

Vision santé



Votre assurance pour vos soins de la vue et même +!

(adhésion facultative pour l'employé et ses personnes à charge)

Détails de vos 4 protections incluses

1. LUNETTES/LENTILLES

REMBOURSEMENT

Maximum par personne assurée
400\$ par 24 mois

- Lunettes¹
- Lentilles cornéennes¹

¹ Sur ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste licencié.

2. SOINS DE LA VUE ÉTENDUS

REMBOURSEMENT

Maximum par personne assurée
500\$ par 48 mois

Soins et traitements liés à la vision

- Examens de la vue effectués par un professionnel de la santé (optométriste ou ophtalmologiste)
- Traitements au laser (LASIK, PRK, etc.)
- Injections intraoculaires (DMLA, rétinopathie diabétique)
- Chirurgies oculaires (cataractes, glaucome, rétine)

Aides pour basse vision

- Loupe optique
- Aide visuelle de technologie d'assistance

Remboursement des frais à
100%

Vous pouvez obtenir le détail des garanties énumérées ci-haut ainsi que les exclusions applicables en vous référant à votre administrateur ou en consultant: sagedecision.com/visionsante

1 877 622-8550
sagedecision.com


Assurances & rentes
collectives

En collaboration avec


3. ASSURANCE FRACTURE

Recevez jusqu'à 1 500\$ en cas de fracture résultant d'un accident

Admissibilité

Offert à l'assuré principal seulement. Les personnes à charge ne sont pas admissibles à cette protection.

Type de fracture	Indemnité
Crâne	1 500\$
Colonne vertébrale	1 500\$
Bassin	1 500\$
Fémur	1 500\$
Hanche	1 500\$
Côte	450\$
Sternum	450\$
Larynx	450\$
Trachée	450\$
Omoplate	450\$
Humérus	450\$
Rotule	450\$
Tibia	450\$
Péroné	450\$
Tout autre os	225\$

4. ASSURANCE CANCER*

Montant de la protection

7 500\$

Admissibilité

Offert à l'assuré principal seulement. Les personnes à charge ne sont pas admissibles à cette protection.

Antécédents médicaux

Aucune prestation de maladies graves n'est payable lorsqu'une maladie grave couverte au contrat résulte directement ou indirectement, d'une affection préexistante et que cette maladie grave est diagnostiquée chez la personne assurée durant la période de vingt-quatre (24) mois suivant la date du début de la présente garantie ou de la date de sa dernière réintégration.

Une affection préexistante est une maladie ou une affection dont les symptômes se sont manifestés au cours de la période de vingt-quatre (24) mois précédant la date du début de la garantie ou la date de la remise en vigueur et pour laquelle :

- la personne assurée a reçu un diagnostic ou a été traité, hospitalisé ou suivi par un médecin ou tout autre professionnel de la santé;
- on a conseillé à la personne assurée de se faire traiter ou de consulter un médecin ou un professionnel de la santé;
- une personne prudente et raisonnable aurait demandé un traitement ou consulté un médecin ou tout autre professionnel de la santé;
- la personne assurée a reçu une ordonnance ou a montré des signes ou des symptômes ou a subi des tests ou des examens.

* Cancer potentiellement mortel

Durée de participation

minimum avant droit de retrait: 2 ans

Durée minimum avant de pouvoir réintégrer après avoir été assuré sous ce produit, puis avoir annulé sa protection: 3 ans

Âge de terminaison: 65 ans de l'assuré principal

Tarification

	Individuelle	Monoparentale	Couple	Familiale
Coût par semaine <small>Taxes incluses</small>	5,65\$	6,74\$	11,09\$	12,18\$

* La tarification est sujette à changement sans préavis lors du renouvellement du régime d'assurance collective. Les primes indiquées ci-dessus sont payées directement par l'assuré via déduction sur sa paie.

Les changements aux protections pour les personnes à charge sont permis lors des événements de vie suivants:

- Le mariage, l'union, la séparation ou le divorce
- Après 12 mois de cohabitation
- La naissance ou l'adoption d'une enfant à charge
- Décès de la personne conjointe

Vous pouvez obtenir le détail des garanties énumérées ci-haut ainsi que les exclusions applicables en vous référant à votre administrateur ou en consultant: sagedecision.com/visionsante

1 877 622-8550
sagedecision.com


Assurances & rentes
collectives

En collaboration avec


Formulaire d'adhésion vision santé

Nom de l'employeur: _____ N° police de votre assureur principal: _____

Renseignements sur l'employé

Nom et prénom: _____

Sexe Féminin Masculin Date de naissance: _____
(AAAA/MM/JJ)

Langue Français Anglais

Choix de protection

Individuelle Monoparentale* Couple* Familiale*

* Veuillez compléter cette section si vous avez choisi une protection familiale, couple ou monoparentale.

Personne(s) à charge Conjoint(e) et enfant(s) admissibles selon les termes du contrat

Lien	Nom de famille	Prénom	Sexe (F/M)	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Étudiant(e) à temps plein	Handicapé(e)
Conjoint(e)	_____	_____	_____	_____		
Enfant	_____	_____	_____	_____		
Enfant	_____	_____	_____	_____		
Enfant	_____	_____	_____	_____		
Enfant	_____	_____	_____	_____		
Enfant	_____	_____	_____	_____		

Signature de l'employé(e)

Date (AAAA/MM/JJ)

Signature de l'administrateur

Date (AAAA/MM/JJ)

Remettre ce formulaire d'adhésion à votre administrateur de régime afin que ce dernier puisse le transmettre par courriel à SAGE:
service@sagedecision.com.

1 877 622-8550
sagedecision.com

