen de la vue

Les examens de la vue sont couverts à raison d'un examen tous les 2 ans s'ils ne sont pas couverts en vertu de votre régime provincial. Les réclamations sont remboursées selon les frais raisonnables et habituels de la province de résidence, jusqu'à concurrence de 85 \$.

Soins de la vue (module B et C)

Les frais admissibles sont les habituels et raisonnables engagés pour les dépenses suivantes :

- Chirurgie au laser, lunettes et lentilles cornéennes, et réparations nécessaires pour corriger la vision, et qui sont prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste, jusqu'à concurrence du maximum remboursable établi pour chaque période de 24 mois, pour l'employé et chaque personne à charge.
- Lentilles cornéennes prescrites par un ophtalmologiste comme étant le seul moyen d'améliorer l'acuité visuelle d'au moins 20/40, remboursement limité à un maximum de 150 \$ pour l'employé et pour chaque personne à charge.

Soins à domicile

Couvre frais associés aux services d'un infirmier autorisé, d'un infirmier auxiliaire autorisé ou d'un infirmier praticien autorisé. Cette personne ne doit pas habiter avec vous ni être parente avec vous ou vos personnes à charge. Ces services doivent être prescrits par un médecin autorisé.

Services ambulanciers

Frais couverts :

- Transport terrestre par ambulance non couvert en vertu de votre régime d'assurance maladie provincial
- Transport aérien par ambulance si l'état du patient ne permet pas l'utilisation d'un autre moyen de transport

Best Doctors^{MD}

Best Doctors est un service de consultation en soins de santé qui vous donne accès à un avis médical spécialisé et un avis d'un deuxième spécialiste des principaux fournisseurs de soins médicaux. Ce service est mis à votre disposition ainsi qu'à celle de vos personnes à charge, que vous adhérez ou non à un module de soins de santé. Si vous êtes couvert, vos personnes à charge, ainsi que vos parents et beaux-parents, ont accès à Best Doctors.

Appelez Best Doctors pour :

- confirmer un diagnostic médical et un plan de traitement. Best Doctors analysera attentivement vos dossiers médicaux, incluant vos résultats d'imagerie médicale et d'examen, et vous fournira un rapport détaillé que vous pourrez présenter à votre médecin traitant;
- obtenir un deuxième avis d'expert;
- trouver au Canada des médecins de premier plan qui sont spécialisés dans le traitement de votre trouble médical et qui acceptent de nouveaux patients;
- trouver un médecin spécialiste ou un établissement de soins à l'extérieur du Canada;
- trouver de l'information médicale, des ressources communautaires, du soutien individuel ou de l'encadrement personnalisé concernant un souci de santé.

Pour en savoir plus, allez au bestdoctors.com/Canada. Communiquez avec Best Doctors à l'adresse customer.ca@bestdoctors.com ou au 1-877-419-2378.

La Sun Life n'administre pas le réseau Best Doctors et ne peut garantir la disponibilité de ses services.

Autres dépenses (module A, B ou C)

Autres services couverts :

- Services d'un dentiste rendus nécessaires pour le traitement de blessures accidentelles aux dents naturelles dans les six mois suivant l'accident
- Bandages herniaires et béquilles, y compris les réparations et ajustements
- Plâtres, attelles et appareils orthodontiques, à condition que les appareils ne soient pas uniquement destinés à des fins sportives

- Membres artificiels, prothèse oculaire ou autres appareils de prothèse, y compris les réparations et ajustements, ainsi que le remplacement lorsque l'appareil d'origine n'est plus fonctionnel
- Oxygène
- Glucomètres
- Location d'équipement (ou achat, à la discrétion de l'assureur), y compris fauteuil roulant, marchette, lit d'hôpital et appareil de traction
- Réparations effectuées à un fauteuil roulant jusqu'à concurrence de 250 \$ à vie

Divers (module B et C)

- Bas de soutien élastique (limite de quatre paires par année)
- Services de diagnostic (lorsque le remboursement n'est pas interdit par le régime du gouvernement provincial) comprenant les essais en laboratoire, l'échographie, l'imagerie par résonance magnétique (IRM), le tomodensitomètre et autres services d'imagerie médicale, jusqu'à un maximum combiné de 1 000 \$ par année civile

Orthèses et chaussures orthopédiques (module B et C)

Les frais associés aux articles suivants sont remboursés à condition qu'ils soient requis pour corriger une malformation des os et qu'ils ne soient pas uniquement destinés au confort ou à des fins sportives. Ces articles doivent être prescrits par un médecin, un podiatre ou un podologue :

- Chaussures orthopédiques ou modifications aux chaussures ou aux orthèses (jusqu'à concurrence de 200 \$ par année)
- Orthèses (jusqu'à concurrence de 400 \$ tous les 3 ans)

Dépenses encourues à l'extérieur du Canada

Les frais associés à des services médicaux qui ne sont pas offerts au Canada sont remboursés à 100 %, sous réserve d'un maximum viager de 50 000 \$ par personne. Cette indemnité nécessite la recommandation écrite d'un médecin et l'approbation préalable de la Financière Sun Life.

- Frais d'une chambre à deux lits dans un centre hospitalier en sus des frais d'une salle commune (jusqu'à concurrence de 30 jours par année civile)
- Services d'un médecin, moins le montant payable par le régime d'assurance maladie provincial, limité aux frais d'un médecin de la province de résidence du patient

Ce qui n'est pas couvert

Dépenses non couvertes par le régime de soins de santé d'AECOM :

- Dépenses pour lesquelles vous êtes admissibles à un remboursement en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* ou d'une autre loi semblable.
- Dépenses encourues à la suite d'un désordre civil ou d'une guerre, que la guerre ait été déclarée ou non.
- Dépenses liées à des produits ou services prescrits par une personne qui habite avec vous ou qui est un membre de votre famille.
- Toute dépense admissible qui dépasse la limite raisonnable et habituelle établie par la Sun Life.
- Dépenses liées à des produits ou services, payables ou disponibles (sans égard à une liste d'attente) en vertu d'un régime ou programme sous le parrainage du gouvernement, sauf si expressément inscrites comme étant couvertes en vertu du présent régime.
- Dépenses liées à des produits ou services qui ne sont pas approuvés pour le grand public par Santé Canada ou autres organismes gouvernementaux de réglementation.

- Dépenses liées à des produits ou services qui ne sont pas généralement reconnus par le corps médical canadien comme étant efficaces, adéquats et nécessaires dans le traitement des maladies, conformément aux normes médicales canadiennes.
- Dépenses liées à des produits ou services qui ne peuvent être qualifiés de frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).
- Traitement médical et opération chirurgicale non urgents dispensés à l'extérieur de la province.
- Contraceptifs (sauf les contraceptifs oraux).
- Dépenses liées à l'achat de médicaments jugés expérimentaux par la Financière Sun Life.
- Dépenses liées à l'achat de compléments alimentaires, vitamines et aliments pour bébés.
- Préparations homéopathiques.
- Médicaments pour le traitement de la dysfonction érectile et de l'infertilité.
- Produits de soutien pour l'abandon du tabagisme dont les frais dépassent 500 \$ à vie pour l'employé et chaque personne à charge.
- Dépenses liées aux médicaments utilisés pour le traitement de l'obésité.

Couverture en cas d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays

La présente couverture vous protège, vous et vos personnes à charge, en cas d'urgence médicale pendant un voyage d'affaires ou d'agrément à l'extérieur de votre province ou de votre pays. Pour être admissibles, les frais doivent être engagés dans les 180 jours suivant votre départ de votre domicile pour des soins nécessaires d'un point de vue médical.

Définition d'une urgence

Par urgence, on entend toute situation liée à une maladie aiguë ou à une blessure accidentelle qui exige des soins médicaux immédiats prescrits par un médecin.

Services reçus en cas d'urgence

Les services reçus en cas d'urgence comprennent les services et articles médicaux raisonnables, y compris les consultations, traitements, actes médicaux ou interventions chirurgicales, qui sont nécessaires en raison d'une urgence. Si vous ou vos personnes à charge assurées souffrez d'une affection chronique, les services reçus en cas d'urgence ne comprennent pas les soins donnés dans le cadre d'un programme de traitement établi qui était déjà en place avant le départ de la province de résidence.

Frais médicaux et hospitaliers admissibles

Les frais admissibles s'entendent des frais habituels et raisonnables engagés pour ce qui suit et en sus du montant payable par un régime d'assurance maladie gouvernemental :

- Séjour en salle et services hospitaliers complémentaires reçus dans un hôpital général
- Services d'un médecin
- Prix d'un billet d'avion aller simple, en classe économique, pour permettre à la personne assurée de revenir dans sa province de résidence afin d'y recevoir des soins médicaux
- Transport terrestre par service ambulancier autorisé à destination de l'hôpital approprié le plus proche ou du Canada, si l'état de la personne assurée ne permet pas l'utilisation d'autres moyens de transport
- Transport aérien par service ambulancier autorisé à destination de l'hôpital approprié le plus proche ou du Canada, si l'état de la personne assurée ne permet pas l'utilisation d'autres moyens de transport, et services et vol aller-retour d'un infirmier autorisé si l'état de santé de la personne assurée nécessite les services de cet infirmier pendant le vol.

Les frais médicaux et hospitaliers admissibles sont assujettis à une prestation viagère maximale de 1 000 000 \$ par personne assurée.

Les frais admissibles en vertu du régime de soins de santé d'AECOM sont remboursés sous réserve de la franchise, de la coassurance et des limites de garantie prévues selon le module choisi.

Frais d'assistance voyage admissibles

Les frais admissibles s'entendent des frais habituels et raisonnables engagés pour ce qui suit, sous réserve des limites de garantie indiquées.

REMARQUE : Le terme **parents** désigne votre conjoint ou conjointe, vos parents, vos enfants, vos frères ou vos sœurs qui ne sont pas considérés comme des personnes à charge admissibles. On entend par **membre de la famille** vous ou votre personne à charge assurée.

- Assistance à la famille, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par urgence, y compris :

- le retour d'un enfant admissible âgé de moins de 16 ans ou souffrant d'un handicap mental ou physique, qui se retrouve seul du fait que vous ou votre conjoint êtes hospitalisés à l'extérieur de votre province de résidence en raison d'une urgence; le cas échéant, Allianz Global prend les dispositions nécessaires pour assurer le retour de votre enfant jusqu'à votre domicile et, au besoin, s'assurer qu'un préposé compétent l'accompagne pendant le voyage de retour. La prestation maximale payable est le prix d'un billet d'avion aller simple en classe économique par enfant à charge;
- le retour au domicile d'un membre de votre famille qui, en raison d'une hospitalisation, se retrouve incapable de rentrer à la maison sur le vol prévu initialement et doit acheter un autre billet pour le retour. Le coût supplémentaire du vol de retour est remboursable jusqu'à concurrence du coût d'un vol en classe économique, moins les frais remboursés pour le billet non utilisé
- la visite d'un parent si un membre de votre famille voyageant seul est hospitalisé pendant plus de sept jours. Cette protection comprend le remboursement d'un billet d'avion en classe économique et des frais de repas et d'hébergement jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour pour le parent qui se rend au chevet de la personne assurée, ainsi que le remboursement des frais engagés si le parent doit identifier une personne assurée décédée avant la remise de la dépouille à la famille
- les frais d'hébergement et de repas, jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour, par famille, si l'hospitalisation d'un membre de votre famille oblige un autre membre à prolonger son séjour.
- Rapatriement de la dépouille en cas du décès d'un membre de votre famille, jusqu'à concurrence de 5 000 \$.
- Retour d'un véhicule, jusqu'à concurrence de 1 000 \$:
 - remboursement des frais d'expédition d'un véhicule à sa province de résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche si un membre de votre famille ne peut conduire son propre véhicule ou un véhicule de location en cas de décès ou de rapatriement au Canada pour soins médicaux.

Service d'assistance voyage

Vous trouverez, sur votre carte d'assistance voyage, un numéro de téléphone qui vous donne accès, sans frais et en tout temps, à un réseau mondial d'assistance téléphonique. Voici les services qui vous sont offerts pendant les 180 premiers jours de votre séjour à l'extérieur de votre province de résidence :

- Recommandations de médecins et d'hôpitaux
- Suivi du traitement médical en cas d'hospitalisation
- Coordination du transport terrestre ou aérien s'il est nécessaire du point de vue médical de ramener la personne assurée au Canada ou de la transférer à un autre hôpital qui possède l'équipement requis pour lui prodiguer les soins nécessaires
- Aide pour le paiement des frais médicaux et hospitaliers
- Référence juridique
- Service d'interprétation téléphonique
- Service de messagerie pour vous, les membres de votre famille, vos amis et vos associés.

Frais DE PLUS DE 200 \$

Afin de vous assurer d'obtenir le remboursement de ces frais :

- L'assureur doit vérifier que les soins reçus sont couverts par votre régime d'assurance maladie provincial ou par la présente couverture.
- Vous devez signer un formulaire autorisant l'assureur à se faire rembourser les frais payés auprès du régime provincial.
- Vous devez rembourser à votre assureur les frais non couverts, en tout ou en partie, par la présente couverture ou par votre régime d'assurance maladie provincial.

Frais DE MOINS de 200 \$

- Payez ces frais immédiatement.
- Présentez une demande de remboursement à votre régime d'assurance maladie provincial.
- Présentez à l'assureur une demande de remboursement des frais non couverts par votre régime provincial en remplissant le formulaire « Urgence à l'extérieur de la province ».

Ce qui n'est pas couvert

En vertu de la présente couverture, aucune prestation n'est payable pour les frais suivants :

- Consultations ou soins médicaux non urgents.
- Autres conditions énumérées à la liste des exclusions de la section médicale du présent document.

Que faire en cas d'urgence

Communiquez immédiatement avec Allianz Global en cas d'urgence. Les médecins et les hôpitaux peuvent téléphoner pour confirmer les modalités du régime et organiser le paiement direct. Le centre Allianz Global est ouvert en tout temps.

Canada et É.-U.

Sans frais : 1-800-511-4610

Autres pays

Composez le 519-514-0351 pour parler à un opérateur international (appel à frais virés)

Télécopieur : 519-514-0374

Site Web : www.allianz-assistance.ca

Les services d'urgence pourraient ne pas être offerts dans certains pays, notamment en cas de guerre, de conflit politique, d'épidémie ou d'inaccessibilité. Pour connaître les conditions de voyage et la disponibilité des services d'Allianz Global dans certains pays, veuillez appeler à l'un des numéros inscrits sur votre carte d'assistance voyage.

Voyage d'affaires de plus de 180 jours

Les soins médicaux d'urgence pendant un voyage d'affaires de plus de 180 jours sont couverts par Chubb. Si vous avez besoin d'aide, allez à internationalsos.com/members ou composez le 1-800-523-6586 ou le 1-215-942-8226 (frais virés).

Détails des soins dentaires (Module B et C)

Soins de base

Les services suivants sont sujets aux restrictions internes précitées et à une prestation annuelle combinée maximale, comme indiqué dans le résumé du régime (2 000 \$ pour le module B, et 2 500 \$ pour le module C. Il n'y a aucune assurance dentaire prévue dans le module A) :

- Examen buccal complet tous les 24 mois
- Examen périodique et radiographies interproximales tous les 6 mois pour les enfants et tous les 6 mois (module C) ou tous les 9 mois (module B) pour les adultes
- Série complète de radiographies ou radiographie panoramique tous les 24 mois (enfants de moins de 10 ans non couverts)
- Application de fluorure tous les 6 mois pour les enfants de 19 ans et moins
- Un polissage par adulte tous les 9 mois et un polissage par enfant tous les 6 mois (module B); un polissage par personne tous les six mois (module C)
- Détartrage et aplanissement des racines : 8 traitements combinés par personne, par année civile (module B), 12 traitements combinés par personne, par année civile (module C)
- Restaurations mineures pour le traitement de caries dentaires
- Soins d'endodontie (traitements de canal)
- Extractions
- Anesthésie liée à une chirurgie buccale, à des soins de parodontie ou au traitement d'une fracture ou d'une dislocation
- Réparation, rebasage ou regarnissage d'une prothèse dentaire tous les 36 mois
- Consultations et examens buccaux particuliers

Parodontie et interventions majeures

Les traitements suivants sont sujets aux restrictions internes précitées et à une prestation combinée annuelle maximale, comme indiqué dans le résumé du régime :

- Services de parodontie (traitement des gencives)
- Restaurations majeures (ponts, couronnes et incrustations); pour être admissible, la personne assurée doit être à l'emploi d'AECOM au moment de l'extraction des dents
- Prothèses (dentiers et soins chirurgicaux connexes), une fois tous les cinq ans. Le remplacement d'une prothèse n'est pas couvert si la personne est assurée depuis moins de 12 mois ou en cas de perte ou de vol de la prothèse.

Orthodontie

- Les traitements nécessaires à la rectification de la malocclusion sont remboursés à 50 % pour les enfants à charge de 19 ans et moins, jusqu'à concurrence d'un montant maximal par enfant, à vie.

Ce qui n'est pas couvert

L'assurance-soins dentaires d'AECOM ne couvre pas les dépenses suivantes :

- Dépenses pour lesquelles vous êtes admissibles à un remboursement en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* ou d'une autre loi semblable
- Engagées à la suite d'un désordre civil ou d'une guerre, déclarée ou non
- Engagées pour des soins donnés par un conjoint ou un parent
- Engagé pour des services ou articles remboursables ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) en vertu d'un régime ou d'un programme gouvernemental, sauf s'ils sont explicitement couverts par la présente protection
- Engagées pour des soins et chirurgies esthétiques

- Les frais liés à la rédaction de formulaires d'assurance, aux médicaments d'ordonnance, aux implants, aux protège-dents et aux rendez-vous non respectés
- Le remplacement d'une prothèse dentaire, d'un mainteneur d'espace ou d'un appareil parodontal perdu, volé ou égaré
- Le remplacement d'une prothèse ou d'un pont amovibles et l'ajout de dents à une prothèse ou à un pont existant, sauf dans les cas prévus aux dépenses admissibles
- Les dépenses liées aux couronnes et incrustations de surface et en profondeur, sauf dans les cas prévus aux dépenses admissibles
- Les séries complètes de radiographies pour les enfants à charge de moins de 10 ans
- Les facettes, en résine ou en composite, auto et photopolymérisables
- Les frais de laboratoire qui excèdent 66,66 % des montants stipulés au Guide des frais dentaires
- Les frais de restauration buccale complète, de correction de la dimension verticale ou de correction d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire
- Contention permanente
- L'application de fluorure chez les adultes.

Autres avantages

La Financière Sun Life se réserve le droit d'envisager d'autres procédures, services, traitements et matériaux de remplacement et de limiter les frais remboursables au coût de la méthode de traitement la moins coûteuse qui permet d'obtenir un résultat acceptable, compte tenu des normes de la profession.

Prédétermination des frais couverts

Si votre dentiste recommande un traitement dont le coût pourrait être supérieur à 500 \$ ou qui prévoit la pose d'une prothèse dentaire, d'une couronne ou d'un pont, il doit préparer un plan préalable pour vous permettre de le présenter à la Financière Sun Life avant le début du traitement. Pour tout autre traitement, communiquez avec la Financière Sun Life au **1-800-361-6212** afin de savoir si les soins recommandés sont remboursables.

Présenter une réclamation

La Financière Sun Life doit recevoir votre demande de remboursement dans les 6 mois suivant la date où les frais ont été engagés. Les renseignements suivants peuvent être nécessaires aux fins d'évaluation d'une réclamation : facture détaillée, reçus de laboratoire, rapports et dossiers médicaux, des radiographies préalables, modèles d'étude, examen de la part d'un autre professionnel ou toute autre pièce justificative nécessaire à l'examen de votre demande.

En cas de litige, il y a un délai de prescription pour entamer des procédures contre la Financière Sun Life. Toute procédure contre la Financière Sun Life doit être entamée dans l'année suivant la date de réception des preuves par la Financière Sun Life.

Allocations de dépenses

Chaque année, AECOM vous versera une allocation comme contribution à vos frais de santé et de mise en forme. Le montant varie en fonction de la couverture choisie dans votre module de soins de santé : 150 \$ pour la couverture Employé seulement, ou 175 \$ pour la couverture Employé + 1 ou Employé + 2 ou plus. Le montant intégral est versé à votre compte le 1^{er} janvier de chaque année et le calcul est effectué au prorata pour les nouveaux employés.

Vous pouvez déposer ce montant dans un compte gestion-santé (CGS) ou un compte de dépenses personnel (CDP), ou encore le diviser entre ces deux comptes. Si vous ne faites pas de choix, le montant intégral est versé dans le CGS. Les montants versés au CGS ou les réclamations payées à même le CGS ne sont pas imposables. Les résidents du Québec sont soumis aux avantages imposables du montant de la réclamation payée. Tous les employés acquitteront l'impôt à payer sur les réclamations faites à l'aide du CDP.

Tout solde non utilisé de votre CGS ou CDP à la fin d'une année sera automatiquement reporté à l'année suivante. Vous avez jusqu'au 31 décembre de la deuxième année pour utiliser le montant reporté, sinon il sera perdu.

Soumettre une demande de remboursement du CGS ou CDP :

La Sun Life doit recevoir votre demande de remboursement du CGS ou CDP au plus tard dans les 90 jours suivant :

- la fin de l'année du régime au cours duquel vous avez engagé les dépenses admissibles;
- la fin de la couverture de votre compte gestion-santé (CGS) ou compte de dépenses personnel (CDP);

selon la première éventualité.

À tout moment, la Sun Life peut demander des renseignements supplémentaires pour justifier une réclamation. Si les renseignements ne sont pas fournis dans les 90 jours suivant la demande, vous ne pourrez pas bénéficier d'une partie ou de la totalité des versements de prestations.

Compte gestion-santé (CGS)

Le CGS vous aide à assumer les frais médicaux et dentaires que ni le régime d'assurance maladie de votre province, ni votre régime d'assurance collective d'AECOM, ni le régime de votre conjoint ne prennent en charge. Voici quelques-unes des dépenses admissibles :

- Votre part des primes payables au module B ou C
- La part des frais d'exécution d'ordonnance qui dépasse 10 \$
- Les frais de coassurance (le pourcentage des frais médicaux ou dentaires que vous devriez normalement déboursier, p. ex. les 20 % des frais médicaux non couverts par le module B)
- Les dépenses qui dépassent le montant maximum des prestations annuelles
- Les dépenses que vous assumez pour vos petits-enfants, vos parents ou d'autres proches parents qui vivent avec vous et sont considérés personnes à charge selon la définition de l'Agence du revenu du Canada (ARC)

La liste complète des dépenses admissibles est déterminée par l'ARC et affichée sur le site Web de l'ARC.

Compte de dépenses personnel (CDP)

Le CDP vous aide à assumer les frais de mise en forme pour vous et vos personnes à charge admissibles au régime d'assurance collective (notamment votre conjoint et vos enfants à charge couverts par le régime d'assurance collective d'AECOM). Vous pouvez l'utiliser pour payer votre abonnement à un programme d'entraînement physique, les services

d'un entraîneur personnel, un programme de mise en forme et le matériel de culture physique, la cotisation à une équipe sportive, des laissez-passer de golf ou de ski, et plus encore. Plusieurs programmes de gestion du poids, notamment Weight Watchers, Jenny Craig et LA Weight Loss, sont également admissibles. Les paiements effectués à partir du CDP sont imposables.

Des détails sur les dépenses admissibles se trouvent sur la [page du CDP de la Sun Life](#).

Assurance vie

N° de police de la Financière Sun Life : 83975

L'assurance vie qui vous est offerte permet de verser une somme forfaitaire à vos bénéficiaires à votre décès. Vous êtes bénéficiaire de l'assurance vie facultative que vous souscrivez pour votre conjoint ou vos enfants.

Assurance vie de base

Le régime d'AECOM fournit une assurance vie de base équivalant à une (1) fois votre salaire annuel arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$, jusqu'à concurrence de 750 000 \$. Ce montant est ramené à 50 % à votre 65^e anniversaire. L'assurance vie prend fin lorsque vous atteignez l'âge de 70 ans.

Assurance vie facultative

Vous pouvez, en sus de votre assurance vie de base, souscrire une assurance vie complémentaire pour vous, votre conjoint et/ou vos enfants. Les primes sont alors retenues sur votre paie. Les taux d'assurance vie sont accessibles sur AECOMBenefitsOnline.com.

Assurance vie facultative	
Employé	Par tranche de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 750 000 \$
Conjoint	Par tranche de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 500 000 \$
Enfant	Tranches de 5 000 \$ jusqu'à concurrence de 25 000 \$ (une prime couvre tous vos enfants)

Désignation d'un bénéficiaire

Vous devez remplir un formulaire de bénéficiaire pour toute assurance vie, de base ou facultative, pour vous et/ou votre conjoint. Si vous désignez plusieurs bénéficiaires, assurez-vous que la répartition du capital versé à votre décès totalise 100 %. Vous pouvez également changer de bénéficiaires en tout temps en remplissant un nouveau formulaire de bénéficiaire et en le faisant parvenir au Centre d'assurance collective d'AECOM. Vous êtes bénéficiaire à part entière de l'assurance vie que vous souscrivez pour votre conjoint ou vos enfants.

Sélection d'un bénéficiaire

Pour accélérer et faciliter le paiement de votre capital-décès, il est préférable de désigner une personne plutôt que votre succession comme bénéficiaire. Si vous choisissez de désigner votre succession, votre capital-décès sera assujéti aux frais d'homologation et servira à régler des dettes avant d'être versé à vos ayants droit.

Si vous désignez un enfant de moins de 18 ans comme bénéficiaire, vous devez également nommer un fiduciaire pour administrer les fonds, sinon c'est le curateur public qui s'en chargera.

Lorsqu'aucun bénéficiaire n'est vivant au moment de votre décès, le capital-décès est payable à votre succession.

Détails de l'assurance vie

Preuve médicale d'assurabilité

Lorsque vous faites une demande d'assurance vie facultative, vous et/ou votre conjoint devez fournir une preuve d'assurabilité. La protection dépend de cette preuve d'assurabilité et n'entre en vigueur qu'avec l'approbation de la Financière Sun Life.

Changement de statut de fumeur

Si vous ou votre conjoint, en tant que titulaire d'une police d'assurance vie facultative, changez de statut de fumeur, vous devez remplir le formulaire à cet effet.

Assurance vie pour enfant

Si vous choisissez de souscrire une assurance vie pour votre enfant dans les 31 jours suivant votre date d'embauche ou suivant la date de naissance de votre enfant, la protection entre en vigueur immédiatement. Aucune preuve d'assurabilité n'est alors exigée.

Remboursement des réclamations

En cas de décès de la personne assurée, le bénéficiaire devrait communiquer avec le Centre d'assurance collective d'AECOM.

La Financière Sun Life doit recevoir une demande de prestation de décès dans les 6 ans suivant la date du décès. Le demandeur doit fournir les pièces justificatives à la Financière Sun Life et prouver son droit au capital-décès.

Maintien de la protection pendant une période d'absence

Congé d'invalidité de courte durée

Pendant que vous recevez des prestations d'ICD, votre assurance vie de base demeure en vigueur et AECOM en assume les primes en entier. Votre couverture d'assurance vie facultative demeure aussi, si vous continuez à en payer les primes. Si vous décidez de mettre fin à votre couverture d'assurance vie facultative pendant votre congé, on pourra vous demander une preuve d'assurabilité si vous souhaitez la souscrire à nouveau à votre retour au travail.

Congé d'invalidité de longue durée

Si vous êtes admissibles à des prestations d'ILD alors que vous êtes assuré en vertu du régime d'AECOM, vos assurances vie de base et facultative sont maintenues et vous n'avez pas à en payer les primes, jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- Vous êtes rétabli.
- Vous omettez de présenter une preuve de votre invalidité totale.
- Vous refusez, à la demande de la Financière Sun Life, de subir un examen effectué par un médecin ou un psychologue de son choix.

Congé parental et de maternité et autres congés légaux

Si vous prenez un congé de maternité, parental ou d'adoption ou un autre congé légal, comme un congé pour maladie grave, votre assurance vie de base demeure en vigueur et AECOM en assume les primes en entier. Votre assurance vie facultative est maintenue pendant toute la durée du congé prévue par la loi, si vous continuez à en payer les primes.

Mise à pied temporaire

En cas de mise à pied, votre assurance vie de base demeure en vigueur et AECOM en assume les primes en entier pendant un maximum de 35 semaines. Votre assurance vie facultative est maintenue jusqu'à la fin de votre délai de préavis, si vous continuez à en payer les primes.

Congé autorisé non rémunéré (excluant les congés légaux)

Si votre employeur vous accorde un congé sans solde, votre assurance vie de base demeure en vigueur et AECOM en assume les primes en entier pendant un maximum de 120 jours. Votre assurance vie facultative est maintenue pendant un maximum de 120 jours, si vous continuez à en payer les primes.

Fin de la protection

Votre assurance vie de base ou facultative prend fin à la première des éventualités suivantes :

- À la fin du mois de votre 70^e anniversaire
- À la date de votre cessation d'emploi
- À la date de votre départ à la retraite

L'assurance vie facultative de votre conjoint prend fin à la première des éventualités suivantes :

- À la fin du mois de votre 70^e anniversaire
- Au 70^e anniversaire de votre conjoint
- À la date de votre départ à la retraite ou de votre cessation d'emploi

L'assurance vie facultative de vos enfants prend fin à la première des éventualités suivantes :

- Vous n'avez plus d'enfants à charge
- À la fin du mois de votre 70^e anniversaire
- À la date de votre départ à la retraite ou de votre cessation d'emploi

Souscription d'une assurance vie lorsque vous quittez votre emploi à AECOM

Si vous cessez de travailler pour AECOM, vous pouvez transformer votre police d'assurance vie (de base ou facultative) et/ou la police d'assurance vie facultative de votre conjoint ou de vos enfants en assurance individuelle auprès de la Financière Sun Life, sans justification d'assurabilité, au montant de la présente couverture ou jusqu'à concurrence de 200 000 \$ pour vous-même et de 200 000 \$ pour votre conjoint.

Vous pouvez en faire la demande auprès de la Financière Sun Life dans les 31 jours suivant votre cessation d'emploi. Vous pouvez discuter de ces options en vous adressant à un conseiller de la Financière Sun Life, et pour en apprendre davantage au sujet de la police d'assurance vie My LIFE CHOICE, contactez le centre de solutions client au 1-877-893-9893.

Ce qui n'est pas couvert

Si vous êtes couvert par l'assurance vie facultative, aucun capital-décès n'est versé en cas de décès attribuable à un suicide ou à des blessures volontaires si l'événement se produit dans les deux ans suivant la date d'entrée en vigueur de la police.

Si vous augmentez le montant de la protection de votre assurance vie facultative, le décès attribuable à un suicide ou à des blessures volontaires n'ouvre pas droit au règlement de toute tranche d'assurance vie facultative en vigueur depuis moins de deux ans.

Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident (D et MA)

L'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident (D et MA) prévoit une indemnité en cas d'accident survenant à tout moment, partout dans le monde, et entraînant la mort ou des blessures dans l'année suivant l'accident. L'indemnité vous est versée sous forme de montant forfaitaire, ou dans le cas de votre décès, est versée à vos bénéficiaires. Si vous choisissez l'assurance Det MA facultative pour votre conjoint ou vos enfants, l'indemnité vous est versée.

Assurance D et MA de base

N° de police d'Aig Insurance Company of Canada : BSC 902 4000C

Le montant de l'indemnité de l'assurance D et MA de base est égal à une fois votre salaire annuel, arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$. AECOM rembourse les coûts de cette assurance.

Assurance D et MA facultative

N° de police d'Aig Insurance Company of Canada : PAI 9023999C

Vous pouvez souscrire une assurance D et MA supplémentaire pour vous, votre conjoint et vos enfants. Les primes, déduites de votre paie, sont calculées selon le montant du capital choisi (le « capital assuré »). Les taux actuels se retrouvent sur la page AECOMBenefitsOnline.com.

ASSURANCE D ET MA FACULTATIVE	
Employé	Par tranche de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 500 000 \$
Conjoint	Par tranche de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 500 000 \$, ou au moment de la couverture réservée à l'employé, selon le montant le plus bas.
Enfant	Par tranche de 5 000 \$ jusqu'à concurrence de 100 000 \$

Détails de l'assurance D et MA facultative

Tableau des prestations

Accident	Somme versée
Décès	100 % du capital assuré
Perte de : <ul style="list-style-type: none"> • deux mains ou deux pieds • la vue des deux yeux • une main et un pied • usage des deux bras ou des deux mains • une main ou un pied et la vue d'un œil • la parole et l'ouïe 	100 % du capital assuré
Perte ou perte de l'usage de : <ul style="list-style-type: none"> • d'une jambe ou d'un bras 	80 % du capital assuré
Perte de : <ul style="list-style-type: none"> • une main ou un pied • la vue d'un œil • la parole ou l'ouïe Perte ou perte de l'usage de : <ul style="list-style-type: none"> • une main ou un pied 	75 % du capital assuré
Perte de : <ul style="list-style-type: none"> • quatre doigts d'une main • pouce et index de la même main 	33 % du capital assuré
Perte de : <ul style="list-style-type: none"> • l'ouïe d'une oreille 	67 % du capital assuré
Perte de : <ul style="list-style-type: none"> • tous les orteils d'un pied 	25 % du capital assuré
Quadriplégie (paralysie totale des quatre membres)	Deux fois le capital assuré jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$
Paraplégie (paralysie totale des membres inférieurs)	Deux fois le capital assuré jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$
Hémiplégie (paralysie totale du membre supérieur et inférieur d'un côté corps)	Deux fois le capital assuré jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$

Protection supplémentaire pour enfant

À l'exception de la prestation pour décès, tous les montants prévus au tableau des prestations pertes sont doublés pour un enfant assuré, jusqu'à concurrence de 100 000 \$.

Indemnité pour invalidité totale permanente

Si vous ou une de vos personnes à charge admissibles subissez des blessures entraînant une invalidité totale et permanente, le régime prévoit le versement du capital assuré, moins tous les montants payés en vertu des prestations qui ont déjà été payés ou qui sont payables pour la même perte. On entend par invalidité totale et permanente l'incapacité d'exercer au moins deux des activités de la vie quotidienne, tel que décrit ci-dessous, sans l'assistance d'une autre personne, et ce, pendant une période de 12 mois suivant la date de la blessure, puis l'incapacité d'exercer ces activités sans assistance, pour le reste de votre vie. Un médecin doit confirmer que votre invalidité est totale, permanente et irréversible.

Activités de la vie quotidienne :

- Continence : capacité de contrôler la vessie et les selles, y compris la capacité d'utiliser des fournitures pour stomie ou d'autres dispositifs tels que les cathéters.
- Transfert : se déplacer du lit à une chaise, ou du lit à un fauteuil roulant
- Habillage : enfiler et enlever des vêtements
- Toilettes : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, s'asseoir sur une cuvette et s'en relever, et assurer son hygiène personnelle
- Nourriture : se nourrir seul
- Bain : capacité de prendre son bain ou sa douche et capacité à entrer et à sortir du bain ou de la douche

Service de garde

Si vous ou votre conjoint perdez la vie dans un accident et que vous avez souscrit l'assurance D et MA facultative pour vous, votre conjoint et votre enfant, une prestation pour service de garde est accordée chaque année pendant une période maximale de quatre années consécutives pour chaque enfant à charge de moins de 13 ans qui fréquente un service de garde accrédité dans les 90 jours suivant le décès de l'adulte. L'indemnité est égale à 5 % de votre capital assuré, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ payables chaque année.

Disparition

La prestation de décès est versée si vous ou votre conjoint disparaissent et que le corps reste introuvable dans l'année qui suit votre disparition.

Poursuite des études d'un enfant

Si vous ou votre conjoint perdez la vie dans un accident et que vous avez souscrit l'assurance D et MA facultative pour vous, votre conjoint et votre enfant, votre enfant à charge peut être admissible à recevoir une prestation pendant 4 années consécutives. Votre enfant doit fréquenter un établissement d'enseignement à temps plein et suivre des cours de niveau collégial ou universitaire.

L'indemnité est égale à 5 % de votre capital assuré, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par institution pour les frais de scolarité.

Formation professionnelle du conjoint

Si vous perdez la vie dans un accident et que vous avez souscrit l'assurance D et MA pour vous, votre conjoint et votre enfant, votre conjoint peut être admissible à recevoir une prestation. Votre conjoint doit suivre un programme de formation professionnelle ou de cours de métier dans les 30 mois suivant votre décès dans le but d'obtenir une source de revenus indépendante. Le montant maximal de la prestation est de 15 000 \$.

Exposition

Vous ou vos personnes à charge assurées êtes couverts en cas de perte subie à la suite d'une exposition inévitable aux éléments à la suite d'un accident.

Garantie complémentaire pour les membres de votre famille (offerte uniquement avec l'assurance-accident facultative)

Si vous perdez la vie dans un accident, l'assurance D et MA facultative de votre conjoint et enfant peut être prolongée jusqu'à 6 mois sous réserve du paiement des primes.

Transport des membres de la famille

Si vous ou une de vos personnes à charge assurées êtes hospitalisés à plus de 100 kilomètres de votre lieu de résidence permanent dans les 365 jours suivant une blessure, le régime prévoit le versement d'une prestation pouvant aller jusqu'à 15 000 \$ pour couvrir les frais de transport d'un membre de votre famille immédiate. Le médecin traitant doit recommander la présence d'un membre de la famille.

Remarque : la qualité de **membre de la famille** immédiate est définie dans la police.

Modification d'une habitation et d'un véhicule

Si vous ou une de vos personnes à charge assurées subissez une perte (figurant au tableau des prestations ci-dessus) et que vous devez utiliser un fauteuil roulant, le régime couvrira les frais de modification raisonnables et non répétitifs de votre domicile ou de votre véhicule, jusqu'à concurrence de 15 000 \$.

Indemnité en cas d'hospitalisation

Si vous ou une personne assurée subissez une perte (figurant au tableau des prestations ci-dessus) entraînant une hospitalisation, le régime prévoit le versement d'une indemnité :

- équivalente à 1 % du capital assuré jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par mois pour une période d'hospitalisation de plus de 30 jours; ou
- 1/30^e du montant établi pour une hospitalisation de plus de 5 jours, mais moins de 30 jours, jusqu'à concurrence de 12 mois.

Réadaptation

Si vous devez suivre un programme de réadaptation à la suite d'un accident, le régime couvrira les frais nécessaires et raisonnables engagés dans les deux ans suivant l'accident, jusqu'à concurrence de 15 000 \$. Aucune prestation n'est payable pour les frais courants de subsistance et de déplacement ou pour l'achat de vêtements.

Rapatriement

Si vous ou votre personne à charge assurée décédez dans un accident qui survient à plus de 50 kilomètres de votre lieu de résidence, le régime couvre les frais réels engagés pour la préparation et le rapatriement de la dépouille de la personne décédée dans les 365 jours suivant l'accident, jusqu'à concurrence de 15 000 \$.

Ceinture de sécurité

Si vous ou une personne à charge assurée conduisez ou prenez place à bord d'un véhicule personnel et que votre ceinture est attachée correctement au moment de l'accident, les prestations payables au titre du régime sont majorées de 10 %, jusqu'à concurrence de 50 000 \$. Le port de la ceinture de sécurité doit être confirmé par l'inspecteur de police dirigeant l'enquête ou consigné au rapport d'accident officiel.

Décès simultané (protection offerte avec l'assurance D et MA facultative)

Si votre décès et celui de votre conjoint assuré surviennent à la suite du même accident et dans les 90 jours de cet accident, la prestation payable à la suite du décès de votre conjoint sera égale à la prestation payable à votre décès.

Frais funéraires

Si vous ou votre personne à charge assurée décédez par accident, le régime prévoit le remboursement des frais funéraires jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

Soutien aux personnes endeuillées

En cas de décès par accident, le régime prévoit le versement d'une indemnité pouvant aller jusqu'à 1 000 \$ pour des services de consultation aux personnes endeuillées admissibles dans l'année qui suit l'accident.

Si vous ou votre personne à charge assurée décédez dans un accident et que vous avez souscrit l'assurance D et MA facultative, le régime prévoit le versement d'une indemnité pouvant aller jusqu'à 2 000 \$ pour des services de consultation aux personnes endeuillées admissibles dans l'année qui suit l'accident.

Évacuation médicale d'urgence

Si vous souffrez d'une maladie ou d'une blessure nécessitant une évacuation médicale d'urgence prescrite par un médecin autorisé, le transport est assumé par le régime jusqu'à concurrence de 40 000 \$.

Rapatriement du corps

Si vous perdez la vie, le régime prévoit une indemnité allant jusqu'à 4 000 \$ pour rapatrier le corps dans votre pays de résidence.

Réparation chirurgicale

Le régime versera un pourcentage du capital assuré si un membre, en tout ou en partie, est complètement sectionné à la suite d'une blessure et qu'il doit être remembré chirurgicalement. Veuillez consulter la police pour d'autres détails.

Thérapie psychologique

Le régime prévoit, pour vous ou votre personne à charge assurée, le versement d'une indemnité pouvant aller jusqu'à 5 000 \$ si, en raison d'une perte assurée, une thérapie psychologique s'avère nécessaire dans les 2 ans suivant l'accident.

Modification et adaptation des lieux de travail

Le régime prévoit le versement d'une indemnité pouvant aller jusqu'à 5 000 \$ pour la modification de votre lieu de travail ou l'achat d'équipement adapté afin de vous permettre de reprendre le travail à temps plein auprès de votre employeur à la suite d'une perte assurée.

Identification de la personne décédée

Le régime prévoit le versement d'une indemnité pouvant aller jusqu'à 5 000 \$ pour le transport d'un membre de votre famille immédiate chargé de vous identifier si votre décès survient à au moins 150 kilomètres de votre domicile et que les autorités exigent l'identification de votre dépouille avant son rapatriement.

Assurance contre les risques de guerre

Vous pouvez être admissible à une assurance contre les blessures ou les pertes découlant d'une guerre déclarée ou non dans certains pays. Veuillez consulter la police pour d'autres détails.

Bénéficiaires

Vous devez remplir un formulaire de bénéficiaire pour l'assurance D et MA. Si vous désignez plusieurs bénéficiaires, assurez-vous que la répartition du capital versé à votre décès totalise 100 %. Vous pouvez également changer de bénéficiaires en tout temps en remplissant un nouveau formulaire de bénéficiaire et en le faisant parvenir à l'administrateur du régime. Si

vous souscrivez une assurance D et MA pour votre conjoint et vos enfants, c'est vous qui en êtes le bénéficiaire.

Désignation d'un bénéficiaire

Pour accélérer et faciliter le paiement de votre capital-décès, il est préférable de désigner une personne plutôt que votre succession comme bénéficiaire. Si vous choisissez de désigner votre succession, votre capital-décès sera assujéti aux frais d'homologation et servira à régler des dettes avant d'être versé à vos ayants droit.

Si vous désignez un enfant de moins de 18 ans comme bénéficiaire, vous devez également nommer un fiduciaire pour administrer les fonds, sinon, c'est le curateur public qui s'en chargera.

Lorsqu'aucun bénéficiaire n'est vivant au moment de votre décès, le capital-décès est payable à votre succession.

Maintien de la protection pendant une période d'absence

Congé d'invalidité de courte durée

Pendant que vous recevez des prestations d'ICD, votre assurance D et MA de base demeure en vigueur et AECOM en assume les primes en entier. Votre couverture d'assurance D et MA facultative demeure aussi, si vous continuez à en payer les primes.

Congé d'invalidité de longue durée

Si vous êtes admissibles à des prestations d'ILD alors que vous êtes assuré en vertu du régime d'AECOM, vos assurances D et MA de base et facultative sont maintenues et vous n'avez pas à en payer les primes, jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- Vous êtes rétabli.
- Vous omettez de présenter une preuve de votre invalidité totale.
- Vous refusez, à la demande de la Financière Sun Life, de subir un examen effectué par un médecin ou un psychologue de son choix.

Congé parental et de maternité et autres congés légaux

Si vous bénéficiez d'un congé autorisé de maternité, parental ou d'adoption ou d'un autre congé légal, comme un congé pour maladie grave, votre assurance D et MA de base demeure en vigueur et AECOM en assume les primes en entier. Votre assurance D et MA facultative est maintenue pendant toute la durée du congé prévue par la loi, si vous continuez à en payer les primes.

Mise à pied temporaire

En cas de mise à pied, votre assurance D et MA de base demeure en vigueur et AECOM en assume les primes en entier pendant un maximum de 35 semaines. Votre assurance D et MA facultative est maintenue jusqu'à la fin de votre délai de préavis, si vous continuez à en payer les primes.

Congé autorisé non rémunéré (excluant les congés légaux)

Si votre employeur vous accorde un congé sans solde, votre assurance D et MA de base demeure en vigueur et AECOM en assume les primes en entier pendant un maximum de 120 jours. Votre assurance D et MA facultative est maintenue pendant un maximum de 120 jours, si vous continuez à en payer les primes.

Fin de la protection

Votre assurance D et MA de base et facultative prend fin à la première des éventualités suivantes :

- À la date de votre cessation d'emploi
- À la date de votre départ à la retraite
- À la fin du mois de votre 70^e anniversaire

Continuation de votre assurance D et MA à votre départ d'AECOM

Si vous cessez de travailler pour AECOM, pour quelque raison que ce soit, vous pouvez transformer votre assurance D et MA de base ou facultative en assurance individuelle offrant une couverture comparable. Le montant de la protection ne peut pas être supérieur au capital assuré au taux en vigueur à ce montant. Il suffit de remplir le formulaire à cet effet et de le transmettre à l'assureur accompagné du paiement de la prime initiale dans les 90 jours suivant la date de votre départ.

Pour obtenir un formulaire de demande, veuillez communiquer avec le service des avantages sociaux des RH au 905-747-7435 (toutes les provinces, sauf le Québec), et au 905-747-7458 pour les employés du Québec. Les employés du groupe énergie, exploitation et entretien – pétrole et gaz (EOM-O&G) doivent appeler au 780-638-2284.

Ce qui n'est pas couvert

L'assurance D et MA ne prévoit aucune prestation pour toute perte causée en tout ou en partie par ou résultant d'un des événements suivants :

- Un suicide ou toute tentative en ce sens alors que vous êtes sain d'esprit
- Des blessures volontairement infligées ou toute tentative en ce sens, que vous soyez sain d'esprit ou non
- Une guerre déclarée ou non déclarée ou tout acte de guerre
- Une maladie, affection ou déficience physique directement ou indirectement à l'origine de la perte ou de la demande de règlement
- Une incapacité mentale directement ou indirectement à l'origine de la perte ou de la demande de règlement
- Une blessure subie pendant que vous êtes soumis à un traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'une affection ou d'une infirmité physique ou mentale
- Un accident ou événement vasculaire cérébral, accident ou événement cardiovasculaire, infarctus du myocarde ou crise cardiaque, thrombose coronaire ou anévrisme
- Un voyage ou un vol à bord d'un appareil (y compris à l'embarquement ou au débarquement et en y montant ou en en descendant) utilisé pour la navigation aérienne, si vous :
 - 1) êtes passager d'un aéronef non destiné au transport de passagers ou ne détenant pas de permis à cet effet
 - 2) exécutez, apprenez à exécuter ou enseignez à exécuter des manœuvres en tant que pilote ou membre de l'équipage de tout aéronef
 - 3) êtes passager d'un aéronef appartenant au détenteur de la police
- Une infection, quelle qu'elle soit et peu importe la façon dont elle a été contractée, à l'exception d'infections bactériennes causées directement par le botulisme, l'intoxication alimentaire ou une coupure ou une blessure accidentelles indépendantes et en l'absence de toute autre maladie, affection ou condition sous-jacentes, y compris, mais sans s'y limiter, le diabète
- Une blessure que vous subissez pendant que vous êtes au service actif à temps plein des forces armées, des forces de réserve organisées d'un pays ou d'une autorité internationale quelconque

- Une blessure ou une perte que vous subissez alors que vous conduisez un véhicule ou autre moyen de transport sous l'effet de l'alcool et que votre taux dans le sang est supérieur à 80 mg par 100 ml
- Une blessure ou une perte que vous subissez alors que vous conduisez un véhicule sous l'effet de la drogue ou de substances désignées, selon la définition figurant dans la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (Canada), à moins que leur prise soit strictement conforme aux conseils et à l'ordonnance d'un médecin autorisé
- La perpétration ou toute tentative de perpétration d'un acte par vous ou une blessure subie par vous durant la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un tel acte qui, s'il fait l'objet d'un jugement du tribunal, constitue un acte illégal aux termes des lois en vigueur où l'acte a été commis
- Un acte, toute tentative de perpétrer un acte ou une omission commise par vous ou commise avec votre consentement dans le but d'interrompre le flux sanguin vers votre cerveau ou de causer l'asphyxie, qu'il y ait ou non intention de nuire
- Des causes naturelles

Régime d'assurance invalidité de courte durée (ICD)

N° de police de la Financière Sun Life : 25527

Le régime d'assurance invalidité de courte durée d'AECOM est conçu pour apporter un soutien financier en cas de maladie ou de blessure qui vous empêche de travailler pendant une période prolongée. Vous recevez un pourcentage de votre revenu, tant et aussi longtemps que vous restez admissible au congé d'invalidité en vertu du régime d'AECOM.

Coût et indemnité

L'assurance invalidité de courte durée (ICD) est obligatoire pour tous les employés d'AECOM

À l'adhésion, vous avez le choix entre deux niveaux de couverture d'ICD

- La première option remplace 67 % de votre salaire de base jusqu'à concurrence de 16 semaines
- La deuxième option remplace 75 % de votre salaire de base, jusqu'à concurrence de 16 semaines.

Les primes d'assurance invalidité de courte durée sont payées par les employés, ce qui constitue un avantage fiscal puisque les prestations versées ne sont pas imposables. Les primes varient en fonction de votre salaire annuel et de l'option choisie.

Après une semaine de période d'attente et 16 semaines de prestations d'invalidité de courte durée, le régime d'assurance invalidité de longue durée peut entrer en vigueur une fois la demande approuvée par la Financière Sun Life.

Détails du régime ICD

Afin d'être admissible aux prestations d'ICD, l'employé doit être sous la surveillance et les soins réguliers d'un médecin autorisé au Canada ou aux États-Unis. Un formulaire de demande de prestations d'ICD doit être rempli et transmis à AECOM sur demande, ou si la maladie ou l'accident se prolonge plus de cinq jours ouvrables. À défaut de remplir ce formulaire, au besoin, une prestation de maladie pourrait être refusée. Les demandes de prestations en vertu du présent régime sont établies et administrées par la Financière Sun Life.

Conditions d'admissibilité aux prestations d'ICD :

- Souffrir d'une maladie légitime ou d'une blessure qui vous empêche de vous acquitter de vos tâches régulières et qui n'est pas admissible à une indemnité d'accident de travail en vertu de loi.
- Être un employé permanent à temps plein ou à temps partiel qui travaille 20 heures ou plus par semaine.
- Déclarer la maladie ou l'accident à votre superviseur ou gestionnaire immédiat avant 10 h ou dans les meilleurs délais possible, dès le premier jour d'absence, puis sur une base quotidienne pendant la durée de l'absence.
- Remplir et transmettre le formulaire Déclaration d'état de santé de l'employé à la Financière Sun Life.
- Demander à votre médecin de remplir et de transmettre le formulaire Déclaration du médecin traitant à la Financière Sun Life.
- Fournir les documents médicaux justificatifs appropriés dans des délais raisonnables
- Suivre activement un programme de traitement approuvé par un médecin ou un spécialiste.
- Se soumettre à un examen médical indépendant si la Financière Sun Life l'exige.

- Participer à un programme de réhabilitation ou de retour au travail adapté à l'état de santé de l'employé.

Les formulaires de déclaration de l'employé et du médecin sont exigés dans le cas d'une absence de plus de cinq jours ouvrables consécutifs pour la même maladie ou invalidité dans un délai précis. ***Si les formulaires ne sont pas transmis, aucune prestation ne sera versée tant qu'ils ne sont pas reçus et approuvés par la Financière Sun Life.***

Il est de votre responsabilité de vous présenter au travail en bonne condition physique de façon à vous acquitter de vos tâches.

Tous les cas d'accidents, de blessures ou de maladies professionnelles doivent être communiqués immédiatement au service des ressources humaines ou au service de sécurité, santé et environnement.

Les prestations d'ICD prennent fin immédiatement dans les situations suivantes :

- Début des prestations d'invalidité de longue durée (ILD)
- Fin de la période maximale de prestations de 16 semaines
- La Financière Sun Life juge que vous êtes prêt à reprendre le travail
- Vous quittez votre emploi chez AECOM, prenez votre retraite, démissionnez ou à votre décès

Invalidités nouvelles et récurrentes

Dans l'éventualité où vous êtes absent du travail en raison de la récurrence de la même maladie invalidante ou d'une maladie connexe dans les **deux semaines** suivant la fin de l'invalidité précédente et du retour au travail subséquent, la récurrence sera considérée comme étant une prolongation de la période d'invalidité précédente, à condition que vous respectiez les critères d'admissibilité. La période maximale de prestations de la période d'invalidité précédente s'appliquera.

À cette fin, on entend par retour au travail une situation d'emploi à temps plein et la reprise des tâches habituelles.

Si l'invalidité est attribuable à une nouvelle cause après la fin de la période d'invalidité précédente, l'absence sera considérée comme étant une nouvelle période d'invalidité.

Revenu maximal d'assurance invalidité

Si vous recevez une rente d'invalidité payable en vertu d'un programme gouvernemental ou de tout autre régime de groupe ou d'association, le montant de cette rente est soustrait de la prestation d'ICD d'AECOM. Votre indemnité d'invalidité totale, toutes sources confondues (incluant le régime d'ICD d'AECOM), ne peut dépasser 85 % de votre salaire de base mensuel net au début de l'invalidité.

Programmes de réhabilitation et de retour au travail

On pourrait vous demander de participer à un programme de réhabilitation approuvé par la Financière Sun Life. Le programme peut comprendre la participation d'un spécialiste en réhabilitation de la Financière Sun Life, un travail à temps partiel, un travail dans un autre poste ou une formation professionnelle pour faciliter votre retour au travail à temps plein.

La Financière Sun Life n'est d'aucune façon tenue d'approuver ou de poursuivre le programme de réhabilitation d'un employé. La Financière Sun Life tiendra compte des aspects financiers et du bien-fondé de la réhabilitation.

Durant votre programme de réhabilitation, vous pouvez recevoir les prestations d'ICD provenant d'autres sources. Toutefois, si durant une semaine donnée, votre revenu total excède 100 % de votre salaire de base au début de l'invalidité (moins l'impôt provincial et

fédéral si votre prestation est non imposable), votre prestation d'invalidité de courte durée sera réduite du montant excédentaire.

Vous devriez envisager une participation au programme de réhabilitation le plus tôt possible après le moment où vous êtes frappé d'invalidité totale.

Blessures et maladies professionnelles

Le programme de prestations d'ICD a pour but d'assurer une protection contre les blessures ou maladies non professionnelles.

La Financière Sun Life n'étudiera pas une demande d'indemnité pour une blessure ou maladie liée au travail à moins que la demande ne soit refusée par la Commission des accidents de travail.

Comment présenter une réclamation

Pour faire une demande de prestations d'ICD, vous et votre médecin devez remplir le formulaire de *Déclaration de l'employé* et la *Déclaration du médecin traitant* et le transmettre directement à la Financière Sun Life. Ce formulaire décrit la situation médicale, le plan de traitement et les restrictions.

La Financière Sun Life étudiera la réclamation et enverra une lettre expliquant sa décision à AECOM et à l'employé.

Dans le cas d'absences prolongées, vous devez fournir à la Financière Sun Life le formulaire de renseignements médicaux à jour rempli par votre médecin traitant, comme prescrit par un infirmier gestionnaire de cas de la Financière Sun Life. On pourrait vous demander de vous soumettre à un examen médical indépendant, jugé nécessaire par l'infirmier, pour obtenir une évaluation plus approfondie de votre état de santé.

Il vous incombe de remplir rapidement les formulaires ou documents médicaux demandés. Les coûts liés à la préparation de ces formulaires sont à votre charge.

Recours

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision relative au refus des prestations d'ICD, vous pouvez faire appel de cette décision.

Les appels doivent être déposés par écrit, accompagnés des renseignements médicaux supplémentaires, auprès de la Financière Sun Life dans les 30 jours calendrier suivant la date de la décision. Vous devez assumer les coûts associés au traitement des rapports médicaux requis pour l'appel. Aucune prestation d'ICD n'est versée lorsqu'une réclamation fait l'objet d'un appel.

Maintien de la protection pendant une période d'absence

Invalidité

Pendant que vous recevez des prestations d'ICD :

- Vous pouvez continuer de bénéficier de vos avantages sociaux de base (soins de santé, ICD, ILD), et facultatifs (assurances vie et D et MA facultatives et assurance contre les maladies graves) et des cotisations au régime de retraite et d'épargne, à condition de payer votre portion de la prime.
- Ou, vous pouvez vous retirer de vos avantages sociaux de base et facultatifs. Si c'est le cas, on pourrait vous demander de fournir une preuve d'assurabilité si vous voulez adhérer de nouveau à votre retour au travail.

Congé parental et de maternité et autres congés légaux

Si vous prenez un congé de maternité, parental ou d'adoption ou un autre congé légal, comme un congé pour maladie grave, vous êtes admissible au maintien de votre assurance invalidité de courte durée pendant toute la durée du congé prévue par la loi, à la condition de payer les primes.

Mise à pied temporaire

Si vous êtes mis à pied de façon temporaire, votre assurance invalidité de courte durée se poursuit jusqu'à la fin du délai de préavis, à condition de payer les primes.

Congé autorisé non rémunéré (sauf les congés légaux)

Si vous bénéficiez d'un congé autorisé non rémunéré, votre protection du régime de santé se poursuit à condition de vous acquitter de la prime complète (part de l'employé et part de l'entreprise). L'assurance invalidité de courte durée prend fin la dernière journée travaillée.

Fin de la protection

Votre assurance ICD prend fin à la première des éventualités suivantes :

- Début des prestations d'invalidité de longue durée (ILD)
- Date de votre départ à la retraite ou de votre cessation d'emploi
- Vous prenez votre retraite, démissionnez ou à votre décès

Ce qui n'est pas couvert

Aucune indemnité ne sera versée dans le cas de certaines exclusions et restrictions :

- Blessure ou affection pour lesquelles des prestations sont payées ou payables en vertu de la Loi sur les accidents de travail
- Opération chirurgicale non urgente
- Maladie ou blessure infligée volontairement
- Maladie ou blessure résultant d'un service dans les forces armées
- Maladie ou blessure résultant d'une participation à une guerre, une émeute ou à une conduite désordonnée
- Maladie ou blessure résultant de la perpétration d'un acte criminel
- Toute période pendant laquelle vous purgez une peine de prison
- Période pendant laquelle vous recevez des prestations de maternité, parentale ou d'adoption en vertu d'un programme gouvernemental
- Si l'invalidité découle de l'abus de drogues ou d'alcool, sauf si vous êtes hospitalisé ou que vous participez à un programme de réhabilitation et que vous recevez un traitement continu pour ce type d'invalidité, prodigué pour par un médecin autorisé.

Un taux d'absence excessif ou un recours abusif à ce régime pourrait faire l'objet de mesures disciplinaires pouvant aller jusqu'au congédiement.

Assurance invalidité de longue durée (ILD)

N° de police de la Financière Sun Life : 83975

L'assurance invalidité de longue durée (ILD) assure une protection financière lorsque vous devenez complètement invalide à la suite d'une maladie ou d'une blessure. En supposant que vous êtes toujours admissible, vous recevrez des prestations mensuelles pendant toute la période de votre invalidité, jusqu'à l'âge de 65 ans.

L'assurance ILD de base est obligatoire pour tous les employés d'AECOM. Vous pouvez aussi souscrire une assurance qui augmentera vos prestations d'invalidité jusqu'à concurrence de 3 % par année afin de vous protéger des effets de l'inflation.

Définition d'une invalidité admissible

Si vous êtes dans l'incapacité de travailler en raison d'une invalidité admissible pendant une période de plus de 17 semaines consécutives, c'est-à-dire après avoir reçu toutes vos prestations d'invalidité de courte durée, vous pouvez faire une demande de prestations d'invalidité de longue durée. Pour être admissible aux prestations d'assurance invalidité de longue durée, vous devez avoir subi une incapacité complète et être sous les soins d'un médecin qualifié. Cela signifie que, pour cause de maladie ou de blessure, vous êtes incapable d'accomplir chacune des tâches importantes de votre profession pendant la période d'ICD (délai d'attente d'une semaine puis 16 semaines d'ICD) et les 24 mois suivants. Par la suite, ces tâches physiques sont présumées être celles de tout emploi pour lequel vous êtes ou vous pouvez devenir apte à accomplir par des études, de la formation ou de l'expérience.

Coût et indemnité

L'assurance invalidité de longue durée est obligatoire pour tous les employés d'AECOM. Les primes d'assurance invalidité sont payées par les employés, ce qui constitue un avantage fiscal puisque les prestations versées ne sont pas imposables. Les primes varient en fonction de votre salaire annuel et de l'option choisie.

À l'adhésion, vous avez le choix du niveau d'assurance invalidité de longue durée :

- ILD de base (première option)
- ILD bonifiée rajustée au coût de la vie (deuxième option).

Assurance invalidité de base (première option)

L'assurance invalidité de longue durée de base prévoit un revenu égal à la formule suivante :

- 70 % de la première tranche de 2 000 \$ du revenu mensuel avant invalidité;
- 55 % de la tranche suivante de 1 500 \$ du revenu mensuel avant invalidité;
- 45 % du solde de votre salaire de base payé avant l'invalidité.

La prestation mensuelle maximale est de 12 000 \$.

Assurance invalidité de longue durée bonifiée avec rajustement au coût de la vie (deuxième option)

En plus de la protection de base, vous pouvez souscrire une assurance invalidité de longue durée bonifiée moyennant une prime supplémentaire. Cette option vous assure d'un rajustement en fonction de l'indice des prix à la consommation, jusqu'à concurrence de 3 % par année.

DÉTAILS DE L'ASSURANCE ILD

Soins d'un médecin

Vous n'êtes pas considéré comme étant frappé d'une incapacité totale à moins que vous ne soyez sous les soins continus d'un médecin que la Financière Sun Life juge appropriés à votre invalidité et que vous suiviez le traitement prescrit par ce médecin.

Soumettre une demande de réclamation

La Financière Sun Life doit recevoir une demande de réclamation dans les 3 mois suivant la fin de la période d'admissibilité. La période d'attente débute à la date où vous subissez une incapacité complète.

Une preuve d'incapacité complète continue peut être requise aussi souvent que nécessaire.

Si vous recevez un revenu en vertu de la Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail ou d'une autre loi similaire, vous devez soumettre une demande de prestations d'invalidité mensuelles.

Tous les frais exigés pour remplir un formulaire ou un rapport médical sont assumés par l'employé, sauf lorsque interdit par la loi.

Recours

À tout moment, la Financière Sun Life peut demander des renseignements professionnels en appui à une preuve de réclamation. Si les renseignements ne sont pas fournis dans les 90 jours suivant la demande, le demandeur ne pourra pas bénéficier d'une partie ou de la totalité des versements de prestations.

Il y a une limite de temps pour en appeler de la décision de la Financière Sun Life de refuser ou de mettre fin au paiement d'une réclamation. Un appel doit être logé dans les trois mois suivant la décision et doit être accompagné de nouvelles preuves médicales.

Sauf si la législation applicable permet l'utilisation d'un délai de prescription différent, toute poursuite ou procédure à l'encontre d'un assureur pour récupérer les sommes assurées payables en vertu de la police est absolument interdite, sauf si elle est entamée dans les délais de la Loi sur les assurances, ou dans un autre délai prévu par une telle législation, applicable à une réclamation, action ou procédure.

Lorsque la législation applicable permet l'utilisation d'un délai de prescription différent, aucune poursuite ou procédure ne peut être déposée contre la Financière Sun Life relativement à :

- toute réclamation pour laquelle la Financière Sun Life n'a effectué aucun versement, plus d'un an après la fin de la période pendant laquelle la demande initiale d'une preuve de réclamation est exigée selon les dispositions de la police;
- toute réclamation pour prestations d'invalidité payées par la Financière Sun Life pendant une certaine période, plus d'un an après la dernière date pour laquelle des prestations d'invalidité ont été versées.

Preuve médicale d'assurabilité

Vous n'êtes pas tenu de fournir une preuve médicale de bonne santé pour ce type de prestation.

Réduction des prestations

Vos prestations d'ILD seront réduites du plein montant de toute autre prestation ou tout autre revenu reçu en vertu de l'indemnisation des accidents du travail, du Régime de pensions du Canada ou du Québec, d'autres programmes gouvernementaux et d'autres régimes d'assurance ou d'associations, de sorte que vos prestations reçues de toutes les sources mentionnées (y compris le régime d'AECOM) ne pourront être supérieures à 85 % de votre

salaire net de base au moment de l'invalidité. La prestation mensuelle maximale est de 12 000 \$.

Invalidités récurrentes

Lorsque vous retournez au travail après une période d'invalidité totale et que vous êtes frappé d'une nouvelle incapacité complète en raison de la même cause ou d'une cause connexe dans les six mois de votre retour au travail, la récurrence sera considérée comme étant une prolongation de la période d'invalidité précédente. Le versement des prestations débutera un mois après la date de récurrence de votre invalidité.

Réadaptation

Vous n'êtes pas automatiquement autorisé à prendre part à un programme de réadaptation en vertu de votre assurance-ILD; toutefois, l'assureur peut envisager un programme de réhabilitation approuvé par votre médecin.

Si vous recevez un revenu provenant d'un programme de réadaptation, vos prestations d'ILD seront réduites de sorte que votre revenu total de toutes les sources ne pourra être supérieur à 100 % de votre revenu antérieur à l'invalidité.

Maintien de la couverture d'assurance collective pendant un congé d'ILD

Pendant que vous recevez des prestations d'ILD, vous bénéficiez d'une exonération de primes d'assurances vie, invalidité de longue durée et D et MA.

Vous avez le choix de conserver votre module de soins de santé actuel ou de vous retirer complètement du régime.

- Si vous décidez de conserver votre couverture de soins de santé, vous devez assumer la part habituelle de l'employé à l'égard des primes et AECOM paie la portion de l'employeur (la même que lorsque vous travaillez). La couverture prend fin dès que vous avez reçu des prestations d'invalidité de longue durée pendant 24 mois.
- Si vous décidez de vous retirer du régime de soins de santé, communiquez avec le Centre d'assurance collective d'AECOM pour obtenir de l'aide.

Maintien de la couverture d'assurance ILD pendant une période d'absence

Congé parental et de maternité et autres congés légaux

Si vous prenez un congé de maternité, parental ou d'adoption ou un autre congé légal, comme un congé pour maladie grave, vous êtes admissible au maintien de votre assurance invalidité de longue durée pendant toute la durée du congé prévue par la loi, à la condition de payer votre portion de la prime.

Mise à pied temporaire

Si vous êtes mis à pied de façon temporaire, votre assurance invalidité de longue durée se poursuit jusqu'à la fin du délai de préavis, à condition de payer votre portion de la prime.

Congé autorisé non rémunéré (sauf les congés légaux)

Si vous bénéficiez d'un congé autorisé non rémunéré, votre assurance invalidité de longue durée cesse la dernière journée travaillée.

Si les dispositions relatives à l'invalidité de longue durée prennent fin pendant que vous êtes en incapacité complète, vous continuerez d'être admissible à ces prestations comme si elles étaient toujours en vigueur.

Fin de la protection

Votre assurance invalidité de longue durée prend fin au moment de votre cessation d'emploi ou à la fin du mois où vous atteignez l'âge de 65 ans, moins la période d'attente, selon la première des deux éventualités.

À propos des affections préexistantes

Vous n'êtes pas couvert par l'assurance invalidité de longue durée si vous avez une affection préexistante et que vous subissez une incapacité complète dans les 12 mois qui suivent votre adhésion au régime. Une affection préexistante est une affection pour laquelle vous avez reçu des soins médicaux, une consultation, un diagnostic ou un traitement dans les 3 mois qui précèdent votre adhésion au régime. Cette exclusion ne s'applique pas si, après votre adhésion au régime, vous avez travaillé pendant douze mois consécutifs, sans absence liée à l'affection préexistante, ou vous étiez assuré pour une protection similaire en vertu d'une police antérieure émise pour ce groupe et remplacée par cette disposition dans les 31 jours de son annulation.

Ce qui n'est pas couvert

Aucune prestation n'est payable en regard des invalidités résultant de :

- Blessures volontairement infligées
- Participation à une guerre, une émeute ou un mouvement populaire
- Manquement à se soumettre à un examen médical
- Utilisation de drogues ou d'alcool, sauf si vous êtes étroitement encadré et que vous recevez un traitement continu pour l'incapacité complète dans un établissement provincial désigné pour ce traitement

Assurance contre les maladies graves

N° de police SSQ Groupe financier : 1B 420

L'assurance contre les maladies graves est fournie par SSQ Groupe financier.

L'assurance facultative contre les maladies graves est conçue pour verser un montant forfaitaire non imposable dans l'éventualité où vous ou votre conjoint :

- recevez un premier diagnostic de maladie grave couverte alors que l'assurance est en vigueur
- survivez au moins 14 jours après le diagnostic

Parmi les nombreux avantages de cette protection, il y a le fait que le versement des prestations n'est pas limité par votre capacité à travailler ou même votre rétablissement complet.

Cette somme peut servir à toute fin que vous jugez utile : payer les frais médicaux non couverts en vertu du régime de soins de santé provincial, les soins à domicile, la garde d'enfants, des aménagements spéciaux à votre domicile.

Détails de l'assurance contre les maladies graves

On entend par « période de survie » les 14 jours suivant la date du diagnostic ou les 14 jours suivant la chirurgie, le cas échéant, sauf mention contraire dans la police. La période de survie ne comprend pas les jours de branchement à des appareils de survie, comme indiqué ci-après. Vous ou votre conjoint devez être vivants à la fin de la période de survie et ne pas avoir subi de cessation irréversible de toutes les fonctions cérébrales.

Dans le cas des maladies assujetties à une période d'admissibilité, notamment 90 jours pour la méningite bactérienne et la paralysie, la période de survie coïncide avec la période d'admissibilité de ces maladies.

Coût et indemnité

L'assurance contre les maladies graves est un avantage facultatif payé par l'employé au moyen de retenues sur la paie aux deux semaines. L'assurance est offerte selon les modalités suivantes :

- Vous : tranches de 5 000 \$ jusqu'à concurrence de 550 000 \$ (preuve d'assurabilité exigée pour tout montant supérieur à 60 000 \$).
- Votre conjoint : tranches de 5 000 \$ jusqu'à concurrence de 550 000 \$ (preuve d'assurabilité exigée pour tout montant supérieur à 40 000 \$).

Les primes pour vous et pour votre conjoint varient selon l'âge, le sexe et le statut de fumeur.

Maladies graves couvertes

L'assurance contre les maladies graves couvre 40 maladies différentes et elle est offerte jusqu'à l'âge de 70 ans. Le diagnostic d'une des maladies graves suivantes peut vous donner droit, ainsi qu'à votre conjoint, à une prestation égale au capital assuré :

- | | |
|-------------------------|--|
| – Chirurgie aortique | – Anémie aplasique |
| – Méningite bactérienne | – Tumeur bénigne au cerveau |
| – Cécité | – Cancer (mettant la vie en danger) |
| – Coma | – Angioplastie coronarienne |
| – Pontage coronarien | – Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie |
| – Surdité | – Démence, y compris la maladie d'Alzheimer |

- Cardiomyopathie dilatée
- Hépatite virale fulminante
- Remplacement ou réparation valvulaire
- Insuffisance rénale
- Insuffisance hépatique à un stade avancé
- Perte de membres
- Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente
- Pathologie des neurones moteurs
- Dystrophie musculaire
- Paralysie
- Hypertension pulmonaire primaire
- Brûlures graves
- Mélanome malin au stade 1A
- AVC
- Carcinome canalaire in situ du sein
- Crise cardiaque
- Chirurgie de remplacement de la hanche
- Chirurgie de remplacement du genou
- Perte d'autonomie
- Perte du langage
- Greffe d'un organe vital
- Sclérose en plaques
- Infection professionnelle par le VIH
- Maladie de Parkinson et autres troubles atypiques du Parkinson
- Sclérose systémique progressive
- Arthrite rhumatoïde grave
- Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
- Lupus érythémateux disséminé

Toute maladie grave ou problème de santé qui n'est pas défini dans la police n'est pas couvert et, par conséquent, aucune prestation n'est versée à l'égard d'une telle maladie.

Les détails et les définitions de l'assurance se retrouvent dans la police Critical Choice Care et vous devez survivre 14 jours suivant le diagnostic. Une restriction s'applique uniquement lorsque le diagnostic vise une maladie qui est liée à une maladie antérieure.

Les cas de cancer ou de tumeur cérébrale sont soumis à une période d'exclusion de 90 jours à partir de la date d'entrée en vigueur de l'assurance. Durant cette période, aucune prestation n'est versée pour un diagnostic de cancer, ou si la personne assurée a présenté des signes ou symptômes ou subi des examens menant à un diagnostic de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu dans le contrat), sans égard à la date du diagnostic.

Autres modalités

- **Deuxième opinion médicale** : programme qui permet d'accéder à des professionnels de la santé hautement qualifiés pour obtenir une deuxième opinion médicale;
- **Couverture d'événements multiples** : s'applique si vous ou votre conjoint recevez un diagnostic de maladie grave couverte pour laquelle le capital assuré (ou 10 % du capital assuré en vertu de l'indemnité complémentaire dans le cas de certaines maladies) a été versé et si vous recevez ensuite un diagnostic d'une autre maladie grave couverte. Dans ce cas, le régime versera une somme du capital assuré (ou 10 % du capital assuré en vertu de l'indemnité complémentaire dans le cas de certaines maladies), sous réserve des restrictions prévues au chapitre « Réadmission » de la police. Le versement d'une prestation en vertu de la couverture d'événements multiples sera effectué si le diagnostic subséquent a été fait 90 jours ou plus après la date où une autre maladie couverte a été diagnostiquée.

Fin de la protection

La couverture prend fin immédiatement à l'une des dates suivantes, selon la première éventualité :

- Date à laquelle la police prend fin
- Date de votre départ à la retraite
- Date d'échéance de la prime, si la prime exigée n'est pas payée, sauf s'il s'agit d'une erreur involontaire
- Date d'échéance de la prime correspondant ou suivant la date où vous atteignez l'âge de 70 ans
- Date d'échéance de la prime correspond ou suit la date où vous cessez d'être un employé d'AECOM ou de ses sociétés affiliées, en raison d'un congé autorisé, d'une mise à pied, d'un congé de maternité, parental ou d'adoption, d'une invalidité, d'une démission, d'un congédiement, d'un départ à la retraite, exception faite du privilège d'exonération de primes, continuité de la couverture durant un congé approuvé et prolongement de la couverture (tel que décrit dans la brochure Assurance maladies graves)
- Date de votre décès
- Date d'échéance de la prime correspond ou suit la date où vous donnez une notification de résiliation à AECOM

La couverture de votre conjoint prend fin à l'une des dates suivantes :

- Date où votre conjoint cesse de remplir les conditions de la définition de « conjoint », comme stipulé dans la police
- Date d'échéance de la prime correspondant ou suivant la date où votre conjoint atteint l'âge de 70 ans
- Date de fin de votre couverture d'assurance
- Date de votre départ à la retraite

Bénéficiaires

Les montants payables au titre d'assurance contre les maladies graves seront versés à vous (ou à votre conjoint si ce dernier est la personne qui a reçu un diagnostic de maladie grave). Toutefois, toute prestation acquise et impayée au moment où le bénéficiaire se trouve dans l'incapacité juridique de recevoir un paiement, sera versée à la succession du bénéficiaire.

Comment adhérer

Vous pouvez adhérer en ligne en tout temps sur [AECOMBenefitsOnline.com](https://www.aecombenefits.com). Vous aurez besoin de votre code d'accès pour vous ouvrir une session. Si vous l'avez oublié, cliquez sur le lien **Rappel de code d'accès** sur la page de connexion. Une fois sur le site, cliquez sur le bouton **Adhérez**, sous **Changement de la couverture facultative d'assurance vie, DMA et maladies graves**.

Pour en savoir davantage sur les modalités et les taux de l'assurance contre les maladies graves, veuillez consulter la brochure Assurance volontaire contre les maladies graves. Si vous avez des questions à ce sujet, veuillez communiquer avec le **Centre d'assurance collective d'AECOM au 1-833-411-5520**.