



# Soumission

Programme d'avantages collectifs

# Table des matières

Assurance-vie.....	1
Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident.....	3
Indemnité hebdomadaire.....	5
Invalidité de longue durée.....	7
Assurance en cas de maladie grave.....	10
Soins médicaux complémentaires.....	14
Soins dentaires.....	17
Compte de dépenses pour soins santé.....	19
Compte de dépenses de bien-être.....	20
Avantages sociaux pour les membres de la direction.....	21
Coût Plus.....	22
Dispositions générales.....	23

# Assurance-vie

L'assurance-vie est la pierre angulaire de tout programme d'avantages sociaux des employés. Elle a pour but d'aider à la famille d'un employé à faire face à ses obligations financières advenant le décès de ce dernier. L'assurance-vie prévoit le versement d'une prestation de décès en une somme forfaitaire au bénéficiaire désigné par l'employé.

## Tableau des prestations

Vous pouvez choisir le montant du capital assuré désiré : soit un montant uniforme d'assurance, soit un multiple du salaire de l'employé. Veuillez vous reporter à l'Aperçu du régime pour obtenir une liste des options standards offertes dans le cadre de cette garantie. Si vous avez déjà fait votre choix de capital assuré, celui-ci sera confirmé dans votre cotation.

### Assurance-vie de base

- L'assurance-vie de base est une garantie obligatoire en vertu du programme d'avantages collectifs.
- Le capital assuré d'un employé est réduit de 50 % à l'âge de 65 ans et l'assurance cesse à l'âge de 70 ans.
- Possibilité d'extension de la garantie jusqu'à l'âge de 85 ans pour les groupes de plus de trois personnes.

### Assurance-vie pour personnes à charge

- En tant que garantie obligatoire en vertu du programme d'avantages collectifs, l'assurance-vie pour personnes à charge prévoit une couverture pour le conjoint et les enfants à charge d'un employé.
- Les enfants à charge sont couverts à partir de la naissance vivante jusqu'à l'âge de 21 ans ou jusqu'à l'âge de 25 ans, s'ils sont des étudiants à temps plein.
- L'assurance-vie pour personnes à charge prend fin au 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'employé.
- Possibilité d'extension de la garantie jusqu'à l'âge de 85 ans pour les groupes de plus de trois personnes (doit concorder avec l'assurance-vie de base).

### Assurance-vie facultative/assurance-vie facultative du conjoint

- Cette garantie facultative, qui peut être souscrite en tout temps, permet à un employé d'augmenter le montant de son assurance-vie obligatoire.
- Un employé peut également souscrire cette couverture pour son conjoint.
- La couverture est sous réserve d'une preuve médicale d'assurabilité et d'une approbation.
- L'employé doit verser le plein montant de la prime relative à l'assurance-vie facultative; la prime est acquittée par les retenues salariales.
- Les primes sont établies par tranche de 10 000 \$ de couverture et en fonction du sexe et de l'âge du proposant et selon s'il est fumeur ou non-fumeur.
- La couverture prend fin au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'employé.

## PRIME MENSUELLE PAR TRANCHE DE 10 000 \$ DE COUVERTURE

GROUPE D'ÂGE	HOMME – FUMEUR	HOMME – NON-FUMEUR	FEMME – FUMEUSE	FEMME – NON-FUMEUSE
Moins de 30 ans	0,82 \$	0,53 \$	0,57 \$	0,38 \$
30-34	0,91 \$	0,57 \$	0,67 \$	0,43 \$
35-39	1,14 \$	0,67 \$	0,86 \$	0,48 \$
40-44	1,91 \$	1,05 \$	1,29 \$	0,72 \$
45-49	3,34 \$	1,81 \$	2,15 \$	1,14 \$
50-54	5,48 \$	3,05 \$	3,34 \$	1,91 \$
55-59	9,05 \$	5,15 \$	5,10 \$	3,05 \$
60-64	13,11 \$	7,91 \$	7,05 \$	4,57 \$

## Caractéristiques standards

### Exonération des primes

Si un employé assuré devient « totalement invalide » pendant une période de plus de six mois, ses primes d'assurance-vie de base, d'assurance-vie pour personnes à charge et d'assurance-vie facultative pourraient être exonérées, sous réserve d'une approbation. La garantie d'exonération des primes pourrait continuer, pourvu que l'invalidité se poursuive, jusqu'à l'âge de 65 ans, date à laquelle toute couverture prendra fin.

### Droit de transformation

Pendant la période de 31 jours suivant la cessation d'emploi, les employés ont le droit de transformer jusqu'à 200 000 \$ de leur assurance-vie de base et/ou d'assurance-vie facultative collective en une police d'assurance individuelle, sans avoir à soumettre une preuve médicale d'assurabilité. Les employés doivent être âgés de moins de 80 ans afin d'être admissibles au droit de transformation.

# Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident

Une assurance ne peut empêcher un accident de se produire, mais elle peut protéger vos employés et leur famille contre le fardeau financier que pourrait entraîner un accident soudain, une blessure inattendue ou le décès.

## Tableau des prestations

Le montant d'assurance de base en cas de décès ou de mutilation par accident (D&MA) correspond au montant d'assurance-vie de base. Veuillez vous reporter à l'Aperçu du régime pour obtenir une liste des options standards offertes dans le cadre de cette garantie. Si vous avez déjà fait votre choix de capital assuré, celui-ci sera confirmé dans votre cotation.

### Assurance de base en cas de décès ou de mutilation par accident

- L'assurance de base D&MA est une garantie obligatoire en vertu du programme d'avantages collectifs.
- Les prestations pour le conjoint et les enfants à charge sont comprises dans la couverture de base D&MA. Un pourcentage du capital assuré est payable en cas de décès ou de mutilation par accident. Le pourcentage est déterminé en fonction du type et du nombre de personnes à charge.
- Le capital assuré est réduit de 50 % à l'âge de 65 ans et l'assurance cesse à l'âge de 70 ans.
- Possibilité d'extension de la garantie jusqu'à l'âge de 85 ans pour les groupes de plus de trois personnes (doit concorder avec l'assurance-vie de base).

### Assurance facultative en cas de décès ou de mutilation par accident

- Cette garantie facultative, qui peut être souscrite en tout temps, permet à un employé d'augmenter son assurance de base D&MA.
- L'employé peut choisir une couverture pour « employé seulement » ou une couverture pour « employé et famille ».
- Une preuve médicale d'assurabilité n'est pas requise.
- La prime d'assurance facultative D&MA est acquittée par l'employé par retenues salariales.
- La garantie prend fin à l'âge de 70 ans.

TYPE DE COUVERTURE	PRIME MENSUELLE PAR TRANCHE DE 25 000 \$ DE COUVERTURE
Employé seulement	0,80 \$
Employé et famille	1,23 \$

## Caractéristiques standards

### Prestations supplémentaires

En plus du tableau des pertes spécifiques qui prévoit des prestations en cas de la perte de la vie, d'un membre, de la vue et de la parole, l'assurance de base et l'assurance facultative D&MA incluent des prestations supplémentaires qui viennent compléter la couverture de base.

## **Exonération des primes**

Si un employé assuré devient « totalement invalide » pendant une période de plus de six mois, ses primes d'assurance de base et d'assurance facultative D&MA pourraient être exonérées, sous réserve d'une approbation. La garantie d'exonération des primes pourrait continuer, pourvu que l'invalidité se poursuive, jusqu'à l'âge de 65 ans, date à laquelle toute couverture prendra fin.

## **Droit de transformation**

Pendant la période de 31 jours suivant la cessation d'emploi, les employés ont le droit de transformer leur assurance collective en une police d'assurance individuelle contre les accidents. Les employés doivent être âgés de moins de 70 ans afin d'être admissibles au droit de transformation.

# Indemnité hebdomadaire

Certaines agences et certains programmes gouvernementaux, tels que le programme d'assurance-emploi, offrent une assistance financière aux employés qui ne sont pas en mesure de travailler en raison d'une maladie ou d'une blessure. Cependant, ces prestations seules ne sont habituellement pas suffisantes pour subvenir aux besoins financiers d'un employé et de sa famille.

L'indemnité hebdomadaire est une garantie de remplacement de revenu. La couverture est calculée selon un pourcentage du salaire hebdomadaire d'un employé afin d'assurer que les niveaux de prestations correspondent au revenu perçu avant l'invalidité.

## Tableau des indemnités

L'indemnité hebdomadaire est calculée selon un pourcentage du revenu. Un choix du montant maximal et de la durée de l'indemnité est offert. Veuillez vous reporter à l'Aperçu du régime pour obtenir une liste des options standards offertes dans le cadre de cette garantie. Si vous avez déjà fait votre choix, celui-ci sera confirmé dans votre cotation.

## Caractéristiques standards

### Détails de la garantie

- Les indemnités sont versées durant la période postnatale de rétablissement d'un congé de maternité.
- La couverture prend fin au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'employé.
- Possibilité d'extension de la garantie jusqu'à l'âge de 70 ans.
- Si un employé atteint l'âge de 65 ans pendant qu'il reçoit des indemnités, les indemnités continueront à lui être versées jusqu'à ce qu'il reçoive un total de 15 semaines d'indemnités ou jusqu'à la cessation de son invalidité, selon la première de ces dates à survenir.

### Périodes successives d'invalidité

Si, à la suite d'une période d'invalidité, un employé reprend effectivement le travail pendant au moins deux semaines, une invalidité récidivante sera considérée comme une nouvelle période d'invalidité.

### Revenu admissible

- En ce qui concerne une personne travaillant à son compte ou une personne travaillant à contrat, le revenu admissible est basé sur son revenu net, tel qu'il est indiqué à la ligne Revenu net de la Déclaration de revenu T1 Générale et corroboré par l'Avis de cotisation de l'Agence du revenu du Canada.
- En ce qui concerne un employé salarié, le revenu admissible est basé sur le revenu normal de l'employé et peut inclure toute bonification régulière, rémunération des heures supplémentaires, commission et prime de travail. Le revenu n'inclut pas toute bonification intermittente, rémunération intermittente pour heures supplémentaires, rémunération au rendement ou allocation pour usage d'une automobile.
- En ce qui concerne les préposés à la vente, le revenu admissible est basé sur le revenu d'emploi avant déductions, moins toutes allocations et prestations imposables, tel qu'il est précisé sur le feuillet T4 de l'année précédente.

## Imposition des indemnités

- Si un employeur verse, au nom d'un employé, une partie quelconque de la prime d'assurance-indemnité hebdomadaire, toute indemnité touchée par cet employé est imposable, au niveau fédéral, en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* et, au niveau provincial, en vertu de la *Loi sur les impôts*.
- Si un employé verse 100 % de la prime d'assurance-indemnité hebdomadaire, l'indemnité n'est pas imposable.

## Exonération des primes

Une exonération des primes d'indemnité hebdomadaire est accordée pour toute période pendant laquelle un employé reçoit des prestations d'invalidité de longue durée.

## Programme Travail partagé de l'assurance-emploi

Le programme Travail partagé est un programme d'adaptation de Service Canada destiné à aider les employeurs et les travailleurs à éviter les licenciements temporaires s'il y a une diminution du niveau d'activité normale de l'entreprise qui est indépendante de la volonté de l'employeur. Au cours de la participation à un accord de Travail partagé, les avantages collectifs des employés peuvent être maintenus au même niveau qu'avant la réduction de salaire, sous réserve du paiement des primes.

L'admissibilité à ce programme et la durée sont fixées par Service Canada. Consultez le site [www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/services/travail-partage.html](http://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/services/travail-partage.html) pour de plus amples renseignements à ce sujet. Il faut au moins deux employés pour conclure un accord de Travail partagé et le manque de travail doit être assez important pour justifier l'aide du programme, c'est-à-dire démontrer une diminution des ventes ou des commandes d'au moins 10 %.

## Programme de réduction des primes d'assurance-emploi

Le programme de réduction des primes d'assurance-emploi offre à un employeur un taux réduit de la prime d'assurance-emploi, si le programme d'assurance-invalidité de courte durée de l'employeur satisfait à certaines exigences.

La réduction du taux est basée sur le genre de régime d'assurance-invalidité de courte durée et le nombre de mois au cours de l'année pendant lesquels le régime satisfait à ces exigences. Les employeurs doivent faire une demande de réduction de la prime et le régime d'assurance-invalidité de courte durée doit être équivalent ou dépasser le niveau des prestations prévu en vertu de l'assurance-emploi.

Les options standards de garanties offertes en vertu du programme de Victor ont été conçues afin de satisfaire aux lignes directrices sur l'admissibilité du programme de réduction des primes d'assurance-emploi.

# Invalidité de longue durée

L'assurance-invalidité de longue durée prévoit une prestation de remplacement du revenu, si un employé devient totalement invalide. Étant donné que cette garantie fournit un revenu continu à un employé qui est incapable de travailler pendant une longue durée, il s'agit d'une des plus importantes composantes de votre programme d'avantages collectifs.

## Tableau des prestations

La prestation d'assurance-invalidité de longue durée est calculée selon un pourcentage du revenu. Un choix du montant maximal des prestations, du délai de carence et de la durée de la prestation est offert. Veuillez vous reporter à l'Aperçu du régime pour obtenir une liste des options standards offertes dans le cadre de cette garantie. Si vous avez déjà fait votre choix, celui-ci sera confirmé dans votre cotation.

## Caractéristiques standards

### Détails de la garantie

- Le montant payable en cas d'invalidité totale est basé sur un pourcentage du revenu que l'employé invalide touchait avant son invalidité.
- La couverture prend fin au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'employé.

### Définition d'invalidité totale

- Aux fins de la présente couverture, l'employé sera considéré totalement invalide si, uniquement en raison d'une maladie ou d'une blessure subie par accident, l'employé;
  - a. pendant le délai de carence et toute période relative à sa « propre profession », a une restriction ou un manque de capacité dû à une maladie ou à une blessure qui l'empêche d'effectuer les tâches essentielles de sa propre profession;
  - b. a une restriction ou un manque de capacité dû à une maladie ou à une blessure qui l'empêche d'effectuer les tâches essentielles de toute profession pour laquelle il est apte, ou pourrait raisonnablement devenir apte, en raison de son instruction, de sa formation ou de son expérience; et
    - > est continuellement et totalement invalide pendant tout le délai de carence. Si l'employé cesse d'être totalement invalide pendant cette période et redevient invalide dans les deux semaines en raison de la même maladie ou blessure ou d'une maladie connexe, le délai de carence sera prolongé du nombre de jours pendant lesquels l'employé a cessé d'être totalement invalide;
    - > fournit des preuves médicales attestant que la maladie ou la blessure lui rend totalement invalide. L'employé sera considéré totalement invalide si une restriction ou un manque de capacité dû à une maladie ou à une blessure l'empêche d'effectuer les tâches essentielles de sa propre profession;
    - > reçoit des soins et des traitements, adaptés à l'état invalidant, de manière régulière et continue par un médecin, comme déterminé par l'assureur.
- La définition de « propre profession » désigne la nature du travail de l'employé au lieu de son emploi spécifique, tandis que la définition plus générale de « n'importe quelle profession » désigne n'importe quel emploi que l'employé pourrait exercer, compte tenu de son instruction ou de sa formation.

## Rajustement en fonction du coût de la vie

- Des garanties de rajustement en fonction du coût de la vie sont disponibles afin de rehausser la garantie d'assurance-invalidité de longue durée.
- Cette garantie prévoit un ajustement annuel, lié à l'inflation, de la prestation d'invalidité de longue durée d'un employé pour compenser toute augmentation du coût de la vie.
- Le pourcentage de l'augmentation, qui peut être de 1 % à 5 %, est basé sur l'indice des prix à la consommation.

## Revenu admissible

- En ce qui concerne une personne travaillant à son compte ou une personne travaillant à contrat, le revenu admissible est basé sur son revenu net, tel qu'il est indiqué à la ligne Revenu net de la Déclaration de revenu T1 Générale et corroboré par l'Avis de cotisation de l'Agence du revenu du Canada.
- En ce qui concerne un employé salarié, le revenu admissible est basé sur le revenu normal de l'employé et peut inclure toute bonification régulière, rémunération des heures supplémentaires, commission et prime de travail. Le revenu n'inclut pas toute bonification intermittente, rémunération intermittente pour heures supplémentaires, rémunération au rendement ou allocation pour usage d'une automobile.
- En ce qui concerne les préposés à la vente, le revenu admissible est basé sur le revenu d'emploi avant déductions, moins toutes allocations et prestations imposables, tel qu'il est précisé sur le feuillet T4 de l'année précédente.

## Imposition des prestations

- Si un employeur verse, au nom d'un employé, une partie quelconque de la prime d'assurance-invalidité de longue durée, toute prestation d'invalidité touchée par cet employé est imposable, au niveau fédéral, en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* et, au niveau provincial, en vertu de la *Loi sur les impôts*.
- Si un employé verse 100 % de la prime d'assurance-invalidité de longue durée, la prestation n'est pas imposable.

## Exclusion relative aux états préexistants

Aucun paiement ne sera effectué pour toute période d'invalidité totale qui commence dans les 12 premiers mois qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance d'un employé, si l'invalidité totale résulte directement ou indirectement d'une maladie ou d'une blessure pour laquelle l'employé a été traité ou a été soigné par un médecin ou pour laquelle l'employé a pris des médicaments sur ordonnance au cours de la période de 90 jours immédiatement avant ladite date d'entrée en vigueur de l'assurance.

## Maximum de toutes les sources

Le revenu mensuel total d'un employé invalide ne peut dépasser, pendant son incapacité, 85 % de son revenu mensuel brut, pour ce qui est des prestations imposables, et 85 % du son revenu mensuel net, pour ce qui est des prestations non imposables. Si le revenu total d'un employé dépasse 85 % du maximum de toutes les sources, la prestation d'invalidité de longue durée sera réduite en conséquence.

## Déductions initiales

Le montant de la prestation qu'un employé invalide reçoit en raison de son incapacité pourrait être réduit de tout autre revenu ou de toute autre prestation gouvernementale, y compris :

- tout salaire ou toute rente de retraite payable par l'employeur ou payable en vertu du régime de pension ou de retraite de l'employeur;
- toute prestation d'invalidité versée par la Commission des accidents du travail ou tout organisme semblable;

- tout paiement reçu en vertu du Régime de pensions du Canada (RPC) ou du Régime de rentes du Québec (RRQ), à l'exclusion des prestations d'invalidité versées pour le compte des enfants à charge; et
- tout revenu ou toute prestation payable en vertu de tout autre régime ou programme gouvernemental ou de la Couronne, ou en vertu de toute subdivision ou agence du gouvernement ou de la Couronne, y compris tout régime ou programme établi en vertu d'une loi provinciale sur l'assurance-automobile.

## **Emploi de réadaptation**

Selon la nature et les limitations qu'entraîne une invalidité particulière, un programme convenable d'aide à la réadaptation pourrait être recommandé.

## **Invalidité récidivante**

Des périodes successives d'invalidité, séparées par moins de six mois et attribuables à la même cause ou à une cause connexe, sont considérées comme une période continue d'invalidité et ne sont pas assujetties à un délai de carence.

## **Exonération des primes**

Une exonération des primes d'invalidité de longue durée est accordée pour toute période pendant laquelle un employé reçoit des prestations d'invalidité.

## **Prestations aux survivants**

Si l'employé décède pendant qu'il reçoit des prestations d'invalidité de longue durée, un montant forfaitaire équivalent à trois mois de prestations sera versé au bénéficiaire désigné.

# Assurance en cas de maladie grave

L'assurance en cas de maladie grave offre des prestations sous forme de versement d'un montant forfaitaire à un employé qui reçoit le diagnostic d'une maladie ou d'une affection couverte par la garantie, si ce dernier ne décède pas pendant une période déterminée après la date du diagnostic ou après que la maladie ou l'affection définie ne se soit déclarée. Le montant de prestation ne dépend ni de la capacité ni de l'incapacité de l'employé à travailler et peut être utilisé à la discrétion de ce dernier.

Les groupes ont la possibilité de choisir parmi les garanties suivantes : protection de l'employé seulement, protection de l'employé et du conjoint ou protection de l'employé et de sa famille.

## Tableau des prestations

L'assurance en cas de maladie grave est une garantie à prestation forfaitaire avec des montants facultatifs. Veuillez vous reporter à l'Aperçu du régime pour plus de détails concernant le montant maximal et minimal des prestations. Si vous avez déjà fait votre choix, celui-ci sera confirmé dans votre cotation.

## Caractéristiques standards

### Détails de la garantie

- Les enfants à charge sont couverts à partir de la naissance vivante jusqu'à l'âge de 21 ans ou jusqu'à l'âge de 25 ans, s'ils sont des étudiants à temps plein.
- La garantie prend fin à l'âge de 70 ans.
- La garantie peut être prolongée jusqu'à l'âge de 85 ans pour les groupes de plus de trois personnes (doit concorder avec l'assurance-vie de base); toutefois, les nouveaux employés de 70 ans ou plus ne sont pas admissibles.
- La garantie de l'employé et du conjoint est réduite de 50 % à l'âge de 80 ans.
- L'employé, son conjoint et les enfants à charge (si la protection du conjoint ou familiale a été retenue) sont couverts pour les 25 maladies ou affections suivantes :
  - > Accident vasculaire cérébral
  - > Anémie aplastique
  - > Brûlures graves
  - > Cancer (mettant la vie en danger)
  - > Cécité
  - > Chirurgie de l'aorte
  - > Coma
  - > Crise cardiaque
  - > Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe
  - > Démence, y compris maladie d'Alzheimer
  - > Greffe d'un organe vital
  - > Infection à VIH contractée au travail
  - > Insuffisance rénale
  - > Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques
  - > Maladie du motoneurone
  - > Méningite purulente
  - > Paralysie
  - > Perte d'autonomie
  - > Perte de l'usage de la parole
  - > Perte de membres
  - > Pontage aortocoronarien
  - > Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque
  - > Sclérose en plaques
  - > Surdité
  - > Tumeur cérébrale bénigne

- Les enfants à charge sont couverts (si la protection familiale a été retenue) pour ces six maladies ou affections additionnelles, spécifiques pour les enfants :
  - > Diabète sucré de type 1
  - > Dystrophie musculaire
  - > Fibrose kystique
  - > Maladie congénitale du cœur
  - > Paralyse cérébrale
  - > Syndrome de Down

## Païement des prestations

L'assuré ne doit pas décéder pendant les 30 jours qui suivent la date à laquelle une maladie ou une affection couverte par la garantie a été diagnostiquée ou après que la maladie ou l'affection définie ne se soit déclarée, à l'exception des cas de paralysie, de perte d'autonomie ou de méningite purulente pour lesquels la période est de 90 jours, et des cas de sclérose en plaques ou de perte de l'usage de la parole pour lesquels la période est de 180 jours.

## Protection PrévenSoins

Cette garantie couvre 10 % du montant total de prestations d'assurance en cas de maladie grave après diagnostic d'une des conditions de la garantie des soins préalables ci-dessous. Cette garantie n'est offerte qu'aux employés et conjoints.

- Angioplastie coronarienne
- Un des Cancers en première phase

## Protection MultiPrestations

Cette garantie permet aux employés de réclamer plusieurs fois les prestations d'assurance en cas de maladie grave, à condition que les maladies ultérieures ne soient pas apparentées à une maladie ou à une affection du même groupe (voir le tableau ci-dessous). La protection MultiPrestations n'est offerte qu'aux employés.

GROUPES	MALADIES OU AFFECTIONS COUVERTES
Groupe 1	Cancer (mettant la vie en danger)
Groupe 2	Chirurgie de l'aorte, pontage aortocoronarien, crise cardiaque, remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque, accident vasculaire cérébral
Groupe 3	Démence y compris maladie d'Alzheimer, méningite purulente, tumeur cérébrale bénigne, coma, perte d'autonomie, perte de l'usage de la parole, maladie du motoneurone, sclérose en plaques, paralysie, maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques, accident vasculaire cérébral
Groupe 4	Anémie aplastique, insuffisance rénale, défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, greffe d'un organe vital
Groupe 5	Cécité
Groupe 6	Surdité
Groupe 7	Brûlures graves
Groupe 8	Perte de membres
Groupe 9	Infection � VIH contractée au travail

## Réclamations chez TuGo

Ce service est offert à toutes les personnes assurées. Réclamations chez TuGo se charge de coordonner les rendez-vous médicaux et les procédures des centres de traitement répartis dans le monde, et peut s'occuper des modalités de voyage et d'hébergement à des prix avantageux.

## Exclusion relative aux états préexistants

Aucune prestation au titre de cette assurance ne sera versée si des conseils médicaux, traitements, services, médicaments prescrits, tout diagnostic ou toute consultation — y compris les consultations en vue d'un examen et/ou d'un diagnostic (lorsque ce dernier n'a pas encore été posé) — ont été reçus par un assuré ou auraient été reçus par une personne prudente pour toute maladie ou affection couverte, qu'elle soit mentale, nerveuse ou psychiatrique, dans les 24 mois qui précèdent immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance de l'assuré. La présente exclusion s'applique pour les 24 premiers mois qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance de l'assuré.

## Limites

- Aucune prestation ne sera versée si un cancer (mettant la vie en danger) est diagnostiqué ou si des signes, symptômes ou examens menant au diagnostic d'un cancer (mettant la vie en danger), quel que soit le moment du diagnostic, se présentent dans les 90 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance en cas de maladie grave de l'assuré. Si le diagnostic est confirmé :
  - > la garantie de l'employé assuré demeurera en vigueur, mais l'employé ne sera plus couvert en cas de cancer (mettant la vie en danger); et
  - > la garantie du conjoint assuré ou de l'enfant à charge assuré sera nulle et sans effet.
- Aucune prestation ne sera versée si une tumeur cérébrale bénigne est diagnostiquée ou si des signes, symptômes ou examens menant au diagnostic d'une tumeur cérébrale bénigne, quel que soit le moment du diagnostic, se présentent dans les 90 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance en cas de maladie grave de l'assuré. Si le diagnostic est confirmé :
  - > la garantie de l'employé assuré demeurera en vigueur, mais l'employé ne sera plus couvert en cas de tumeur cérébrale bénigne ou de toute autre maladie ou affection couverte du groupe 3; et
  - > la garantie du conjoint assuré ou de l'enfant à charge assuré sera nulle et sans effet.
- Aucune prestation ne sera versée si un cancer en première phase est diagnostiqué ou si des signes, symptômes ou examens menant au diagnostic d'un cancer en première phase, quel que soit le moment du diagnostic, se présentent dans les 90 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance en cas de maladie grave de l'assuré. Si le diagnostic est confirmé, l'assuré ne sera plus couvert en cas de cancer en première phase dans le cadre de la protection PrévenSoins.

## Exonération des primes

Si un employé est totalement invalide pendant au moins six mois consécutifs, la prime d'assurance en cas de maladie grave ne sera pas exigée rétroactivement à compter de la date d'invalidité totale. Le paiement de la prime du conjoint et/ou des enfants à charge assurés ne sera pas non plus exigé.

L'exonération des primes prendra fin à la première des dates suivantes :

- Pour les employés à temps plein de moins de 63 ans qui sont activement au travail lorsque l'invalidité totale se manifeste, l'exonération des primes prendra fin à la date où l'employé aura 65 ans ou à la date de l'âge de cessation de couverture, selon la première de ces dates à survenir.
- Pour les employés à temps plein qui ont entre 63 et 80 ans et qui sont activement au travail lorsque l'invalidité totale se manifeste, l'exonération des primes prendra fin après 24 mois, mais ne se prolongera pas au-delà de l'âge de cessation de couverture.

- Pour les employés à temps plein de plus de 80 ans qui sont activement au travail lorsque l'invalidité totale se manifeste, l'exonération des primes prendra fin après 12 mois, mais ne se prolongera pas au-delà de l'âge de cessation de couverture.

## **Droit de transformation**

Pendant la période de 31 jours suivant la cessation d'emploi ou la cessation d'admissibilité, les employés ont le droit de transformer leur assurance collective, jusqu'à un maximum de 100 000 \$, en une police d'assurance en cas de maladie grave individuelle. Afin d'être admissibles au droit de transformation, les employés doivent être âgés de moins de 65 ans et ne jamais avoir reçu de prestations pour une maladie ou affection couverte par l'assurance en cas de maladie grave ou par la protection PrévenSoins.

Les détails complets sont décrits dans notre soumission pour l'assurance en cas de maladie grave, disponible sur [www.assurancevictor.ca/avantagescollectifsconnexion](http://www.assurancevictor.ca/avantagescollectifsconnexion).

# Soins médicaux complémentaires

La garantie des soins médicaux complémentaires a été conçue pour compléter la couverture offerte par les régimes provinciaux d'assurance-maladie, d'assurance-hospitalisation et de services médicaux. Cette garantie couvre les frais hospitaliers, les médicaments, les soins de la vue ainsi que les prestations supplémentaires pour soins médicaux.

## Tableau des prestations

La garantie des soins médicaux complémentaires offre un choix de coassurances, de franchises et de limites internes de prestations. Veuillez vous reporter à l'Aperçu du régime pour obtenir une liste des options standards offertes dans le cadre de cette garantie. Si vous avez déjà fait votre choix, celui-ci sera confirmé dans votre cotation.

## Caractéristiques standards

- Les enfants à charge sont couverts jusqu'à l'âge de 21 ans ou jusqu'à l'âge de 25 ans, s'ils sont des étudiants à temps plein (26 ans pour les résidents du Québec pour les soins médicaux et dentaires).
- Un seuil de l'excédent des demandes de règlement de 10 000 \$ par personne a été établi.
- À la suite du décès d'un employé, la garantie relative aux survivants couvre les personnes à charge, sans autre paiement des primes, pendant une période maximale de 24 mois à compter de la date du décès ou jusqu'à la date où la police ou l'assurance prend fin, selon la première de ces dates à survenir.
- La couverture prend fin au 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'employé.
- Possibilité d'extension de la garantie jusqu'à l'âge de 85 ans pour les groupes de plus de trois personnes (doit concorder avec l'assurance-vie de base).
- La couverture est conforme à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

## Détails de la garantie

### Hospitalisation

- Cette garantie a été conçue pour couvrir des frais admissibles qui ne sont pas couverts par les régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie pour chambre et pension dans un hôpital canadien reconnu.

### Médicaments sur ordonnance

- Sont admissibles aux fins de remboursement, les médicaments qui, selon la loi, requièrent une ordonnance, sont prescrits par un médecin ou autre professionnel autorisé à prescrire des médicaments et sont dispensés par un pharmacien ou un médecin légalement autorisé à dispenser de tels médicaments.
- Les aides à la lutte contre le tabagisme et les médicaments spécialisés dans le traitement de l'obésité, de la stérilité et de la dysfonction érectile ne sont pas couverts.

### Soins de la vue

- Les verres de contact, les lunettes et la chirurgie oculaire au laser sont admissibles en vertu de la garantie des soins de la vue.
- Les examens de la vue sont admissibles en vertu de la garantie des soins médicaux complémentaires.

## Prestations supplémentaires pour soins médicaux

Les prestations supplémentaires pour soins médicaux admissibles incluent les frais raisonnables et habituels suivants :

- Les frais pour des soins dans un établissement de convalescence autorisé, jusqu'à concurrence de 120 jours.
- Les frais d'une infirmière ou d'un infirmier diplômé en service privé, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par année.
- Les frais pour le transport d'urgence par ambulance.
- Les frais de location ou d'achat d'appareils médicaux ou chirurgicaux, d'appareils orthopédiques, de béquilles ou de prothèses.
- Les frais pour des soins dentaires qui sont requis à la suite d'un accident, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par accident.
- Les frais de chaussures orthopédiques et d'orthèses, jusqu'à concurrence de 200 \$ par chaussure ou de 400 \$ par année civile, sous réserve d'un diagnostic et d'une recommandation d'un médecin.
- Les frais pour les examens de laboratoire et les radiographies qui ne sont pas couverts par un régime gouvernemental provincial.
- Les appareils auditifs, jusqu'à concurrence de 500 \$ par période de trois ans.
- Les examens de la vue.
- Les frais médicaux d'urgence engagés hors du pays, pour des voyages d'une durée maximale de 60 jours consécutifs, sous réserve d'un maximum annuel de 5 000 000 \$.
- Les services de professionnels paramédicaux, y compris :
  - > Orthophoniste
  - > Psychologue
  - > Ostéopathe
  - > Chiropraticien
  - > Physiothérapeute
  - > Naturopathe
  - > Acupuncteur
  - > Podologue/podiatre
  - > Massothérapeute

## Déplacements pour raisons médicales

La couverture relative aux déplacements pour raisons médicales de Victor est une couverture optionnelle qui prévoit le remboursement des frais de déplacement et d'hébergement au Canada pour les membres du régime admissibles pour l'obtention d'un traitement médical d'un médecin ou dans une installation de soins de santé à l'extérieur de leur région.

La distance aller-retour doit être d'au moins 500 kilomètres et une recommandation par un médecin est requise. Les frais pour un accompagnateur peuvent également être remboursés.

## Programme d'aide aux employés (PAE)

La plateforme du PAE de Solutions Mieux-être LifeWorks (« SynerVie »), combine des programmes modernes d'aide aux employés, de bien-être, de reconnaissance et d'incitation dans une solution intégrale de bien-être qui engage les gens dans leur propre santé. Cette plateforme sur le bien-être innovatrice et entièrement intégrée, disponible en ligne et par le biais d'une application mobile, offre des ressources étendues pour aider à résoudre pratiquement toutes les préoccupations qui affectent la vie familiale, la vie professionnelle ou le bien-être en

général, et fournit des outils pour favoriser une culture de prévention qui contribue à l'établissement d'un milieu de travail plus sain.

Voici quelques points saillants de la plateforme du PAE de Solutions Mieux-être LifeWorks :

- Un outil d'auto-évaluation pour les membres du régime, **Évaluation du mieux-être global**, conçu pour aider à maximiser leurs choix de mode de vie sain.
- Un service autogéré, **Soins immédiats**, qui donne accès à des programmes conçus pour aider à composer avec l'anxiété, la dépression, le stress et bien plus.
- Des offres exclusives pour des **avantages et économies**, incluant des remises en espèces en ligne pour des vendeurs sélectionnés et des cartes-cadeaux à rabais.
- Un service unique, **Solutions de soutien en ressources humaines**, qui fournit un accès sur demande aux conseils et à l'expertise juridique de professionnels en ressources humaines qualifiés, que les administrateurs du régime peuvent accéder à partir de la section « Travail » sur la plateforme. Ce service est particulièrement utile pour des employeurs et des entreprises qui n'ont peut-être pas de conseillers en ressources humaines (RH) à l'interne ou d'expertise juridique dans ce domaine. Il aide les employeurs à mieux gérer les situations du quotidien, suivre les processus complexes des RH et prendre les décisions de nature juridique.

Ce programme peut également vous aider à réaliser des économies, sous forme de réduction du nombre d'absences ou de certains coûts liés à la santé. Les ressources de gestion et services de consultation mis à votre disposition vous fourniront également les outils et conseils nécessaires pour soutenir les employés qui traversent des moments difficiles ou qui vivent des changements importants dans leur vie.

## LifeSpeak

Ce service de vidéos est une plateforme de santé, bien-être et perfectionnement professionnel qui offre des vidéos et des balados réalisés par des experts et couvrant une vaste gamme de sujets, de perfectionnement professionnel et communication aux relations personnelles, et la santé physique et mentale.

## Soins virtuels Maple

Ce service permet aux membres du régime et leurs personnes à charge de consulter un médecin en ligne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, qu'ils se sentent malade, qu'ils ont besoin d'une ordonnance ou qu'ils ont des questions sur leur santé. Les médecins de Maple peuvent rédiger des ordonnances et des demandes de laboratoire, et traiter la majorité des maladies courantes et des problèmes médicaux, tels que les migraines, les maux de gorge et la conjonctivite. Leurs médecins et infirmières praticiennes sont des praticiens en médecine familiale ou en médecine d'urgence respectés, titulaires d'un permis d'exercice canadien, qui ont à cœur de fournir des soins de santé exceptionnels.

## Service de deuxième avis médical de WorldCare

Le service de deuxième avis médical de WorldCare est conçu pour fournir aux membres du régime, ainsi qu'aux personnes à leur charge, un deuxième avis médical indépendant précieux, s'ils sont diagnostiqués comme souffrant d'une maladie grave ou d'une affection mettant leur vie en danger. Ce service donne accès aux conseils de spécialistes, selon les dernières avancées sur le plan du diagnostic et du traitement, formulés par une équipe de spécialistes des centres médicaux les mieux classés du Consortium<sup>MD</sup> de WorldCare. Toutes les étapes et interactions sont gérées par téléphone ou par le biais d'un partage sécurisé des dossiers numériques.

# Soins dentaires

La garantie des soins dentaires couvre les soins dentaires de base, les soins de restaurations majeures et d'orthodontie. Selon vos spécifications, les caractéristiques standard indiquées peuvent être adaptées pour répondre à vos besoins.

## Tableau des prestations

La garantie des soins dentaires offre un choix de prestations maximales annuelles ou combinées, de franchises et de pourcentages de remboursement pour chaque type de couverture. Veuillez vous reporter à l'Aperçu du régime pour obtenir une liste des options standards offertes dans le cadre de cette garantie. Si vous avez déjà fait votre choix, celui-ci sera confirmé dans votre cotation.

## Caractéristiques standards

- Les enfants à charge sont couverts jusqu'à l'âge de 21 ans ou jusqu'à l'âge de 25 ans, s'ils sont des étudiants à temps plein (26 ans pour les résidents du Québec pour les soins médicaux et dentaires).
- Les soins orthodontiques sont couverts pour les enfants à charge jusqu'à l'âge de 18 ans inclusivement.
- À la suite du décès d'un employé, la garantie relative aux survivants couvre les personnes à charge, sans autre paiement des primes, pendant une période maximale de 24 mois à compter de la date du décès ou jusqu'à la date où la police ou l'assurance prend fin, selon la première de ces dates à survenir.
- La couverture prend fin au 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'employé.
- Possibilité d'extension de la garantie jusqu'à l'âge de 85 ans pour les groupes de plus de trois personnes (doit concorder avec l'assurance-vie de base).
- La couverture des soins de restaurations majeures ne peut être incluse dans votre programme d'avantages collectifs, si la couverture des soins dentaires de base n'a pas été choisie. La couverture des soins d'orthodontie ne peut être choisie sans la couverture des soins de restaurations majeures.
- Sauf indication contraire, les prestations sont versées conformément au Guide courant des tarifs des médecins généralistes en vigueur dans la province où les services sont rendus.
- Lorsqu'il existe plusieurs méthodes de traitement d'une blessure ou d'une affection des dents couramment utilisées et acceptables du point de vue professionnel, le fournisseur de prestations se réserve le droit de calculer les frais remboursables sur la base d'une autre méthode que la méthode proposée.
- Les employés peuvent soumettre un plan de traitement au fournisseur de prestations qui l'avisera, avant le traitement, du montant admissible aux fins de remboursement.
- Les services de restauration majeure sont assujettis à des restrictions concernant les états préexistants. Les restrictions standards incluent :
  - a. exclusion relative à une dent manquante; et
  - b. le remplacement de couronnes, ponts et prothèses, pourvu qu'ils datent d'au moins cinq ans.

# Détails de la garantie

## Soins dentaires de base

Les frais admissibles incluent :

- Diagnostics – les procédures requises pour aider le dentiste à évaluer l'état actuel et déterminer les soins dentaires qui pourraient être nécessaires ultérieurement
- Soins préventifs – les procédures destinées à éliminer ou à réduire le besoin de traitements dentaires futurs
- Restauration de base – les procédures de base qui rendent aux dents naturelles leurs fonctions normales
- Extractions
- Anesthésie
- Endodontie
- Parodontologie – y compris les services complémentaires, les interventions chirurgicales et les appareils parodontaux spéciaux
- Chirurgie buccale de routine
- Réparations, regarnissage et rebasage de prothèses dentaires amovibles

## Restauration majeure

Les frais admissibles incluent :

- Prothèses dentaires amovibles
- Soins de restauration majeure
- Prothèses dentaires fixes
- Implantologie

## Orthodontie

Les frais admissibles incluent :

- La correction des irrégularités dentaires et de la malocclusion des mâchoires au moyen d'appareils de fil métallique, d'appareillage orthodontique ou autres aides mécaniques
- Les mainteneurs actifs d'espace ou les appareils orthodontiques servant à repositionner ou à déplacer des dents

# Compte de dépenses pour soins santé

Le compte de dépenses pour soins santé est utilisé pour payer les frais médicaux et dentaires qui ne sont pas couverts par le programme d'avantages collectifs ni par le régime d'assurance-maladie provincial.

## Tableau des prestations

Le compte de dépenses pour soins santé est offert aux groupes de toute taille, même si leur programme d'avantages collectifs n'inclut pas l'assurance des soins médicaux et/ou des soins dentaires, à condition que les exigences des garanties de base soient respectées. Il incombe à l'employeur de fixer la part de contribution au compte de dépenses pour soins santé des employés et il n'y a pas de minimum ni de maximum. Les contributions peuvent être faites sous forme de versement annuel forfaitaire ou de versement progressif.

## Caractéristiques standards

- Pour être admissibles, les dépenses doivent pouvoir être imputées au titre du crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.
- Les demandes de règlement liées au compte se font en coordination avec celles des régimes de soins médicaux et dentaires.
- Les employés peuvent choisir entre le programme d'avantages collectifs et le compte de dépenses pour soins santé pour coordonner leurs demandes de règlement.
- L'année de prestations est du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.

## Report des contributions non utilisées

Les contributions non utilisées au cours d'une année sont automatiquement reportées à l'année suivante. Les contributions les plus anciennes sont appliquées en premier aux demandes de règlement admissibles. Les contributions reportées non utilisées avant la fin de l'année de prestations suivante seront perdues. Les demandes de règlement sont attribuées à la période à laquelle elles sont encourues et non à la période à laquelle elles sont soumises à un remboursement.

Les réclamations survenues au cours d'une année ne peuvent être reportées à l'année de prestations suivante et être remboursées à partir du montant de contribution de l'année suivante.

# Compte de dépenses de bien-être

Le compte de dépenses de bien-être est utilisé pour payer une variété de dépenses de bien-être personnel qui ne sont pas couvertes par le programme d'avantages collectifs ni par le régime d'assurance-maladie provincial. Comme l'accent est mis sur la santé et le bien-être personnels, les dépenses telles que les abonnements à un centre de conditionnement physique, les chaussures de course, les frais de garde et les programmes de perte de poids sont admissibles. Les coûts liés à la planification successorale et aux déclarations de revenus ainsi que les frais juridiques relatifs à un testament sont également admissibles.

## Tableau des prestations

Le compte de dépenses de bien-être est offert aux groupes de toute taille, même si leur programme d'avantages collectifs n'inclut pas l'assurance des soins médicaux et/ou des soins dentaires, à condition que les exigences des garanties de base soient respectées. Il incombe à l'employeur de fixer le montant offert aux employés et il n'y a pas de minimum ni de maximum. Les contributions peuvent être faites sous forme de versement annuel forfaitaire ou de versement progressif. Puisqu'il s'agit d'une prestation imposable, toutes les dépenses présentées aux fins de paiement seront indiquées sur le feuillet T4 du membre du régime.

## Caractéristiques standards

- L'année de prestations est du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.
- Le solde de compte ne sera pas reporté à l'année suivante. Des contributions non utilisées seront perdues.
- Les dépenses admissibles ont été préétablies et ne peuvent pas être personnalisé par client.
- L'information pour la déclaration de revenus annuelle sera fournie afin d'inclure les montants de prestations sur les feuillets T4.

# Avantages sociaux pour les membres de la direction

Cet avantage est destiné à promouvoir la santé et le bien-être de l'ensemble de l'équipe de direction d'une entreprise. Financé par une combinaison de comptes de dépenses pour soins santé et de bien-être, un membre de la direction reçoit une allocation annuelle qui peut être dirigée vers le coût des activités, des biens et des services qui soutiennent la forme physique, le bien-être physique ainsi que les aspects mentaux, émotionnels et financiers du bien-être personnel.

## Tableau des prestations

Le programme Avantages sociaux pour les membres de la direction est offert aux groupes de toute taille, même si leur régime d'avantages collectifs n'inclut pas l'assurance des soins médicaux et/ou des soins dentaires, à condition que les exigences des garanties de base soient respectées. L'employeur fournit à ses membres de la direction une allocation annuelle en dollars qui peut être utilisée pour soutenir le bien-être personnel. Chaque membre de la direction doit remplir un formulaire de demande d'adhésion annuelle et diriger son allocation au compte de dépenses pour soins santé et/ou au compte de dépenses de bien-être. Il n'y a pas de minimum ni de maximum. Les contributions peuvent être faites sous forme de versement annuel forfaitaire ou de versement progressif.

## Caractéristiques standards

- L'année de prestations est du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.
- Les soldes à la fin de l'année seront traités selon les lignes directrices de chaque compte :
  - > Le solde du compte de dépenses pour soins santé peut être reporté pendant 12 mois si les contributions ne sont pas utilisées dans leur intégralité. Les contributions reportées qui ne sont pas utilisées avant la fin de l'année de prestations suivante seront perdues.
  - > Le solde du compte de dépenses de bien-être sera perdu à la fin de l'année civile.
- L'information pour la déclaration de revenus annuelle sera fournie afin d'inclure les montants de prestations sur les feuillets T4.

# Coût Plus

La garantie Coût Plus est offerte à tous les clients, peu importe s'ils disposent ou non d'une couverture des soins médicaux ou dentaires dans leur programme.

## Avantages de Coût Plus

La garantie Coût Plus, qui couvre une vaste gamme de frais admissibles et qui prévoit une méthode efficace en terme d'impôts de rembourser les frais médicaux et dentaires, peut s'avérer une composante importante d'un programme d'avantages collectifs.

Coût Plus peut être utilisée pour couvrir les franchises et la coassurance, pour fournir un montant maximal illimité relativement à des articles qui comporteraient autrement des limites de remboursement et/ou pour rembourser des frais qui ne seraient autrement pas considérés comme admissibles en vertu du régime standard.

L'employeur peut déterminer les employés et les personnes à charge qui y sont admissibles. Ceci permet à un employeur de récompenser les employés clefs ou plus importants avec cette protection accrue.

## Comment utiliser ce service

Tous les services et toutes les fournitures qui sont considérés comme des dépenses médicales permises selon la Loi fédérale de l'impôt sur le revenu sont admissibles aux fins de paiement en vertu de Coût Plus. Ces remboursements ne sont pas imposables à l'employé.

Coût Plus n'est pas mentionnée dans le Livret des avantages des employés. Les demandes réglées en vertu de cet arrangement ne sont pas prises en considération dans les résultats techniques.

Un employeur doit identifier et enregistrer chaque employé et chaque personne à charge admissibles à cette garantie, avant ou au moment de soumettre la première demande de règlement.

Les demandes de règlement Coût Plus doivent être soumises dans les 15 mois qui suivent la date à laquelle les frais sont engagés, sinon les frais ne sont pas admissibles au remboursement.

## Comment fonctionne Coût Plus

Il est important de noter que Coût Plus n'est pas un programme de remboursement. Les dépenses sont assujetties à des frais d'administration et aux impôts fédéral et provincial appropriés. La compagnie acquitte les frais engagés ainsi que les primes régulières. La garantie Coût Plus est payée à partir de fonds avant impôts de l'entreprise et non à partir du revenu disponible de l'employé. Puisque l'argent de la compagnie est utilisé, il est possible que cette dépense pourrait être déduite en tant qu'une dépense sur les états financiers de l'employeur.

Il s'agit d'une méthode efficace en terme d'impôts de rembourser, sous les auspices du programme d'avantages collectifs, les dépenses qui seraient autrement inadmissibles et que l'employé serait tenu d'assumer lui-même.

# Dispositions générales

## Exigences de base du régime

- Le programme est basé sur un ensemble de garanties de base obligatoires. Ces garanties comprennent l'assurance-vie, l'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident et l'assurance-vie pour personnes à charge, plus un minimum de deux des garanties suivantes : indemnité hebdomadaire en cas d'invalidité, invalidité de longue durée, assurance en cas de maladie grave, soins médicaux complémentaires et soins dentaires.
- L'employeur doit contribuer à au moins 50 % des primes.

## Exigences de participation

- Si votre compagnie compte entre un et neuf employés ou si vous versez 100 % de la prime, tous les employés admissibles doivent participer à votre programme d'avantages collectifs.
- Si votre compagnie compte 10 employés à temps plein ou plus et si vos employés versent une portion de la prime, 75 % des employés admissibles doivent participer à votre programme d'avantages collectifs.
- Un employé qui est couvert en vertu du régime d'assurance-maladie et/ou d'assurance dentaire de son conjoint peut choisir de renoncer à ces garanties. Cependant, un minimum de 50 % de participation est requis après les renonciations liées au conjoint.
- Un employé peut choisir de ne pas participer à toutes les garanties offertes en vertu de votre régime, pourvu que vous continuiez à satisfaire aux exigences de participation. L'employé doit remplir et signer un formulaire de renonciation aux garanties d'assurance collective.

## Droits acquis

- Les garanties suivantes sont admissibles au maintien des droits acquis : l'assurance-vie de base, l'assurance-vie facultative, l'assurance-vie facultative du conjoint, l'assurance-invalidité de longue durée ainsi que l'assurance en cas de maladie grave.
- Une copie du relevé de prime le plus récent indiquant le montant de la couverture de chaque employé est requise avant que le maintien des droits acquis puisse être confirmé.
- En ce qui concerne l'assurance en cas de maladie grave, une copie du contrat d'assurance en cours ou du livret est exigée.

## Exigences d'admissibilité d'un employé

- Afin d'être admissible aux avantages collectifs, l'employé doit :
  - a. résider au Canada;
  - b. être couvert par un régime provincial d'assurance-maladie;
  - c. travailler effectivement à la date du transfert ou à la date d'entrée en vigueur de la couverture;
  - d. être employé et rémunéré pour les services rendus; et
  - e. travailler à son lieu de travail un minimum de 20 heures par semaine, sur une base permanente et à temps plein.
- Les employés temporaires et les administrateurs qui ne sont pas des employés ne sont pas admissibles.

La présente soumission a pour but de vous donner un bref aperçu des garanties et des options de couverture disponibles en vertu du Programme d'avantages collectifs de Victor. Il s'agit d'une offre de couverture seulement. Votre conseiller du régime vous fournira une cotation qui confirmera votre choix de garanties et le montant des primes associées à ces garanties d'assurance.



**Pour plus de renseignements, connectez-vous à [assurancevictor.ca/avantagescollectifsconnexion](https://assurancevictor.ca/avantagescollectifsconnexion).**

Gestionnaires d'assurance Victor inc., 600-55, Standish Court, Mississauga (Ontario) L5R 4B2

© 2021 Gestionnaires d'assurance Victor inc.

