

# Les **AVANTAGES** *du travail*

---

*Votre régime d'avantages  
sociaux collectif RémunEckler*  
*Juillet 2022*

rémun | **ECKLER**

# Table des matières

<b>Les avantages du travail .....</b>	<b>3</b>
<b>Nos points de départ .....</b>	<b>4</b>
Le régime d'avantages sociaux collectif en bref .....	4
Aperçu de vos garanties de base .....	4
Aperçu de vos garanties facultatives .....	6
<b>Les règles du jeu .....</b>	<b>9</b>
Admissibilité.....	9
Protection de votre famille .....	9
Renouvellement de l'adhésion.....	10
Protection par défaut .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Événements marquants de la vie.....	11
Preuve d'assurabilité .....	12
Bénéficiaires.....	12
Frais de soins de santé et de soins dentaires admissibles .....	13
<b>Points à considérer... ..</b>	<b>14</b>
<b>Vos garanties de base.....</b>	<b>17</b>
1. Assurance vie de base de l'employé .....	17
2. Invalidité de courte durée .....	17
3. Invalidité de longue durée .....	21
4. Soins médicaux hors de la province/du pays + assistance voyage .....	25
5. Assurance accident en voyage d'affaires .....	26
6. Soins de santé virtuels .....	27
7. Service Best Doctors .....	29
8. Programme d'aide aux employés (PAE) .....	29
9. Subvention de mieux-être/d'activité physique.....	30
<b>Soins de santé.....</b>	<b>31</b>
Vos options .....	31
Régimes provinciaux d'assurance maladie.....	31
Taux de remboursement.....	32
Période d'immobilisation .....	32
Frais admissibles.....	32
Exclusions.....	35
Soins médicaux hors de la province/du pays + assistance voyage .....	35
Si vous résidez au Québec.....	35
Fin de la couverture.....	36
<b>Soins dentaires .....</b>	<b>37</b>
Vos options .....	37
Taux de remboursement.....	37
Période d'immobilisation .....	38
Frais admissibles.....	38
Plan de traitement.....	39
Exclusions.....	39
Si vous résidez au Québec.....	40
Fin de la couverture.....	40
<b>Compte de frais pour soins de santé (CFSS) .....</b>	<b>41</b>
Comment cela fonctionne.....	41
La vérité au sujet de l'impôt.....	41
Si vous résidez au Québec.....	42
Les utiliser sous peine de les perdre.....	42
Définition de « personne à charge » .....	42

Frais admissibles.....	42
<b>Assurance vie facultative.....</b>	<b>44</b>
Aspect fiscal .....	44
Assurance vie facultative de l'employé.....	44
Assurance vie facultative du conjoint .....	44
Assurance vie facultative des enfants.....	45
Tarifs fumeur et non-fumeur.....	45
Exclusions.....	45
Pendant un congé d'ICD ou d'ILD .....	46
Fin de la couverture.....	46
Conversion de la couverture .....	46
<b>Assurance accident facultative .....</b>	<b>47</b>
Aspect fiscal .....	47
Vos options .....	47
Protection familiale .....	47
Prestations payables.....	48
Prestations supplémentaires.....	49
Exclusions.....	51
Pendant un congé d'ICD ou d'ILD .....	51
Fin de la couverture.....	51
<b>Renseignements importants.....</b>	<b>52</b>
Si vous devenez invalide .....	52
Si vous êtes en congé autorisé .....	52
Si vous êtes en congé de maternité ou en congé parental.....	52
Si vous quittez la société.....	53
<b>Soumission des demandes de règlement.....</b>	<b>54</b>
Dates limites pour la soumission des demandes de règlement .....	54
Demandes de règlement de frais d'hospitalisation .....	54
Demandes de règlement de médicaments sur ordonnance.....	54
Demandes de règlement pour soins de la vue, soins dentaires et autres soins de santé.....	55
Demandes de règlement de soins médicaux hors de la province/du pays + assistance voyage .....	55
Demandes de règlement d'assurance invalidité de courte durée et de longue durée.....	55
Demande de règlement d'assurance vie facultative de l'employé, du conjoint, d'un enfant, et accident .....	56
Envoi des formulaires par la poste .....	56
Numéro du régime .....	56
Coordination des demandes de règlement.....	56
<b>Pour plus de renseignements .....</b>	<b>58</b>
<b>Le mot de la fin .....</b>	<b>58</b>

## Les avantages du travail

---

Chez Eckler, nous reconnaissons les bienfaits d'un régime d'avantages sociaux solidement conçu. Après tout, la conception de régimes d'avantages sociaux est l'une de nos fonctions principales.

Par exemple, nous savons que pour être utile, un régime d'avantages sociaux doit réunir les conditions suivantes :

- Répondre aux besoins d'une population active en évolution et de plus en plus diversifiée;
- Offrir une importante protection financière;
- Être avantageux sur le plan fiscal.

Le régime d'avantages sociaux *RémunEckler* réunit toutes ces conditions... et plus encore. Cela dit, pour tirer pleinement parti du régime, vous devez comprendre son fonctionnement. C'est là que ce livret entre en jeu.

1. **Il offre des renseignements détaillés sur les garanties offertes**, pour que vous sachiez ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas.
2. **Il vous explique les mesures que vous devez prendre et le moment de le faire**, afin de tirer pleinement parti de votre protection.
3. **Il vous permet de comparer les garanties offertes avec celles d'autres régimes** (comme un régime de conjoint), pour que vous puissiez déterminer celui qui offre le meilleur rapport qualité-prix en fonction de vos besoins.

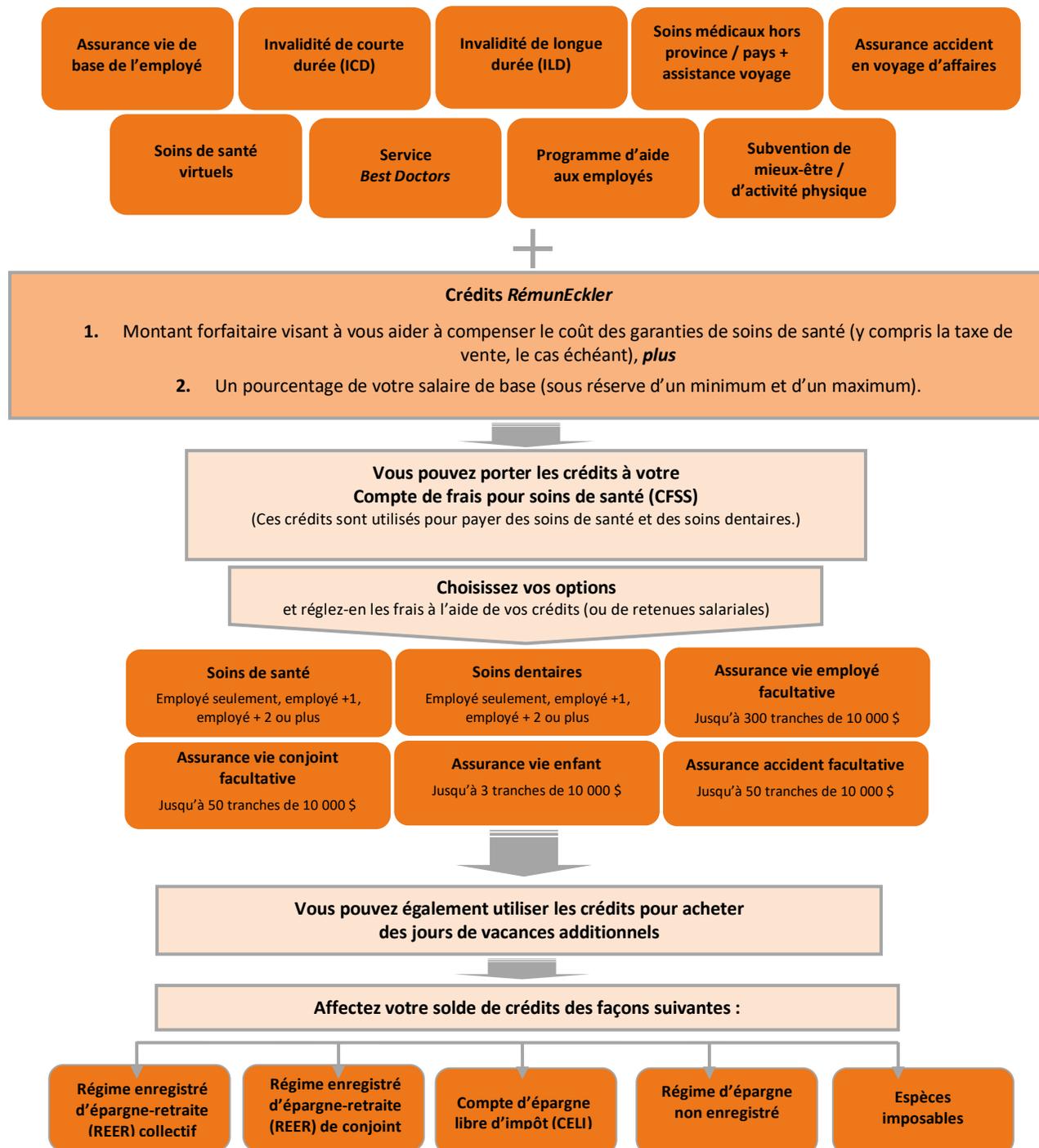
Nous vous conseillons de lire attentivement le contenu de ce livret et de le conserver pour référence ultérieure.

*RémunEckler* – pour faire en sorte que votre carrière chez Eckler soit enrichissante.

## Nos points de départ

### Le régime d'avantages sociaux collectif en bref

RémunEckler vous offre un régime d'avantages sociaux complet, avec des options qui répondront à vos besoins en matière d'avantages sociaux et de mode de vie. Voici comment fonctionne ce régime :



## Aperçu de vos garanties de base

Garanties de base	Protection
<b>Assurance vie de base de l'employé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestations représentant 1 fois votre salaire de base annuel, jusqu'à concurrence de 750 000 \$.</li> <li>• Preuve d'assurabilité exigée pour les montants d'assurance supérieurs à 600 000 \$.</li> </ul>
<b>Invalidité de courte durée (ICD)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Congé de maladie</i> – 100 % de votre salaire de base, maximum de 10 jours ouvrables par année civile pour les absences attribuables à une maladie ou une invalidité.</li> <li>• <i>Invalidité de courte durée</i> – 70 % de votre salaire de base, maximum de 105 jours (moins toute période couverte par le <i>congé de maladie</i>).</li> <li>• Vous devez souffrir d'une invalidité totale (incapable de vous acquitter de l'ensemble des tâches inhérentes à votre emploi habituel, y compris tout travail offert par Eckler).</li> <li>• Tout versement reçu sera imposable.</li> <li>• Les prestations seront réduites en fonction du montant des prestations du Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec et des indemnités d'accident du travail ou d'un autre programme semblable (exclusion faite des prestations d'invalidité de l'AE), ainsi que des revenus d'autres sources, tels qu'ils sont définis dans le document officiel du régime.</li> <li>• Consultez le document officiel du régime pour obtenir plus de détails sur les exigences, les limites et les exclusions.</li> </ul>
<b>Invalidité de longue durée (ILD)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 70 % des gains mensuels assurables – maximum de 20 000 \$ par mois (preuve d'assurabilité exigée pour les montants d'assurance supérieurs à 12 000 \$ par mois). Comme les primes sont réglées par Eckler, les prestations que vous recevrez seront imposables à titre de revenu.</li> <li>• Après obtention d'une approbation, les prestations commenceront à vous être versées lorsque vos prestations d'ICD prendront fin.</li> <li>• Dans le cas des actuaire, des actuaire adjoints et des spécialistes équivalents, souffrir d'une invalidité totale signifie que la personne est incapable de s'acquitter des tâches inhérentes à son poste. Pour les autres employés, cela signifie que la personne ne peut pas s'acquitter des tâches inhérentes à son poste pendant les deux premières années, et de n'importe quelle autre tâche par la suite.</li> <li>• La protection cesse lorsque votre emploi auprès de la société prend fin, vous prenez votre retraite ou atteignez l'âge de 70 ans, selon la première éventualité.</li> <li>• Les prestations se poursuivent :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Si vous devenez totalement invalide avant votre 65<sup>e</sup> anniversaire</i> – jusqu'à votre 65<sup>e</sup> anniversaire ou deux ans après le début de leur versement, selon la dernière éventualité;</li> <li>○ <i>Si vous devenez totalement invalide après votre 65<sup>e</sup> anniversaire</i> – deux ans après le début du versement des prestations d'ILD ou jusqu'à la date de votre 70<sup>e</sup> anniversaire, selon la première éventualité.</li> </ul> </li> <li>• Cela comprend un ajustement au coût de la vie, établi d'après l'IPC – jusqu'à un maximum de 3 % par année.</li> <li>• Les prestations seront réduites en fonction du montant des prestations du Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec et des indemnités d'accident du travail ou d'un autre programme semblable. Les revenus de toute source ne doivent pas excéder 80 % de vos gains bruts avant l'invalidité.</li> <li>• Si vous êtes admissible à des prestations d'incitation à la réadaptation (prestations versées pendant la période de transition vers votre retour au travail), la somme totale de vos prestations d'invalidité, de votre revenu d'emploi et de vos revenus d'autres sources ne doit pas excéder 100 % de vos gains indexés avant l'invalidité.</li> </ul>
<b>Soins médicaux hors de la province/du pays + assistance voyage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins médicaux hors de la province/du pays et assistance voyage (pour un voyage d'une durée maximale de 60 jours).</li> <li>• Garantie qui couvre les frais raisonnables que vous engagez pour obtenir les services et fournitures nécessaires en raison d'une urgence médicale ou du fait que le traitement n'est pas offert au Canada.</li> </ul>

Garanties de base	Protection
<b>Accident en voyage d'affaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 fois les gains annuels assurables jusqu'à une prestation maximale de 1 000 000 \$.</li> </ul>
<b>Soins de santé virtuels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Consult+</b> fournit un accès en tout temps à des professionnels de la santé qualifiés pour vous et vos proches.</li> <li>• Le service est fourni par Dialogue – un chef de file canadien en télémédecine – et non par la Canada Vie. Bien que la consultation soit gratuite, il peut y avoir d'autres frais connexes.</li> <li>• Par <b>Consult+</b>, vous avez accès à des médecins, à des infirmières et à des coordonnateurs de soins de santé pour des problèmes de santé non urgents, depuis votre ordinateur ou votre appareil mobile.</li> </ul>
<b>Service Best Doctors</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous permet, ainsi qu'à votre médecin traitant, de prendre contact avec des spécialistes médicaux de renommée internationale pour confirmer un diagnostic ou un plan de traitement lorsque vous ou une personne à charge admissible souffrez d'une maladie grave.</li> </ul>
<b>Programme d'aide aux employés (PAE)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous offre, à vous et aux membres assurés de votre famille, des services professionnels confidentiels et des ressources pour le mieux-être professionnel et personnel – en tout temps par l'intermédiaire de LifeWorks.</li> <li>• LifeWorks offre des consultations confidentielles, des renseignements et outils en ligne, des séances de counseling par téléphone, vidéo, clavardage et en personne, des renvois à des services communautaires et des recherches personnalisées.</li> <li>• Consultez la page 25 pour plus de détails.</li> </ul>
<b>Subvention de mieux-être/d'activité physique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rembourse 50 % des frais liés à l'activité physique admissibles, comme l'abonnement à un centre de conditionnement physique, les cours de yoga et les services d'un entraîneur personnel, sous réserve d'une subvention maximale de 250 \$ par année civile. Cet avantage est imposable.</li> </ul>

## Aperçu de vos garanties facultatives

Soins de santé	Protection
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les frais admissibles sont remboursés aux taux suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pour la protection '<i>employé seulement</i>' – 80 % de la première tranche de 500 \$ de frais admissibles par année de régime et 100 % par la suite, sous réserve des limites et des frais applicables.</li> <li>○ Pour les protections '<i>employé + 1 personne</i>' et '<i>employé + 2 personnes ou plus</i>' – 80 % de la première tranche de 1 000 \$ de frais admissibles par année de régime et 100 % par la suite, sous réserve des limites et des frais applicables.</li> </ul> </li> <li>• Au Québec, les frais de médicaments admissibles et les déboursés personnels maximaux sont assujettis aux règles de la RAMQ.</li> <li>• Vous devez payer les frais d'exécution d'ordonnance applicables (9 \$ par ordonnance au Québec).</li> <li>• Les frais admissibles comprennent : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ les médicaments sur ordonnance (équivalents génériques), moins la franchise des frais d'exécution d'ordonnance;</li> <li>○ l'hospitalisation dans une chambre à deux lits (à compter du premier jour d'hospitalisation);</li> <li>○ les services d'ambulance;</li> <li>○ les soins dentaires d'urgence;</li> <li>○ les services d'infirmières ou d'infirmiers en service privé (limite de 100 000 \$ par personne à vie);</li> <li>○ les services professionnels (chiropraticien, ostéopathe, podiatre/podologue, massothérapeute agréé, physiothérapeute, psychologue agréé, orthophoniste, naturopathe, orthothérapeute) – jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par année de régime, par personne, pour l'ensemble des praticiens;</li> <li>○ les prothèses auditives (y compris les frais de réparation et les piles) – jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par personne, par période de 3 années de régime; et</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ les soins de la vue (y compris les lunettes d'ordonnance, les lentilles cornéennes, les lunettes de soleil d'ordonnance et la chirurgie des yeux au laser) – jusqu'à concurrence de 300 \$ par personne par période de 24 mois.</li> <li>● Si vous choisissez d'être protégé par la garantie de soins de santé, vous devez la conserver pendant une période minimale de trois années de régime. Pendant la période d'immobilisation de trois ans, vous ne pourrez pas renoncer à la garantie de soins de santé ou modifier la « catégorie » de votre protection (employé seulement, employé + 1 personne, employé + 2 personnes ou plus), à moins qu'un événement marquant admissible ne survienne dans votre vie.</li> <li>● Vous ne pouvez renoncer à la garantie de soins de santé que si vous pouvez fournir la preuve que vous détenez une protection comparable au titre d'un autre régime. Si vous habitez au Québec, la protection comparable doit comprendre une garantie équivalente à celle de la RAMQ.</li> </ul>
--	--

Soins dentaires	Protection
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Les frais admissibles sont remboursés aux taux suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 100 % des frais de soins préventifs et courants (p. ex., examens, polissage, détartrage courant);</li> <li>○ 80 % des frais de restauration mineure (p. ex., obturations, extractions, endodontie, parodontie, réparation de prothèses dentaires, surfaçage radiculaire).</li> <li>○ 60 % des frais de restauration majeure (p. ex., incrustations, prothèses dentaires, couronnes);</li> <li>○ 60 % des frais d'orthodontie (p. ex., appareil orthodontique).</li> </ul> </li> <li>● La protection est assujettie aux limites de remboursement suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1 500 \$ par année de régime et par personne pour des soins préventifs, courants et à des traitements de restauration mineurs, prestations combinées;</li> <li>○ 2 500 \$ par année de régime, par personne, pour des traitements de restauration majeure; et</li> <li>○ un maximum de 3 000 \$ à vie par personne pour les soins orthodontiques.</li> </ul> </li> <li>○ Si vous choisissez d'être protégé par la garantie de soins dentaires, vous devez la conserver pendant une période minimale de trois années de régime. Pendant la période d'immobilisation de trois ans, vous ne pourrez pas renoncer à la garantie de soins dentaires ou modifier la « catégorie » de votre protection (employé seulement, employé + 1 personne, employé + 2 personnes ou plus), à moins qu'un événement marquant admissible ne survienne dans votre vie.</li> </ul>

Compte de frais pour soins de santé (CFSS)	Protection
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vous pouvez verser une partie de vos crédits <i>RémunEckler</i> dans votre CFSS personnel.</li> <li>● Les crédits du CFSS peuvent être utilisés pour payer un large éventail de soins de santé et de soins dentaires non remboursés au titre du régime.</li> <li>● Lorsque vous utilisez les crédits de ce compte, vous utilisez des dollars avant impôt; vous augmentez ainsi votre pouvoir d'achat. (Au Québec, l'impôt provincial sur le revenu s'applique au montant total réclamé, aux frais d'administration connexes et à la taxe de vente de 9 %.)</li> <li>● La définition de personne à charge est élargie pour ce qui est de votre CFSS.</li> <li>● Vous devez utiliser les crédits de ce compte pendant l'année de régime au cours de laquelle ils ont été alloués; autrement, vous perdrez ces crédits.</li> <li>● Vous pouvez reporter les frais admissibles d'une année de régime jusqu'à la fin de l'année de régime suivante et demander le remboursement de ces frais dans le cadre de votre allocation du CFSS de la nouvelle année de régime.</li> </ul>

Assurance vie facultative	Protection
Assurance vie facultative de l'employé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous pouvez choisir jusqu'à 300 tranches de 10 000 \$ chacune.</li> <li>• La protection maximale est de 3 millions de dollars.</li> <li>• Au moment de l'adhésion initiale, aucune preuve d'assurabilité n'est exigée pour les premiers 80 000 \$ de protection.</li> </ul>
Assurance vie facultative du conjoint	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous pouvez choisir jusqu'à 50 tranches de 10 000 \$ chacune.</li> <li>• La protection maximale est de 500 000 \$.</li> <li>• Une preuve d'assurabilité est exigée, quel que soit le montant de la protection.</li> </ul>
Assurance vie facultative des enfants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous pouvez choisir jusqu'à 3 tranches de 10 000 \$ chacune.</li> <li>• La protection maximale est de 30 000 \$.</li> <li>• Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée.</li> </ul>
Assurance accident facultative	Protection
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous pouvez acheter la protection « employé seulement » ou la protection « familiale ».</li> <li>• Vous pouvez souscrire la protection par tranches de 10 000 \$ jusqu'à un maximum de 500 000 \$.</li> <li>• Lorsque la protection est pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Vous et votre conjoint</i> – la protection de votre conjoint correspond à 50 % du montant de la protection choisie.</li> <li>○ <i>Vous, votre conjoint et vos enfants à charge</i> – la protection de votre conjoint correspond à 40 % du montant de la protection choisie et celle de chacun de vos enfants, à 15 % du montant de la protection choisie (jusqu'à un maximum de 75 000 \$ par enfant).</li> <li>○ <i>Vous et vos enfants à charge</i> – la protection de vos enfants correspond à 20 % du montant de la protection choisie (jusqu'à un maximum de 100 000 \$ par enfant).</li> <li>○ Des paiements partiels seront effectués pour la perte ou la perte de l'usage d'un membre, de la vue ou de l'ouïe.</li> </ul> </li> </ul>
Jours de vacances additionnels	Protection
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous pouvez utiliser des crédits <i>RémunEckler</i> pour acheter jusqu'à cinq jours de vacances additionnels.</li> <li>• Cinq jours de vacances (jours de vacances ordinaires, plus tout jour de vacances additionnel acheté à l'aide de crédits <i>RémunEckler</i>) au maximum peuvent être reportés d'une année civile à l'autre. Vous devez utiliser en premier les jours additionnels achetés à l'aide de crédits <i>RémunEckler</i>, puis vos jours de vacances ordinaires. Reportez-vous à la page 16 pour savoir comment remplir votre feuille de temps.</li> </ul>

**RAPPEL : L'année de régime de *RémunEckler* va du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin de l'année suivante.**

## Les règles du jeu

### Admissibilité

À titre d'employé permanent actif, vous êtes admissible au régime d'avantages sociaux *RémunEckler* dès votre premier jour entier de travail – à condition que vous travailliez au moins 15 heures par semaine de façon régulière. Pour que les garanties entrent en vigueur, vous devez être effectivement au travail.

(La protection n'est pas offerte aux employés temporaires, occasionnels ou contractuels, ni aux participants au Programme d'enseignement coopératif; il y a cependant une exception : les employés occasionnels et contractuels, ainsi que les participants au Programme d'enseignement coopératif, sont automatiquement couverts par une protection de 50 000 \$ en cas d'accident en voyage d'affaires.)

Si vous n'adhérez pas dans les 31 jours qui suivent la date de votre embauche, vous recevrez la protection « par défaut » (voir la page 11) et il est possible qu'on vous demande de fournir une preuve d'assurabilité pour certaines protections.

### Protection de votre famille

Les régimes d'avantages sociaux ne sont pas conçus uniquement pour vous. Ils sont également conçus pour votre famille. C'est pourquoi le régime d'avantages sociaux *RémunEckler* vous permet d'étendre à votre conjoint et à vos enfants la protection des garanties de soins de santé, de soins dentaires et de l'assurance accident facultative. Vous pouvez aussi souscrire l'assurance vie facultative du conjoint et l'assurance vie facultative des enfants *RémunEckler* pour votre conjoint et vos enfants.

Au titre des garanties de soins de santé et de soins dentaires, vous pouvez choisir la « catégorie » de protection qui correspond à la situation de votre famille. Il y a trois catégories : Employé seulement – Vous seul serez couvert.

Employé + 1 personne – Vous et votre conjoint ou un enfant serez couverts.

Employé + 2 personnes ou plus – Vous, votre conjoint et vos enfants serez couverts.

Comme vous pouvez vous en douter, les tarifs de la catégorie « employé + 1 personne » seront supérieurs à ceux de la catégorie « employé seulement ». De même, les tarifs de la catégorie « employé + 2 personnes ou plus » seront plus élevés que ceux de la catégorie « employé + 1 personne ».

<b>Conjoint :</b>	La personne de même sexe ou de sexe opposé avec qui : <ul style="list-style-type: none"><li>• vous êtes marié légalement; ou</li><li>• vous vivez dans le cadre d'une union de fait depuis au moins un an et que vous présentez publiquement comme votre conjoint.</li></ul> (Une seule personne à la fois peut être désignée comme conjoint ou conjointe.)
<b>Enfant :</b>	Un enfant biologique ou adoptif ou un enfant issu d'une union antérieure (la vôtre ou celle de votre conjoint ou conjointe) qui : <ul style="list-style-type: none"><li>• n'est pas marié et qui dépend de vous pour sa subsistance;</li><li>• habite au Canada;</li></ul> <b>et</b> qui : <ul style="list-style-type: none"><li>• a moins de 21 ans; ou</li></ul>

- a moins de 26 ans, s'il fréquente à plein temps un établissement postsecondaire comme un collège ou une université (ou est en vacances de cet établissement d'enseignement); ou
- a n'importe quel âge, pourvu que l'enfant :
  - ne soit pas marié, soit sans emploi et dépende de vous financièrement en raison d'une incapacité physique ou mentale;
  - ait subi cette incapacité avant l'âge de 21 ans;
  - ait été couvert de façon ininterrompue au titre du régime d'un employeur depuis un âge précédant son 21<sup>e</sup> anniversaire; et
  - habite sous votre toit.

**Vous devez choisir la même catégorie pour les garanties de soins de santé et de soins dentaires.** Cela dit, vous pouvez renoncer à participer à un régime de garanties et pas à l'autre. (Avant de renoncer au régime de garanties de soins de santé, vous devez fournir une confirmation que vous disposez d'une protection comparable au titre d'un autre régime. On vous demandera des détails sur cette protection lorsque vous adhérerez au régime à l'aide de l'outil d'adhésion. De plus, si vous habitez au Québec, la protection pour les médicaments de l'autre régime doit être conforme aux exigences de la RAMQ.)

La protection de votre conjoint ou celle de votre enfant cessera dès que l'un ou l'autre ne satisfera plus à la définition qui en est donnée. Par exemple, un enfant ne sera plus admissible à la protection s'il se marie, commence à travailler à plein temps ou dépasse les limites d'âge.

### Protection par défaut

Si vous n'adhérez pas au régime dans les 31 jours qui suivent la date de votre embauche, vous recevrez automatiquement la protection « par défaut », qui comprend :

- les garanties de base (y compris l'assurance vie de base de l'employé, l'invalidité de courte et de longue durée, les soins médicaux hors de la province/du pays + l'assistance voyage, l'assurance accident en voyage d'affaires, le service *Best Doctors*, la participation au Programme d'aide aux employés et la subvention de mieux-être/d'activité physique);
- la protection « employé seulement » des garanties de soins de santé et de soins dentaires.

Si vous détenez la protection par défaut :

- Vous ne serez pas couvert au titre des régimes facultatifs d'assurance vie de l'employé, d'assurance vie du conjoint, d'assurance vie des enfants ou d'assurance accident.
- Aucun crédit ne sera alloué à votre Compte de frais pour soins de santé (CFSS).
- Vous ne pourrez acheter aucun jour de vacances.
- Aucun crédit ne sera alloué à vos régimes d'épargne *RémunEckler*, notamment votre REER collectif, votre compte d'épargne libre d'impôt ou votre régime d'épargne non enregistré.
- Les crédits que vous n'avez pas utilisés pour acheter des protections vous seront remis sous forme d'espèces imposables au cours de l'année de régime.
- Les sommes additionnelles requises pour payer vos garanties seront prélevées sur votre paie (sous forme de retenues salariales).
- Vous ne pourrez pas modifier vos garanties avant la période de renouvellement annuel suivante, à moins qu'un événement marquant admissible ne survienne dans votre vie.

**Les règles régissant la protection par défaut peuvent être revues chaque année et changer dans l'avenir**

### **Renouvellement de l'adhésion**

À titre de membre du régime d'avantages sociaux *RémunEckler*, vous aurez la possibilité de renouveler votre adhésion. Cette période, qui se tient chaque année en juin, représente une occasion de mettre vos choix de garanties à jour. Les nouvelles protections entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet de chaque année, sous réserve de l'approbation de l'assureur. En règle générale, les choix que vous faites durant cette période de renouvellement annuel resteront en vigueur pendant une année de régime (du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin de l'année suivante).

Si vos choix de garanties et vos allocations de crédits actuels répondent toujours à vos besoins, vous n'êtes pas tenu de renouveler votre adhésion pendant la période de renouvellement. **Si vous ne renouvelez pas votre adhésion** (ou oubliez de le faire), celle-ci sera renouvelée automatiquement en vertu d'un « renouvellement express ».

Cela signifie que :

- vous conserverez vos choix actuels au titre des garanties de soins de santé, de soins dentaires, d'assurance vie facultative de l'employé, d'assurance vie facultative du conjoint, d'assurance vie facultative des enfants et d'assurance accident facultative;
- votre désignation de bénéficiaire ne changera pas;
- vous ne serez admissible à aucune nouvelle protection d'assurance invalidité ou d'assurance vie de base de l'employé au-delà des garanties maximales permises sans preuve d'assurabilité;
- vous ne pourrez pas acheter de jours de vacances;
- aucun crédit ne sera affecté à votre CFSS *RémunEckler* ou à vos régimes d'épargne, notamment votre REER collectif, votre compte d'épargne libre d'impôt ou votre régime d'épargne non enregistré;
- les crédits que vous n'avez pas utilisés pour acheter des protections vous seront remis sous forme d'espèces imposables au cours de l'année de régime;
- si vous n'avez pas suffisamment de crédits pour régler les frais relatifs à vos choix, la différence sera déduite de votre paie.

### **Événements marquants de la vie**

Vous aurez l'occasion de modifier certains choix de garanties au cours de l'année de régime si un *événement marquant* survient dans votre vie – un événement qui modifie le montant de la protection dont vous avez besoin.

Les événements marquants de la vie admissibles sont réputés être :

- un mariage, une séparation ou un divorce;
- la naissance ou l'adoption légale définitive d'un enfant;
- le décès d'un conjoint ou d'un enfant;
- vos enfants à charge cessent d'être admissibles à la protection;
- la perte ou l'acquisition de la protection du régime de votre conjoint.

**Si un événement marquant survient dans votre vie, vous devez en informer le Service de la paie et des avantages sociaux dans les 31 jours qui suivent en faisant parvenir un courriel à**

[payrollandbenefits@eckler.ca](mailto:payrollandbenefits@eckler.ca). Si vous ne respectez pas ce délai de 31 jours, vos choix actuels resteront en vigueur jusqu'à la fin de l'année de régime (jusqu'au 30 juin).

### **Preuve d'assurabilité**

Selon les choix que vous faites au titre du régime d'avantages sociaux *RémunEckler*, vous (ou vous et votre conjoint) devrez peut-être fournir une preuve d'assurabilité avant qu'une certaine protection entre en vigueur. Autrement dit, vous devrez peut-être fournir à la compagnie d'assurance des renseignements sur votre état de santé.

La compagnie d'assurance analysera ces renseignements et pourrait exiger que vous ou votre conjoint :

- vous soumettiez à un examen médical;
- subissiez certains tests médicaux; ou
- fournissiez d'autres renseignements.

**Au moment de votre adhésion initiale**, une preuve d'assurabilité sera exigée si :

- votre protection d'assurance vie de base de l'employé est supérieure à 600 000 \$;
- votre protection d'assurance vie facultative de l'employé est supérieure à 80 000 \$;
- votre protection d'invalidité de longue durée est supérieure à 12 000 \$ par mois; ou
- vous sélectionnez l'assurance vie facultative du conjoint, quel qu'en soit le montant.

**Au cours des périodes de renouvellement ultérieures**, une preuve d'assurabilité sera exigée si vous :

- devenez admissible à un nouveau montant d'assurance vie de base de l'employé supérieur à 600 000 \$;
- augmentez votre montant d'assurance vie facultative de l'employé ou du conjoint;
- réduisez ou annulez votre protection d'assurance vie facultative et tentez plus tard de la remettre en vigueur; ou
- devenez admissible à une protection d'invalidité de longue durée (ILD) supérieure à 12 000 \$ par mois.

L'approbation de la preuve d'assurabilité (et de la garantie connexe) est à la discrétion de la compagnie d'assurance. -

### **Bénéficiaires**

Vous êtes automatiquement le bénéficiaire des prestations de l'assurance vie facultative du conjoint ou des enfants qui sont payables au titre du régime d'avantages sociaux *RémunEckler*, de même que des prestations d'assurance accident facultative versées au nom d'un membre assuré de votre famille.

Cela dit, vous pouvez nommer un ou plusieurs bénéficiaires de votre assurance vie de base et facultative d'employé, ainsi que des prestations d'assurance accident facultative si vous décédiez dans un accident couvert par l'assurance. Tenez compte des facteurs suivants au moment de désigner un ou des bénéficiaire(s) :

- **Bénéficiaires mineurs** – Si vous désignez une personne mineure comme bénéficiaire, elle n’aura pas accès aux prestations d’assurance avant d’avoir atteint l’âge de la majorité – sauf si vous prenez les mesures légales appropriées. Ces mesures varient d’une province à l’autre et, avant de désigner une personne mineure comme bénéficiaire, nous vous recommandons d’obtenir les conseils d’un avocat.
- **Si vous êtes résident du Québec** – Si vous désignez comme bénéficiaire votre conjoint avec qui vous êtes marié légalement ou en vertu d’une union civile, cette désignation sera « irrévocable » en vertu des lois du Québec – sauf si vous cochez, sur le formulaire de désignation de bénéficiaire ou sur le relevé de confirmation des garanties, la case indiquant qu’elle est « révocable ». Pour modifier une désignation « irrévocable », vous devrez obtenir le consentement de votre conjoint. Par contre, si vous cochez « révocable », vous pourrez changer de bénéficiaire dans l’avenir sans ce consentement.

#### **Frais de soins de santé et de soins dentaires admissibles**

Les frais de soins de santé et de soins dentaires ne sont couverts que s’ils sont médicalement nécessaires *et* dans la mesure où ils sont raisonnables et habituels. Un traitement est jugé raisonnable s’il est reconnu par la profession médicale canadienne, si son efficacité a été démontrée et s’il est approprié et essentiel au diagnostic, à la gestion thérapeutique et au traitement de la maladie ou de la blessure.

## Points à considérer...

---

Avant d'adhérer ou de renouveler votre adhésion, nous vous invitons à considérer certains points...

### Soins de santé

- Vous pouvez choisir, ou non, d'être couvert par la garantie de soins de santé. Cela dit, vous pouvez choisir d'y renoncer seulement si vous êtes couvert au titre d'un autre régime offrant une protection comparable. (Si vous habitez au Québec, une protection comparable doit comprendre une assurance-médicaments qui soit conforme aux exigences de la RAMQ.) Vous devez fournir une preuve de protection comparable.
- Le fait de renoncer à la garantie de soins de santé peut libérer des crédits que vous pourrez utiliser pour acheter des garanties facultatives ou porter à votre compte de frais pour soins de santé.
- Si vous choisissez d'être couvert par la garantie de soins de santé, vous devez conserver cette protection pendant au moins trois années de régime.
- Pendant la période d'immobilisation (c.-à-d. pendant l'année de régime si vous avez renoncé à la garantie, ou pendant la période d'immobilisation de trois ans si vous avez opté pour cette garantie), vous pouvez modifier votre protection seulement si un événement marquant admissible survient dans votre vie. Vous disposerez de 31 jours à partir de la date de l'événement pour apporter le changement.

### Soins dentaires

- Vous pouvez choisir d'être couvert, ou non, par la garantie de soins dentaires.
- Si vous choisissez d'être couvert par la garantie de soins dentaires, vous devez conserver cette protection pendant au moins trois années de régime.
- Le fait de renoncer à la garantie de soins dentaires peut libérer des crédits que vous pourrez utiliser pour acheter des garanties facultatives ou porter à votre compte de frais pour soins de santé.
- Pendant la période d'immobilisation (c.-à-d. pendant l'année de régime si vous avez renoncé à la garantie, ou pendant la période d'immobilisation de trois ans si vous avez opté pour cette garantie), vous pouvez modifier votre protection seulement si un événement marquant admissible survient dans votre vie. Vous disposerez de 31 jours à partir de la date de l'événement pour apporter le changement.
- Avant de renoncer à la protection, réfléchissez aux questions suivantes :
  - Au cours d'une année, combien d'argent consacrez-vous généralement aux soins dentaires?
  - Quelle est la protection offerte au titre du régime de soins dentaires de votre conjoint, le cas échéant? Celui-ci couvre-t-il les personnes à charge?
  - Serait-il plus avantageux sur le plan fiscal ou plus économique pour vous de régler vos frais de soins dentaires à l'aide de votre compte de frais pour soins de santé?

### Compte de frais pour soins de santé (CFSS)

- Tous les soins de santé et soins dentaires dont vous pourriez avoir besoin sont-ils couverts par les garanties de soins de santé et de soins dentaires du régime d'avantages sociaux *RémunEckler*? Par exemple, une somme de 300 \$ par période de 24 mois est-elle suffisante pour répondre à vos besoins en matière de soins de la vue? Dans la négative, vous pourriez songer à porter des crédits à votre CFSS pour régler les dépenses non couvertes (ou pas entièrement couvertes) au titre des garanties de soins de santé et de soins dentaires.
- Rappelez-vous que la définition de personne à charge est élargie pour ce qui est de votre CFSS. Vous pouvez utiliser ce compte pour régler des frais de soins de santé et de soins dentaires admissibles pour plusieurs membres de votre famille ou de celle de votre conjoint, pourvu que ces personnes habitent au Canada et, aux fins de l'impôt, soient considérées comme étant financièrement à votre charge. Les personnes à charge admissibles comprennent les petits-enfants, les parents, les grands-parents, les frères, les sœurs, les tantes, les oncles, les nièces et les neveux.
- En ce qui concerne les crédits de votre CFSS, n'oubliez pas que vous perdez ce que vous n'utilisez pas. Les crédits non utilisés à la fin de l'année de régime seront perdus. Par contre, vous pourrez reporter les frais non réclamés à la fin de la prochaine année de régime. Par exemple, si vous engagez des frais de soins de la vue que vous ne pouvez pas réclamer parce que vous avez déjà utilisé les crédits de votre CFSS, vous pouvez reporter ces frais et les réclamer au titre des crédits alloués à votre CFSS l'année de régime suivante.

### Assurance vie facultative de l'employé

- Avant de prendre la décision de souscrire une assurance vie facultative de l'employé ou d'en déterminer le montant, réfléchissez aux questions suivantes :
  - Avez-vous actuellement des personnes à charge? Un conjoint? Des enfants? Des parents? Dans quelle mesure ces personnes dépendent-elles de votre revenu pour assurer leur sécurité financière?
  - Quel est le montant de la protection qu'il vous faut pour répondre aux besoins financiers de vos personnes à charge?
  - Vos bénéficiaires ont-ils accès à d'autres sources de revenus : police d'assurance individuelle, assurance hypothécaire, prestations de retraite de survivant, épargne personnelle, placements, biens immobiliers? Ce revenu sera-t-il suffisant?
- Lorsque vous adhérez au régime pour la première fois, vous obtenez une assurance vie facultative de l'employé de 80 000 \$ sans devoir fournir de preuve d'assurabilité.
- Aux prochaines périodes d'adhésion, vous devrez fournir une preuve d'assurabilité si vous demandez une augmentation de la protection de votre assurance vie facultative de l'employé.
- Si des prestations sont versées, ces prestations ne seront pas imposables pour vos bénéficiaires.

### Assurance vie facultative du conjoint et des enfants

- Avant de prendre la décision de souscrire une assurance vie facultative du conjoint ou des enfants, ou d'en déterminer le montant, réfléchissez aux questions suivantes :
  - Est-ce que vous (et votre famille) dépendez du revenu de votre conjoint pour assurer votre sécurité financière?

- Quel est le montant actuel de la couverture d'assurance vie de votre conjoint... ou de quelle couverture a-t-il ou a-t-elle besoin? Votre conjoint ou votre conjointe a-t-il ou a-t-elle accès à une couverture d'une autre source comme une police d'assurance individuelle ou de l'employeur?
- En cas de décès de votre conjoint ou de votre conjointe, devrez-vous payer certains services – comme des services de garde d'enfants et d'aide familiale – que vous n'avez pas à payer maintenant?
- Est-ce que votre conjoint ou conjointe a des problèmes de santé? (Cette question est importante, car avant que la couverture soit approuvée, cette personne devra fournir une preuve d'assurabilité indiquant qu'elle est en bonne santé.)
- Rappelez-vous que vous êtes automatiquement le bénéficiaire d'une assurance vie facultative du conjoint ou des enfants du régime d'avantages sociaux *RémunEckler*. Les primes d'assurance vie de *RémunEckler* sont concurrentielles pour un régime collectif de notre taille et compte tenu de ce qui le compose. Toutefois, selon votre âge, votre statut de fumeur ou de non-fumeur et de vos antécédents médicaux, vous pourriez être en mesure d'obtenir des primes plus concurrentielles pour une assurance vie individuelle par l'entremise d'un conseiller en assurance (notez toutefois que vous devrez sans doute fournir une preuve d'assurabilité). Ainsi, vous auriez peut-être intérêt à comparer les prix avant de souscrire une assurance vie au titre du régime *RémunEckler*.

#### **Assurance accident facultative**

- Avant de prendre la décision de souscrire une assurance accident facultative, ou d'en déterminer le montant, réfléchissez aux questions suivantes :
  - Dans quelle mesure une blessure admissible (comme la perte de la vue) nuirait-elle à votre potentiel de revenus?
  - Votre situation financière serait-elle compromise si votre conjoint subissait une blessure admissible?
  - Quelle est la couverture d'ILD et d'assurance vie que vous et votre conjoint détenez?
- L'assurance accident facultative peut être une façon peu coûteuse d'accroître vos prestations de survivant. Toutefois, nous vous déconseillons de l'utiliser pour remplacer une assurance vie proprement dite.

#### **Jours de vacances additionnels**

- Vous pouvez utiliser vos crédits *RémunEckler* pour acheter jusqu'à cinq jours de vacances additionnels.
- Si vous choisissez cette option, rappelez-vous que vous devez les utiliser en premier, avant vos jours de vacances ordinaires. Pour les faire figurer sur votre feuille de temps, utilisez le code 0009VAF01 (jours de vacances achetés à l'aide de crédits flexibles), plutôt que 0009VAC01, qui est le code qui s'applique aux jours de vacances ordinaires.

## Vos garanties de base

---

Nous croyons qu'il est important de détenir certaines protections minimales, et c'est la raison pour laquelle vous bénéficiez automatiquement des « garanties de base ». Ce sont des garanties que vous recevez automatiquement et qui sont entièrement payées par Eckler. Vos garanties de base comprennent ce qui suit :

### 1. Assurance vie de base de l'employé

Vous recevrez automatiquement une assurance vie de base de l'employé qui représente 1 fois votre salaire annuel de base, arrondi à la tranche de 1 000 \$ supérieure suivante (jusqu'à concurrence d'un maximum de 750 000 \$). Une preuve d'assurabilité est exigée pour les montants supérieurs à 600 000 \$. Le coût de cette garantie est défrayé par la société, et il figurera comme revenu imposable sur votre feuillet T4.

Si vous êtes en congé d'invalidité de courte durée, Eckler règle les primes de l'assurance vie de base de l'employé. Vous en serez exonéré lorsque votre demande de prestations d'ILD aura été approuvée, et ce, tant et aussi longtemps que la Canada Vie considérera que votre invalidité persiste.

La couverture diminue automatiquement de 50 % à votre 65<sup>e</sup> anniversaire. Elle prend fin lorsque votre emploi auprès de l'entreprise se termine, vous prenez votre retraite ou vous atteignez l'âge de 75 ans, selon la première éventualité.

Si vous avez moins de 65 ans lorsque vous prenez votre retraite ou quittez Eckler, vous pourrez convertir votre assurance vie de base ou facultative de l'employé en une assurance vie individuelle, jusqu'à concurrence d'un maximum de 200 000 \$ pour l'ensemble des assurances vie de base et facultative. Pour les employés du Québec, la limite est de 400 000 \$.

### 2. Invalidité de courte durée

Si vous ne pouvez pas travailler en raison d'une blessure ou d'une maladie, vous serez admissible à ce qui suit :

- *Prestations de congé de maladie* – 100 % de votre salaire de base, maximum de 10 jours ouvrables par année civile pour les absences attribuables à une maladie ou une invalidité.
- *Prestations d'invalidité de courte durée* – 70 % de votre salaire de base, maximum de 105 jours civils, moins toute période couverte par le congé de maladie. (Si votre invalidité persiste lorsque la période de versement des prestations d'ICD prend fin, vous pouvez demander des prestations d'invalidité de longue durée.)

La protection entre en vigueur le premier jour d'emploi effectif.

Toutes les prestations de l'assurance ICD sont imposables à titre de revenu. Ces paiements sont calculés en fonction de votre salaire hebdomadaire de base, exclusion faite de la rémunération des heures supplémentaires et des primes, le cas échéant.

Pour être admissible aux prestations de l'assurance ICD, vous devez être totalement invalide (selon la définition ci-dessous). Vous devez aussi participer à :

- un programme de traitement et de soins approprié qui est prescrit ou exécuté par un médecin agréé (y compris un spécialiste autorisé, s'il y a lieu);
- un programme de traitement des dépendances qui est supervisé par un médecin spécialiste qualifié  
(si l'abus d'alcool, de drogues, de substances ou une autre dépendance contribue à votre invalidité); ou
- un programme de réadaptation autorisé.

#### **Définition d'« invalidité totale »**

On considérera que vous souffrez d'une invalidité totale si vous êtes incapable – en raison d'une blessure ou d'une maladie – d'accomplir la presque totalité des tâches inhérentes à votre emploi habituel ou à tout autre poste offert par Eckler.

#### **Vos responsabilités**

Vous pourriez être tenu de fournir une attestation du médecin pour toute absence attribuable à votre invalidité (blessure ou maladie). Tout au moins, vous devrez fournir :

- une attestation du médecin pour toute absence de cinq jours ou plus en raison d'une invalidité; et
- un formulaire de demande de règlement, y compris une déclaration du médecin traitant, pour toute absence de dix jours ou plus en raison d'une invalidité.

Des mises à jour seront exigées à intervalles réguliers, selon la nature et la durée prévue de votre invalidité.

Pendant une période d'invalidité, vous serez appelé à déployer des efforts raisonnables pour :

- fournir rapidement une preuve acceptable d'invalidité;
- vous rétablir et reprendre un emploi rémunéré;
- collaborer à un plan de soins et de traitement approprié;
- participer à un programme de réadaptation lorsque l'évaluateur de la demande ou Eckler l'a approuvé; et
- demander les prestations provenant d'autres sources.

Si vous ne déployez pas de tels efforts raisonnables, vos prestations pourraient être modifiées, retardées, retenues ou résiliées.

#### **Récidive de l'Invalidité**

Si, après avoir reçu des prestations et être retourné au travail depuis moins de 10 jours, vous devenez à nouveau totalement invalide en raison de la même blessure ou maladie, cette nouvelle invalidité sera considérée comme le prolongement de l'invalidité précédente (à condition que vous soyez toujours couvert au titre de la garantie d'ICD).

#### **Réduction des prestations**

Les prestations d'ICD seront réduites des prestations auxquelles vous avez droit (pour la même invalidité) :

- de l'indemnisation des accidents du travail, du Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec ou d'autres régimes gouvernementaux similaires (à l'exception de l'assurance-emploi);

- d'un régime d'employeur ou d'un régime de remplacement du revenu collectif; ou
- d'un régime ou d'une police d'assurance automobile (sauf lorsque cela est interdit par la loi ou que les prestations du régime d'assurance tiennent compte des versements du revenu de l'assurance-emploi).

### Limites et exclusions

Vous ne serez pas admissible aux prestations d'ICD si :

- vous ne recevez pas des soins et un traitement appropriés de la part d'un médecin autorisé;
- vous avez été mis à pied ou êtes en congé autorisé (sauf si la loi l'exige);
- vous recevez des prestations de maternité, parentales ou pour soignants en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi* (sauf si les règlements provinciaux l'exigent);
- vous recevez des prestations d'un employeur, y compris une indemnité de départ ou une paie de vacances;
- vous êtes légalement emprisonné;
- vous recevez des prestations d'ILD en raison de la récurrence d'une invalidité;
- votre invalidité est le résultat d'une guerre, de votre service au sein des forces armées, de la participation à une émeute ou d'une conduite désordonnée;
- votre invalidité survient alors que vous commettez ou tentez de commettre un acte criminel;
- votre absence est attribuable à une chirurgie plastique pratiquée à des fins purement esthétiques (sauf si cette chirurgie est liée à une maladie ou à une blessure); ou
- vous êtes à l'extérieur du Canada depuis plus de quatre semaines, à moins que ce soit en raison d'une affectation professionnelle temporaire autorisée par Eckler.

### Fin des prestations d'ICD

Les prestations d'ICD cesseront d'être versées à la première des éventualités suivantes :

- votre rétablissement (c'est-à-dire que vous n'êtes plus considéré comme étant totalement invalide);
- votre décès;
- votre cessation d'emploi; ou
- la fin de la période de prestations maximale de 105 jours.

Cela dit, si le versement des prestations d'invalidité débute avant la date de votre avis de cessation d'emploi, il se poursuivra pendant une période maximale de 15 semaines ou jusqu'à ce que vous vous rétablissiez, selon la première éventualité.

### Fin de la garantie d'ICD

La garantie d'ICD prend fin à la première des éventualités suivantes :

- la fin de votre emploi à plein temps auprès d'Eckler;
- votre décès; ou
- votre retraite.

Rappelez-vous que les prestations d'ICD ne sont pas payables pendant un congé autorisé ou une période de mise à pied (sauf si le règlement provincial l'exige).

### **Politique en matière de maternité**

RémunEckler prévoit le versement d'une prestation d'accouchement au cours des six premières semaines qui suivent l'accouchement, et ce, à compter du jour où l'enfant est né. Vous recevrez :

- 100 % du salaire de base que vous touchiez avant votre congé de maternité pendant la première semaine;
- 100 % du salaire de base que vous touchiez avant votre congé de maternité pendant la deuxième semaine, déduction faite des prestations d'assurance-emploi que vous pourriez recevoir au titre de l'option de congé de maternité standard – que vous optiez pour la période de congé de maternité standard ou la période de congé de maternité prolongé (ce congé est appelé régime de base et régime particulier au Québec); et
- 70 % du salaire de base que vous touchiez avant votre congé de maternité pendant le reste de la période de six semaines, déduction faite des prestations d'assurance-emploi que vous pourriez recevoir au titre de l'option de congé de maternité standard – que vous optiez pour la période de congé de maternité standard ou la période de congé de maternité prolongé (ce congé est appelé régime de base et régime particulier au Québec).

Pour être admissible à ces prestations, vous devez présenter une copie de votre relevé de prestations de l'assurance-emploi.

### 3. Invalidité de longue durée

L'assurance invalidité de longue durée (ILD) est probablement la plus importante protection que vous puissiez avoir. Elle vous garantit, à vous et à votre famille, une source de revenus sûre s'il arrivait qu'une maladie ou une blessure grave vous empêche de gagner votre vie.

Eckler vous fournit une assurance ILD qui représente 70 % de vos gains assurables mensuels, jusqu'à concurrence de 20 000 \$ par mois. Une preuve d'assurabilité est exigée pour les montants d'assurance supérieurs à 12 000 \$ par mois.

#### Définition de « gains assurables »

Aux fins de l'assurance ILD, vos « gains assurables » correspondent à la moyenne de votre salaire de base, majorée des primes de rendement gagnées pour l'année en cours et l'année antérieure.

Vos gains assurables mensuels seront déterminés à la date de votre adhésion initiale et seront modifiés au début de chaque année de régime.

Si vous n'avez pas travaillé pour Eckler pendant deux années civiles complètes, vos gains assurables mensuels seront déterminés d'après votre salaire de base actuel majoré de la moyenne des primes de rendement accumulées et garanties reçues pendant l'année civile en cours et l'année civile précédente.

#### Aspect fiscal

Eckler assume entièrement le coût de cette protection. Par conséquent, les prestations d'invalidité que vous recevrez au titre de l'assurance ILD seront imposables comme revenu.

#### Définition du terme « invalidité »

Dans le cas des actuaires, des actuaires adjoints et des spécialistes équivalents, souffrir d'une invalidité totale signifie que la personne est incapable de s'acquitter des tâches inhérentes à son propre poste/son propre emploi et de générer un revenu représentant au moins 60 % de sa rémunération mensuelle. Pour les autres employés, une invalidité totale signifie ce qui suit :

- pendant les deux premières années durant lesquelles des prestations d'ILD sont versées, vous êtes incapable d'accomplir une combinaison des tâches qui vous demandaient habituellement au moins 60 % de votre temps de travail; et
- après deux années durant lesquelles des prestations d'ILD ont été versées, vous ne pouvez accomplir aucun travail qui correspondrait au minimum de vos qualifications et serait susceptible de vous fournir un revenu représentant au moins 60 % de votre revenu avant l'invalidité (que ce soit dans la province ou dans le territoire où vous vivez actuellement ou dans celle ou celui où vous travailliez avant de devenir invalide).

#### Début des prestations d'ILD

Vous commencerez à recevoir des prestations d'ILD lorsque vos prestations d'ICD prendront fin (voir la page 17). Cette période qui précède le début des prestations d'ILD s'appelle la période d'attente et elle équivaut à 105 jours, moins toute période couverte par les prestations de congé de maladie. Cette période s'appliquera même si vous retournez au travail au cours des 105 jours, mais gagnez moins de 80 % de ce que vous gagniez avant l'invalidité.

Si vous reprenez le travail et gagnez plus de 80 % de ce que vous gagniez avant l'invalidité au cours de tout mois durant la période d'attente, celle-ci sera prolongée d'un mois. Si, pendant plus d'un mois de cette période, vous gagnez plus de 80 % de ce que vous gagniez avant l'invalidité, vous devrez faire une nouvelle demande de prestations d'ILD et la période d'attente recommencera.

### **Additionner le tout**

En cas d'invalidité totale, vos prestations mensuelles représenteront 70 % de vos gains assurables mensuels. Cependant, vos prestations seront immédiatement réduites du montant des prestations que vous recevez (ou que vous êtes en droit de recevoir) des sources suivantes :

- régime provincial d'indemnisation des accidents du travail ou autre régime similaire;
- Régime de pensions du Canada ou Régime de rentes du Québec (sauf les prestations versées au nom de vos personnes à charge admissibles ou découlant d'indexations);
- prestations de retraite provenant d'un employeur ou d'un régime gouvernemental;
- revenus ou prestations payables au titre :
  - de tout régime collectif offert par Eckler Ltée ou par son intermédiaire;
  - d'un régime parrainé par une association, un syndicat ou une société d'aide mutuelle dont vous êtes membre;
  - d'un régime d'assurance automobile (lorsque la réduction n'est pas interdite par la loi); et
  - d'un salaire ou d'une rémunération payable par un employeur (sauf les gains reçus dans le cadre d'un programme d'incitation à la réadaptation).

Si nécessaire, vos prestations feront l'objet d'une réduction supplémentaire afin que votre revenu total provenant de toutes les sources n'excède pas 80 % de votre rémunération brute avant l'invalidité. Votre rémunération brute correspond à votre salaire mensuel avant déduction de l'impôt fédéral et provincial, des cotisations au Régime de pensions du Canada et au Régime de rentes du Québec, des primes d'assurance-emploi fédérales (retenues obligatoires) et, le cas échéant, des primes du Régime québécois d'assurance parentale.

Si le montant de vos prestations d'ILD est supérieur à celui que vous devriez recevoir, l'assureur se réserve le droit de recouvrer l'excédent ou de le déduire de versements futurs au titre de l'ILD.

### **Ajustement au coût de la vie**

Les prestations d'ILD sont admissibles à un ajustement annuel au coût de la vie. L'ajustement est égal à la moindre des deux augmentations suivantes :

- l'augmentation de l'indice des prix à la consommation pour la période de 12 mois se terminant trois mois avant l'anniversaire de la date du début du versement de vos prestations d'ILD; ou
- 3 %.

Les ajustements au coût de la vie sont appliqués chaque année à l'anniversaire de la date à laquelle vous avez commencé à recevoir des prestations d'ILD.

### **Disposition d'incitation à la réadaptation**

L'assurance ILD a pour but de vous aider à reprendre un mode de vie productif le plus rapidement possible. C'est dans cette optique que l'assurance ILD prévoit une disposition d'incitation à la réadaptation. Ce programme a été conçu pour faciliter votre retour à un emploi à plein temps ou à temps partiel. Selon la nature de votre invalidité, vous pourriez être tenu de participer à ce programme, qui pourrait comprendre des cours de formation professionnelle.

Pendant votre participation au programme d'incitation à la réadaptation, vous continuerez à recevoir des prestations d'ILD. Ces prestations ne seront pas réduites en fonction de votre revenu de réadaptation à moins que le total mensuel de vos prestations d'ILD, de votre revenu de réadaptation et des prestations provenant de régimes d'assurance invalidité individuels n'excède 100 % de votre rémunération mensuelle avant l'invalidité. Si la somme de vos prestations d'invalidité et de votre revenu de réadaptation dépasse la limite de 100 %, vos prestations d'ILD mensuelles seront réduites de l'excédent.

### Récidive de l'invalidité

Si, après une période d'invalidité, vous reprenez votre travail avec un horaire régulier, mais redevenez invalide dans les six mois qui suivent pour les mêmes causes ou pour des causes connexes, la deuxième période d'invalidité sera considérée comme un prolongement de la première période. Le versement de vos prestations d'ILD reprendra immédiatement – il n'y aura aucune période d'attente. Si la récurrence de l'invalidité survient plus de six mois après la première invalidité, elle sera considérée comme une nouvelle invalidité et vous ferez l'objet d'une nouvelle période d'attente avant que le versement des prestations d'ILD puisse reprendre.

Si vous retournez au travail pendant une seule journée complète après une période d'invalidité et redevenez invalide en raison de causes *entièrement différentes*, vous devrez présenter une nouvelle demande de prestations d'ILD.

### Exclusions

Aucune prestation ne sera versée pour ce qui suit :

- Toute invalidité résultant d'une condition préexistante pour laquelle vous avez reçu des soins médicaux, vous avez consulté un médecin, un médecin a posé un diagnostic et pour laquelle un traitement a été nécessaire au cours des 90 jours précédant immédiatement la date de votre admissibilité à la couverture ou la majoration de la couverture. (Vous serez dispensé de cette exclusion si vous avez été effectivement au travail pendant 12 mois consécutifs sans absence liée à la condition préexistante.)
- Toute période pendant laquelle vous ne recevez aucun traitement ni aucuns soins médicaux actifs d'un médecin agréé.
- Toute période pendant laquelle vous négligez de participer pleinement à un programme de réadaptation recommandé ou approuvé par l'assureur.
- Toute période pendant laquelle vous :
  - êtes incarcéré ou en détention dans un établissement similaire;
  - ne résidez pas au Canada;
  - êtes mis à pied; ou
  - êtes en congé de maternité ou autre (selon la loi ou convenu avec Eckler Itée).
- Toute invalidité qui est le résultat d'une insurrection ou d'une guerre (déclarée ou non).
- Une invalidité résultant d'un abus de drogues ou d'alcool, sauf si vous participez à un programme de réadaptation axé spécialement sur le traitement de la toxicomanie.

### Pendant que vous êtes en congé d'ICD ou d'ILD

Si, après la période d'attente, vous obtenez l'approbation de recevoir des prestations d'ILD, vous serez exonéré du coût de votre assurance ILD jusqu'à la fin du versement des prestations.

### Fin de la protection

Votre couverture d'assurance ILD prend fin lorsque votre emploi auprès de la société cesse, vous atteignez l'âge de 70 ans ou vous travaillez moins de 15 heures par semaine (à moins de travailler au titre de la disposition d'incitation à la réadaptation) ... selon la première éventualité.

### Fin du versement des prestations

En supposant que votre invalidité totale persiste, vos prestations d'ILD cesseront :

- *Si êtes devenu invalide avant l'âge de 65 ans* – à votre 65<sup>e</sup> anniversaire ou deux ans après le début du versement des prestations d'ILD, selon la dernière des deux éventualités.
- *Si vous êtes devenu invalide après l'âge de 65 ans* – deux ans après la date où vous avez commencé à recevoir des prestations.

## 4. Soins médicaux hors de la province/du pays + assistance voyage

Vous et les membres admissibles de votre famille êtes admissibles à la garantie de soins médicaux hors de la province/du pays pendant les *60 premiers jours* d'un voyage. Le régime rembourse les frais raisonnables et habituels, à partir du premier dollar dépensé pour une urgence médicale qui survient pendant que vous voyagez ou pour un traitement qui n'est pas offert au Canada. Les frais admissibles comprennent :

- l'hospitalisation dans une chambre à deux lits;
- les services d'un médecin;
- les services de diagnostic;
- les services hospitaliers et les fournitures d'hôpital; et
- les soins en clinique externe.

### Assistance voyage

Si vous, votre conjoint ou l'un de vos enfants à charge subissez une urgence médicale pendant un voyage d'agrément ou d'affaires à l'extérieur du Canada ou de votre province de résidence, vous pouvez obtenir de l'aide par le biais du réseau Assistance voyage de la Canada Vie, réseau mondial accessible 24 heures sur 24. Ce réseau peut vous aider à trouver des services médicaux et à obtenir de l'assureur l'approbation des services couverts.

Vous devrez emporter votre carte Assistance voyage avec vous lors de vos voyages. Vous pouvez télécharger cette carte en accédant à votre profil sur le site GroupNet de la Canada Vie, à <https://my.canadalife.com/accéder>. Après avoir ouvert une session, rendez-vous à Formulaires et cartes, faites défiler l'écran jusqu'à « Cartes imprimables » et cliquez sur « Votre carte de garanties ». Imprimez la carte, pliez-la et insérez-la dans votre portefeuille. Les renseignements sur l'Assistance voyage sont imprimés au verso.

Les hôpitaux n'acceptent pas la carte Assistance voyage comme preuve d'assurance maladie. Cependant, vous pouvez utiliser la carte pour entrer en contact avec le réseau Assistance voyage qui, à son tour, communiquera avec le médecin ou l'hôpital pour confirmer votre couverture.

Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisé, vous devez communiquer avec Assistance voyage dans les 24 heures, sans quoi votre demande de règlement pourrait être retardée ou rejetée. Les numéros de téléphone sont indiqués sur votre carte Assistance voyage.

Assistance voyage offre un certain nombre de services médicaux et non médicaux importants.

### **Services d'assistance médicale**

Les services d'assistance médicale comprennent ce qui suit :

- Intervention d'urgence dans les principales langues.
- Aiguillage vers un médecin, une clinique ou un hôpital approprié.
- Confirmation de votre couverture auprès de l'hôpital ou du médecin.
- Évacuation à des fins médicales jusqu'à l'hôpital approprié le plus près.
- Paiement ou garantie de paiement des services hospitaliers ou des honoraires du médecin.
- Aide pour entrer en contact avec votre famille, votre entreprise ou votre médecin de famille.
- Surveillance du traitement médical et compte rendu à votre famille.

### **Services d'assistance non médicale**

Les services d'assistance non médicale comprennent ce qui suit :

- Frais d'hébergement et de voyage de retour, ainsi que des services de garde pour les enfants laissés seuls à la suite du décès ou de l'hospitalisation de la personne assurée avec laquelle ils voyageaient, jusqu'à concurrence de 2 000 \$.
- Frais de transport et d'hébergement engagés par un membre de la famille pour rejoindre une personne assurée qui voyage seule et qui est hospitalisée pendant plus de sept jours consécutifs. Les prestations comprendront le tarif aller-retour en classe économique et la somme de 150 \$ par jour pendant un maximum de 10 jours pour les frais d'hébergement et les dépenses accessoires.
- Frais d'hébergement et dépenses engagés par un membre de la famille qui reste avec une personne assurée hospitalisée et dont le voyage de retour prévu est retardé en raison de problèmes médicaux – maximum de 150 \$ par jour pendant un maximum de 10 jours.
- L'une des dépenses suivantes, le cas échéant :
  - Remboursement des frais prépayés du transport aller-retour prévu et perdus si vous êtes hospitalisé le jour prévu de votre retour.
  - Frais engagés, jusqu'à concurrence de 1 000 \$, pour le transport du véhicule au domicile de la personne assurée ou à l'agence de location la plus proche si la personne assurée décède ou est hospitalisée pendant plus de sept jours consécutifs.
- En cas de décès d'une personne assurée, les frais engagés pour la préparation et le rapatriement de la dépouille sont remboursés jusqu'à concurrence de 5 000 \$. Le coût d'un cercueil n'est pas couvert.
- Frais accessoires non médicaux engagés pendant l'hospitalisation d'une personne assurée, jusqu'à concurrence de 150 \$.

La Canada Vie ne peut être tenue responsable en ce qui concerne la disponibilité, la qualité ou les résultats du traitement médical, ou les services de transport ou d'aiguillage. Pour obtenir une description complète de la garantie de soins médicaux hors de la province/du pays, veuillez consulter le livret distinct que vous pouvez vous procurer auprès du Service de la paie et des avantages sociaux.

## **5. Assurance accident en voyage d'affaires**

L'assurance accident en voyage d'affaires vous protège en cas d'accident au cours d'un voyage d'affaires. La prestation maximale payable correspond à deux fois vos gains assurables annuels,

arrondie à la tranche de 1 000 \$ supérieure et assujettie à un plafond de 1 000 000 \$. Les employés occasionnels et contractuels, ainsi que les participants au Programme d'enseignement coopératif, bénéficient d'une protection maximale de 50 000 \$.

Le montant du remboursement dépendra de la nature et de l'étendue de la blessure subie (voir le tableau « Perte d'usage » à la page 41). Si les pertes sont attribuables à un accident d'avion touchant plusieurs membres du régime *RémunEckler*, la couverture combinée se limitera au montant global de 20 000 000 \$. Ainsi, les remboursements pourraient être calculés au prorata afin de ne pas excéder la limite globale.

Si des blessures causent le décès durant l'année qui suit l'accident, la garantie prévoit également le remboursement des frais engagés pour le transport de la dépouille à la ville de résidence du défunt ainsi que les frais d'enterrement ou d'incinération, jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

La définition de « voyage d'affaires » englobe tout déplacement allant des courses locales aux voyages à l'extérieur de la province. Elle ne comprend toutefois pas les navettes quotidiennes entre le domicile et le bureau.

Aux fins de l'assurance accident en voyages d'affaires, les « gains assurables » correspondent à la moyenne de votre salaire de base majorée des primes de rendement que vous avez accumulées pendant l'année en cours et l'année précédente.

Vos gains assurables mensuels seront déterminés en fonction de la date de votre adhésion initiale et seront mis à jour au début de chaque année de régime.

Si vous n'avez pas travaillé pour Eckler pendant deux années civiles complètes, vos gains assurables mensuels seront déterminés d'après votre salaire de base actuel majoré de la moyenne des primes accumulées et garanties reçues pendant l'année civile en cours et l'année civile précédente.

## 6. Soins de santé virtuels

L'accès rapide à des services médicaux peut parfois être difficile. Avec **Consult+**, vous et vos personnes à charge avez accès à des soins de santé virtuels en tout temps depuis une application sur votre appareil mobile ou dans un navigateur Web (Google Chrome, Mozilla Firefox ou Safari).

**Consult+**, c'est l'équivalent d'avoir une clinique de soins de santé et de bien-être dans sa poche. Vous et vos personnes à charge obtenez :

- Un accès rapide et facile à des soins de santé depuis votre domicile ou votre lieu de travail
- L'accès à un nombre illimité de consultations avec des professionnels de la santé (sauf si cela est interdit par la loi)
- Un soutien en tout temps, offert par des professionnels de la santé qualifiés pour des problèmes de santé non urgents
- Des ordonnances et renouvellements d'ordonnance (envoyés à votre pharmacie; les coûts peuvent être pris en charge par votre régime de soins de santé d'Eckler ou votre CFSS, comme d'habitude)
- Des recommandations de professionnels de la santé, notamment

- Médecins
- Infirmières (cliniciennes, praticiennes, etc.)
- Coordonnateurs de soins de santé
- Psychologues\*
- Diététistes\*
- Accompagnateurs personnels et professionnels

\* Des frais supplémentaires peuvent s'appliquer selon votre protection au titre du régime RémunEckler.

Grâce à Consult+, vous pouvez obtenir une aide médicale pour des **problèmes non urgents** tels que :

- Mal de gorge, sinusite, rhinite
- Orgelet ou œil rose
- Allergies, rhume, grippe et congestion nasale
- Infections cutanées mineures et inflammation, coupures mineures ou morsures, naevus, éruptions cutanées
- Et beaucoup plus

Les professionnels de la santé sont membres de l'équipe de Dialogue et non de celle de la Canada Vie.

Toute information que vous fournissez dans l'application mobile ou sur le site Web est sécurisée et protégée par Dialogue – même la Canada Vie n'y a pas accès. Seuls les médecins, infirmières et professionnels de la santé ont accès aux détails que vous communiquez à Dialogue. C'est l'équivalent d'une consultation avec votre médecin. De plus, l'utilisation de **Consult+** n'aura pas de répercussions sur votre relation avec votre propre médecin. En fait, vous pouvez demander au service **Consult+** d'envoyer un compte rendu de votre examen à votre médecin.

Toute ordonnance ou tout renouvellement d'ordonnance obtenu au moyen du service **Consult+** peut être envoyé par voie électronique à votre pharmacie et la livraison peut être organisée, quoique des frais de livraison pourraient s'appliquer. **Consult+** ne paie pas vos médicaments sur ordonnance, mais il est possible que vous puissiez en réclamer le remboursement de par le régime *RémunEckler*, selon votre protection.

Pour accéder à **Consult+** vous devez tout d'abord créer un profil. Pour ce faire, sur votre ordinateur portable ou dans l'application **Consult+**...

- Connectez-vous à [GroupNet à titre de participant au régime](#).
- Sélectionnez Santé (157811) et allez à Soins de santé virtuels.
- Cliquez « Première fois chez Consult+ » pour commencer à créer votre profil.

Quand vous aurez créé votre profil Consult+, vous verrez sous votre nom un menu déroulant. Sélectionnez « Famille » pour ajouter des personnes à charge de moins de 14 ans à votre compte. Dans cette section, vous pouvez aussi inviter (par courriel) votre conjoint ou conjointe et vos personnes à charge admissibles de plus de 14 ans à créer leur propre compte.

## 7. Service Best Doctors

Le service *Best Doctors* vous permet, ainsi qu'à votre médecin traitant, de prendre contact avec un spécialiste médical de renommée internationale pour confirmer un diagnostic ou un plan de traitement si vous ou une personne à votre charge êtes atteints d'une maladie grave.

Grâce au service *Best Doctors*, vous pouvez :

- obtenir une explication complète et méthodique de votre état de santé;
- obtenir des réponses à vos questions;
- vérifier un diagnostic;
- confirmer les meilleures options de traitement;
- trouver les spécialistes et les établissements médicaux les plus qualifiés pour répondre à vos besoins médicaux (au Canada ou ailleurs); et
- obtenir des réponses à des questions complémentaires.

Une vaste gamme de maladies et d'états de santé sont couverts. Les maladies mentales, nerveuses ou chroniques (comme la fibromyalgie) ne le sont pas. Pour communiquer avec *Best Doctors*, composez le 1 877 419-2378.

## 8. Programme d'aide aux employés (PAE)

Le Programme d'aide aux employés (PAE) LifeWorks offre des services professionnels confidentiels à chaque membre assuré de votre famille – sans frais. LifeWorks est une entreprise qui se spécialise dans les services d'aide aux employés et dans les ressources de mieux-être pour la vie professionnelle et personnelle afin de vous aider, vous et vos personnes à charge, à composer avec divers enjeux, soucis ou questions liés à la vie professionnelle et personnelle.

LifeWorks offre des consultations confidentielles; des renseignements et outils en ligne; des séances de counseling par téléphone, vidéo, clavardage et en personne; des renvois à des services communautaires et des recherches personnalisées.

Vous pouvez accéder à ces services 24 heures sur 24, sept jours sur sept, 365 jours par année, pour vous aider à gérer des problèmes personnels au travail ou à la maison :

- **VIE** : stress/surmenage, anxiété, dépression, deuil, ressources communautaires
- **FAMILLE** : rôle de parent, séparation/divorce, familles reconstituées, soins aux personnes âgées, éducation
- **ARGENT** : épargner/investir, gestion des dettes, planification successorale/testament, achat/location d'une maison
- **TRAVAIL** : relations au travail, stress/épuisement professionnel, gestion des gens
- **SANTÉ** : forme physique/alimentation, sommeil, dépendance/réhabilitation, abandon du tabac

**Contactez LifeWorks 24/7**

**Sans frais** : 1 877 207-8833      **ATS** : 1 877 371-9978

[www.lifeworks.com](http://www.lifeworks.com)

**Nom d'utilisateur** : ecklerfr      **Mot de passe** : mieuxvivre

## 9. Subvention de mieux-être/d'activité physique

La subvention de mieux-être/d'activité physique rembourse 50 % des frais de mieux-être/d'activité physique admissibles, jusqu'à concurrence d'un maximum de 250 \$ par année civile. Les frais admissibles comprennent le coût des activités et des programmes de mieux-être et d'activité physique qui favorisent l'endurance cardiovasculaire, la force et la souplesse musculaire ainsi qu'un mode de vie sain.

Parmi les frais admissibles, mentionnons :

- les abonnements/activités physiques, les classes ou les cours offerts par des centres de conditionnement physique accrédités, y compris certaines activités ou classes particulières, comme les abonnements annuels ou mensuels à un centre de conditionnement physique, à un club de squash ou de raquet-ball, l'accès à une piste de course et les classes d'exercice, de yoga, d'arts martiaux, d'aquaforme ou de natation; et
- les programmes de conditionnement physique qui :
  - visent de façon bien définie le mieux-être/la bonne condition physique, comme le contrôle ou la réduction du poids et l'augmentation de la force ou de la souplesse;
  - vous offrent des conseils ou des instructions individuels; et
  - visent un entraînement physique ou une modification du mode de vie ou des comportements liés à la santé.

Pour demander la subvention :

- Obtenez un formulaire de demande sur la page *RémunEckler* à [LaVie@Eckler](mailto:LaVie@Eckler).
- Soumettez votre demande, ainsi qu'une photocopie des reçus officiels, à Charlotte Yan, au bureau de Toronto. **Présentez vos demandes une fois par année civile – dans les 90 jours qui suivent la fin de l'année civile (c'est-à-dire à la fin de mars). Les reçus ne seront ni conservés ni retournés par Eckler une fois que la subvention aura été versée.**
- Assurez-vous que les reçus renferment les détails suivants :
  - le montant et la date de la dépense;
  - une description de l'activité, de l'abonnement, de la classe ou du programme; et
  - le nom, la description et les coordonnées du centre de conditionnement physique ou du fournisseur de services.

Prévoyez environ deux semaines pour obtenir un remboursement. Certaines restrictions s'appliquent. La subvention que vous recevrez, le cas échéant, sera imposable et figurera sur votre T4. Une description plus complète du régime est affichée sur la page *RémunEckler* à [LaVie@Eckler](mailto:LaVie@Eckler).

Si vous avez des questions concernant la subvention de mieux-être/d'activité physique, communiquez avec le Service de la paie et des avantages sociaux à [payrollandbenefits@eckler.ca](mailto:payrollandbenefits@eckler.ca) ou au 416 696-3038.

## Soins de santé

---

Il y a peu de choses dans la vie qui sont plus importantes que la santé physique et mentale. C'est pourquoi la garantie de soins de santé de *RémunEckler* vous procure, à vous et à votre famille, une protection financière importante... sans parler de la tranquillité d'esprit.

### Vos options

Vous avez deux options :

Option	Description
<b>Option 1</b>	Acceptation
<b>Option 2</b>	Refus (la preuve d'une garantie comparable sera exigée)

Avant de pouvoir renoncer à cette garantie, vous devez fournir une confirmation que vous détenez une protection comparable au titre d'un autre régime (p. ex., le régime d'avantages sociaux de votre conjoint). On vous demandera de donner des détails sur cette protection comparable lorsque vous adhérerez en ligne à l'aide de l'outil d'adhésion. Si vous résidez au Québec, la protection doit se conformer aux exigences de la RAMQ.

Si vous et votre conjoint travaillez chez Eckler, l'un de vous peut y renoncer.

### Régimes provinciaux d'assurance maladie

Les régimes provinciaux d'assurance maladie constituent votre première protection contre les frais médicaux. Ces régimes varient d'une province à l'autre, mais couvrent généralement une gamme d'articles, de fournitures et de services médicaux, notamment :

- les honoraires des médecins et des chirurgiens;
- les honoraires des spécialistes lorsqu'ils sont recommandés par un omnipraticien;
- les tests de diagnostic, y compris les radiographies et les analyses de laboratoire;
- les soins de maternité;
- l'hospitalisation en salle commune;
- les soins en consultation externe; et
- d'autres services.

Pour obtenir d'autres renseignements sur les frais couverts par votre régime provincial d'assurance maladie, adressez-vous directement à l'administrateur de ce régime provincial.

La modification des régimes provinciaux d'assurance maladie, l'arrivée sur le marché de nouveaux services médicaux et dentaires ou l'élaboration de nouveaux médicaments d'ordonnance ne seront pas automatiquement couverts au titre du régime d'avantages sociaux *RémunEckler*. La société réexaminera périodiquement son régime d'avantages sociaux pour déterminer s'il y a lieu de le modifier, et se réserve le droit de le faire en tout temps.

## Taux de remboursement

La garantie de soins de santé *RémunEckler* vous remboursera les frais admissibles selon l'option que vous aurez choisie.

Soins de santé	Taux de remboursement
<b>Option 1 : Acceptation</b>	<p>Pour la protection « employé seulement », remboursement de 80 % des premiers 500 \$ de frais admissibles par année de régime, et de 100 % par la suite – sauf certains frais et sous réserve de certaines limites.</p> <p>Pour les protections « employé +1 personne » et « employé + 2 personnes ou plus », remboursement de 80 % des premiers 1 000 \$ de frais admissibles par année de régime (maximum de 500 \$ par personne) et de 100 % par la suite – sauf certains frais et sous réserve de certaines limites.</p> <p>Au Québec, le maximum des frais à déboursier de sa poche pour des médicaments est assujéti aux règles de la RAMQ.</p> <p>Vous devez assumer les frais d'exécution d'ordonnance (9 \$ au Québec).</p>
<b>Option 2 : Refus</b>	Aucun remboursement.

## Période d'immobilisation

Si vous optez pour la garantie de soins de santé, celle-ci sera immobilisée pendant trois années de régime (l'année de régime va du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin de l'année suivante). Autrement dit, pendant la période d'immobilisation de trois ans, vous ne pouvez pas renoncer à la garantie de soins de santé ni modifier la « catégorie » de votre protection (employé seulement, employé + 1 personne, employé + 2 personnes ou plus), à moins qu'un événement marquant admissible ne survienne dans votre vie.

## Frais admissibles

Voici une liste des frais admissibles :

**Hospitalisation dans une chambre à deux lits** – La différence entre les frais d'hospitalisation en salle commune au titre du régime provincial d'assurance maladie et le coût d'une chambre à deux lits, à condition que vous soyez hospitalisé dans un hôpital autorisé en raison d'une blessure, d'une maladie, d'un trouble mental ou d'une grossesse. Vous êtes assuré à partir de la première journée de votre séjour à l'hôpital.

**Médicaments sur ordonnance** – Un grand nombre de médicaments prescrits par un médecin ou un dentiste (moins les frais d'exécution d'ordonnance) et qui sont:

- approuvés par la Division de l'information sur les drogues, Direction générale de la protection de la santé du gouvernement fédéral;
- jugées médicalement utiles par l'Association médicale canadienne (ou l'association médicale de votre province de résidence);
- marqués d'un numéro d'identification du médicament (DIN) au Canada; et
- dispensés par un médecin, un dentiste ou un pharmacien autorisé à exercer sa profession au Canada.

Le régime couvre les contraceptifs oraux et les inducteurs d'ovulation, ainsi que certains médicaments essentiels au maintien de la vie et certaines préparations injectables. Pour obtenir plus de détails, téléphonez à la Canada Vie, compagnie d'assurance-vie, au 1 800 957-9777. L'autorisation préalable de la Canada Vie est requise pour certains médicaments sur ordonnance. On vous avertira si une autorisation préalable est requise lorsque vous présenterez votre carte de paiement des médicaments au pharmacien.

*RémunEckler* couvre le coût des médicaments d'ordonnance jusqu'à concurrence du montant demandé pour un médicament générique équivalent. (Pour éviter de devoir déboursier des frais de votre poche, assurez-vous de dire au pharmacien que le régime couvre le coût des médicaments jusqu'à concurrence de ceux d'un médicament générique équivalent.)

*Vous devez payer les frais d'exécution d'ordonnance.* Il s'agit des honoraires que demande le pharmacien pour délivrer un médicament. Ces frais couvrent entre autres les conseils qu'il fournit et ses frais d'administration.

**Soins de la vue** – Les examens de la vue effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste, une fois par période de 24 mois jusqu'à concurrence de 50 \$ et remboursement, jusqu'à concurrence de 300 \$ par personne et par période de 24 mois, des frais engagés pour :

- les lunettes d'ordonnance,
- les lentilles cornéennes d'ordonnance, ou
- la chirurgie des yeux au laser effectuée par un ophtalmologiste.

**Les autres frais admissibles comprennent :**

**Soins dentaires consécutifs à un accident** – Les frais engagés pour une blessure accidentelle à des dents naturelles causée par un coup externe. Le traitement doit être entrepris dans les 12 mois qui suivent l'accident. Une dent naturelle est une dent qui n'a pas été remplacée par une dent artificielle. Le traitement doit être donné par un dentiste, un chirurgien stomatologiste ou un denturologiste autorisé à exercer sa profession.

**Services d'ambulance** – Les frais de services d'ambulance agréés requis pour le transport d'un patient sur civière vers l'hôpital le plus proche où les soins nécessaires sont offerts.

**Tests de diagnostic et examens radiologiques** – Le coût des tests de diagnostic admissibles, des analyses de laboratoire et des radiographies (à l'exception des frais d'administration), à condition que ce coût ne soit pas couvert par le régime d'assurance maladie de votre province de résidence.

**Fournitures pour personnes diabétiques** – L'insuline, les seringues à injection auto-administrée, les aiguilles jetables pour dispositif d'injection, les lancettes et les bandelettes d'essai. Les pistolets à injection d'insuline sont assujettis à un maximum de 1 000 \$ à vie.

**Prothèses auditives** – Les prothèses auditives (y compris les frais de réparation et les piles), jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par personne, par période de trois années de régime.

**Articles, fournitures et services médicaux** – Sur autorisation écrite d'un médecin, le régime couvre ce qui suit :

- les prothèses oculaires, les membres artificiels et les prothèses mammaires, y compris les frais de réparation et d'ajustement;
- le sang, les produits sanguins et le matériel nécessaire à leur administration;
- les bas de contention (maximum de deux paires par personne et par année de régime);
- les lunettes ou lentilles cornéennes nécessaires par suite d'une chirurgie de la cataracte;
- les trousses pour iléostomie ou colostomie;
- les vêtements de Jobst, les appareils de traction, les barrières de lit, les trapèzes, les supports orthopédiques pour le dos, les orthèses abdominales, un ensemble à traction varco, les supports cervicaux, collets cervicaux, attelles et plâtres;
- les appareils orthopédiques, y compris les frais de réparation et d'ajustement de ces appareils;
- l'oxygène et le matériel nécessaire à son administration;
- les produits radioactifs;
- l'excision de kystes ou de tumeurs par un dentiste;
- la location (ou, au choix de l'assureur, l'achat) des articles suivants :
  - fauteuil roulant,
  - canne d'appui,
  - béquilles
  - déambulateur,
  - appareil thérapeutique (recommandé par un médecin et autorisé par l'assureur); et
  - lit d'hôpital standard.
- les appareils d'aide à la parole (jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par personne, par période de cinq années de régime);
- les bonnets couvre-moignon;
- un traitement chirurgical donné par un podiatre (jusqu'à concurrence de 200 \$ par personne, par année de régime);
- les neurostimulateurs transcutanés (maximum à vie de six mois par personne);
- les perruques en cas de perte permanente des cheveux à la suite d'une maladie ou d'une blessure ou de perte temporaire des cheveux à la suite d'un traitement médical (jusqu'à concurrence de 700 \$ par personne à vie).

**Services professionnels** – Les services suivants : chiropraticien, massothérapeute autorisé, naturopathe, orthothérapeute, ostéopathe, psychologue agréé, physiothérapeute, podiatre/podologue, orthophoniste, que ces services soient prescrits ou non par un médecin. Les services professionnels sont assujettis aux prestations maximales suivantes par personne : 1 000 \$ par année de régime, par personne, pour l'ensemble des praticiens.

Seuls les frais non couverts par le régime provincial d'assurance maladie de votre province de résidence sont remboursés. Vous pourrez demander le remboursement des frais de traitements de chiropratique, de podologie et de physiothérapie seulement après avoir réclamé le maximum permis au titre de votre régime provincial d'assurance maladie.

**Services d'une infirmière ou d'un infirmier en service privé** – Les services de soins infirmiers dispensés à domicile par des infirmières ou infirmiers autorisés, ou des infirmières ou infirmiers auxiliaires autorisés – à condition que ces services soient recommandés et approuvés par un

médecin et qu'ils ne puissent pas être dispensés par des personnes moins qualifiées. L'infirmière ou l'infirmier ne doit pas être un membre de la famille du patient ni vivre dans la résidence du patient. Maximum à vie de 100 000 \$ par personne.

**Produits de désaccoutumance au tabac** – Tous les produits de désaccoutumance au tabac (maximum d'un approvisionnement de trois mois par personne à vie).

### Exclusions

Le régime de garanties de soins de santé *RémunEckler* ne verse aucune prestation et n'accepte aucune responsabilité concernant les demandes de règlement pour :

- des services ou fournitures reçus à l'extérieur du Canada (sauf ceux qui sont admissibles par la garantie de soins médicaux hors de la province/du pays et la garantie assistance voyage);
- une blessure ou une maladie résultant d'une guerre ou d'hostilités de tout genre;
- un médicament ou un produit qui ne comportent aucun numéro d'identification du médicament (DIN) au sens de la *Loi sur les aliments et drogues* du Canada;
- des spécialités pharmaceutiques ou médicaments brevetés aux termes de la *Loi sur les aliments et drogues* du Canada;
- des préparations homéopathiques, sauf si les lois provinciales ou fédérales exigent que ces préparations soient délivrées sur ordonnance;
- des médicaments administrés dans un hôpital, à un malade hospitalisé ou en consultation externe;
- des médicaments utilisés
  - à des fins cosmétiques (p. ex., écran solaire),
  - en vue d'une perte de poids,
  - comme supplément alimentaire, et
  - dans les cas de dysfonctionnement érectile;
- des vaccins utilisés pour prévenir une maladie;
- la partie des frais des traitements de chiropratique, de podologie ou de physiothérapie qui peut être admissible à un remboursement au titre du régime d'assurance maladie de votre province de résidence.

Dans la plupart des cas, les déboursés personnels non couverts par le régime de garanties de soins de santé peuvent être remboursés grâce au compte de frais pour soins de santé (CFSS). Voir les détails à la page 35.

### Soins médicaux hors de la province/du pays + assistance voyage

Vous et les membres admissibles de votre famille bénéficiez de la garantie de soins médicaux hors de la province/du pays + assistance voyage au titre de vos garanties de base. Seuls le conjoint et les enfants dont le nom figure dans votre formulaire d'adhésion seront assurés. Vous trouverez une description complète de vos garanties de base à partir de la page 17 de ce livret.

### Si vous résidez au Québec

Les soins de santé que vous payez avec vos crédits *RémunEckler* seront considérés comme un avantage imposable si vous résidez au Québec. Vous éviterez l'impôt fédéral, mais non l'impôt provincial.

### **Fin de la couverture**

La couverture prend fin à la cessation de votre emploi effectif auprès de la société ou à votre retraite, selon la première éventualité.

## Soins dentaires

La garantie de soins dentaires *RémunEckler* offre un large éventail de soins courants et de traitements préventifs et de restauration dont l'objectif est de préserver votre sourire et celui des membres de votre famille.

### Vos options

Vous avez deux options :

Option	Description
<b>Option 1</b>	Acceptation
<b>Option 2</b>	Refus

### Taux de remboursement

La garantie de soins dentaires *RémunEckler* vous remboursera les frais admissibles en fonction de l'option que vous aurez choisie.

Soins dentaires	Taux de remboursement
<b>Option 1 : Acceptation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les frais admissibles sont remboursés aux taux suivants :<ul style="list-style-type: none"><li>○ 100 % pour les soins préventifs et courants;</li><li>○ 80 % pour les services de restauration mineure; et</li><li>○ 60 % pour les frais de restauration majeure et d'orthodontie.</li></ul></li><li>• La protection est assujettie aux limites de remboursement suivantes :<ul style="list-style-type: none"><li>○ 1 500 \$ par personne et par année de régime pour des soins préventifs et courants et des soins de restauration mineure, prestations combinées;</li><li>○ 2 500 \$ par personne et par année de régime pour une restauration majeure; et</li><li>○ un maximum à vie de 3 000 \$ par personne en frais d'orthodontie.</li></ul></li></ul>
<b>Option 2 : Refus</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aucun remboursement.</li></ul>

La garantie de soins dentaires remboursera seulement :

- les frais raisonnables engagés jusqu'à concurrence des montants indiqués dans le barème des honoraires des omnipraticiens en vigueur dans votre province de résidence; et
- les frais des services dispensés ou prescrits par un dentiste ou un denturologue autorisé à pratiquer sa profession.

Lorsqu'un montant de remboursement ne figure pas dans le barème des honoraires applicable, l'assureur décidera d'un montant raisonnable.

Votre dentiste ne peut pas soumettre une demande de règlement en vue d'obtenir un paiement directement du régime. Vous devez donc payer le dentiste directement et soumettre ensuite une demande de règlement.

N'oubliez pas que vous pouvez utiliser votre compte de frais pour soins de santé pour compenser les frais des services et interventions qui ne sont pas couverts par la garantie de soins dentaires – à condition que ces frais soient reconnus comme déduction admissible par la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

### **Période d'immobilisation**

Si vous optez pour l'acceptation de la garantie de soins dentaires, celle-ci sera « immobilisée » pendant trois années de régime (l'année de régime va du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin de l'année suivante). Autrement dit, pendant la période d'immobilisation de trois ans vous ne pourrez pas renoncer à la garantie de soins dentaires ni modifier la « catégorie » de votre protection (employé seulement, employé + 1 personne, employé + 2 personnes ou plus), à moins qu'un événement marquant admissible survienne dans votre vie.

### **Frais admissibles**

Voici une liste des frais admissibles :

**Soins préventifs et courants** – Couvre 100 % des frais de soins préventifs et courants, y compris :

- examens courants (une fois par personne par période de six mois);
- radiographies dentaires;
- polissage;
- détartrage (jusqu'à deux unités de temps par personne par année - une unité de temps équivaut à 15 minutes); et
- applications topiques de fluorure.

**Services de restauration mineure** – Couvre 80 % des frais de services de restauration mineure, y compris :

- obturations;
- extractions;
- endodontie (p. ex., traitement de canal);
- mainteneurs et extenseurs d'espace par suite de la perte de dents de lait;
- chirurgie buccale;
- rebasage, ajustement et réparation de prothèses dentaires (certaines limites peuvent s'appliquer – il est recommandé de soumettre au préalable un plan de traitement);
- traitement parodontique des tissus mous et durs qui soutiennent les dents (y compris la pose d'un système de contention intracronaire provisoire, mais excluant tout autre genre de système de contention, d'appareil ou de traitement orthodontique); et
- détartrage (pour plus de deux unités de temps jusqu'à un maximum – services préventifs et de restauration mineure combinés – de six unités de temps, étant entendu qu'une unité de temps équivaut à 15 minutes).

Les services préventifs, courants et de restauration mineure sont assujettis à un maximum de 1 500 \$ par personne par année de régime, prestations combinées.

**Services de restauration majeure** – Couvre 60 % des frais des services de restauration majeure, y compris :

- incrustations;
- couronnes;
- ponts fixes;
- prothèses dentaires, excluant un double des prothèses dentaires et l'équilibration (certaines limites peuvent s'appliquer – il est recommandé de soumettre au préalable un plan de traitement); et
- réparation d'un pont.

Les services de restauration majeure sont assujettis à un maximum de 2 500 \$ par personne par année de régime.

**Orthodontie** – Couvre 60 % des frais de services d'orthodontie, y compris :

- traitement orthodontique; et
- appareils orthodontiques (p. ex., appareils pour redresser les dents permanentes, extenseurs et mainteneurs d'espace, correction d'occlusion croisée et contrôle de l'hygiène bucco-dentaire).

Les services d'orthodontie sont assujettis à un maximum de 3 000 \$ par personne à vie.

### **Plan de traitement**

Si vous prévoyez que le traitement coûtera plus de 400 \$, vous devrez demander à votre dentiste de soumettre un plan de traitement à la compagnie d'assurance avant le début du traitement. Un plan de traitement est simplement une description des services prévus et de leur coût.

La compagnie d'assurance analysera le plan et fera savoir quelle partie du coût (le cas échéant) est couverte par la garantie de soins dentaires. Vous pourrez ainsi déterminer le montant du remboursement que vous recevrez – *avant* le début du traitement.

### **Exclusions**

Les services et traitements suivants ne sont pas couverts :

- le retrait et le remplacement d'une restauration à l'amalgame, à moins qu'il n'y ait des signes de récurrence de la carie ou d'érosion;
- les frais liés à une blessure ou une maladie qui vous donne droit à une indemnisation d'accident du travail ou d'un programme similaire;
- la fabrication d'incrustations ou d'une couronne, sauf en présence d'une carie importante, d'une destruction ou d'une fracture qui ne peut être réparée avec un amalgame ou avec un autre matériau de restauration;
- le remplacement d'incrustations, d'une couronne ou d'un pont fixe, sauf en présence d'une carie importante ou d'une destruction qui ne peut être réparée avec un amalgame ou avec un autre matériau de restauration;
- les frais que vous n'êtes pas tenu de payer ou pour lesquels vous avez droit à un remboursement dans le cadre d'une entente non contractuelle;

- les frais d'autre part couverts par cette police ou une autre police (p. ex., un autre régime collectif);
- les frais qui, de par la loi, doivent être payés par des régimes privés;
- les services ou fournitures qui sont considérés comme étant déraisonnables;
- un traitement donné uniquement à des fins esthétiques;
- des attaches de précision ou des restaurations dentaires liés à la pose d'un système de contention, à une réadaptation complète, à la modification de la dimension verticale ou de l'occlusion; et
- les frais résultant d'une guerre ou d'hostilités de tout genre.

#### **Si vous résidez au Québec**

Le coût de toute couverture de soins dentaires que vous réglez à l'aide de vos crédits *RémunEckler* est considéré comme un avantage imposable au Québec. Vous éviterez l'impôt fédéral, mais vous devrez payer l'impôt provincial sur le revenu.

#### **Fin de la couverture**

La couverture prend fin lorsque vous quittez la société ou à votre retraite, selon la première éventualité.

## Compte de frais pour soins de santé (CFSS)

---

Les garanties de soins de santé et de soins dentaires fournies dans le cadre du régime d'avantages sociaux *RémunEckler* sont complètes, mais elles ne couvrent pas tout. C'est pourquoi vous pouvez avoir recours au compte de frais pour soins de santé (CFSS). Vous pouvez utiliser les crédits du régime d'avantages sociaux *RémunEckler* pour acquitter de nombreux frais qui ne sont pas couverts (ou pas entièrement couverts).

### Comment cela fonctionne

Au cours de chaque période de renouvellement annuel de l'adhésion, vous avez la possibilité de porter une partie de vos crédits *RémunEckler* à votre CFSS. Vous pouvez utiliser ces crédits pour couvrir les frais de soins de santé ou de soins dentaires admissibles. Plus vous porterez de crédits (l'équivalent d'argent) à votre CFSS, plus vous disposerez de fonds à dépenser.

Les frais d'exécution d'ordonnance, de lunettes de soleil d'ordonnance ou de services d'orthodontie sont autant d'exemples de frais admissibles. Voici un exemple. Disons que vous désirez acheter une nouvelle paire de lunettes de soleil d'ordonnance qui coûte 500 \$. La garantie de soins de la vue au titre du régime couvre les frais de soins de la vue jusqu'à concurrence de 300 \$ par personne et par période de 24 mois. Vous pouvez donc utiliser le CFSS pour régler la différence – de façon à obtenir un remboursement complet. Voici tout ce que vous avez à faire :

1. Portez 200 \$ de crédits *RémunEckler* à votre compte de frais pour soins de santé durant la période de renouvellement annuel de l'adhésion.
2. Achetez vos lunettes d'ordonnance.
3. Demandez un remboursement de 500 \$ à votre régime. En supposant que vous n'ayez pas engagé d'autres frais de soins de la vue au cours des 24 mois précédents, le régime devrait rembourser la première tranche de 300 \$.
4. Demandez le remboursement de la partie non payée des frais (le solde de 200 \$) à partir de votre CFSS.

### La vérité au sujet de l'impôt

Le CFSS peut vous aider à alléger votre fardeau fiscal, et ce, parce que vous ne payez pas d'impôt sur les crédits que vous portez à votre CFSS. Vous avez ainsi plus d'argent à consacrer aux frais de soins de santé et de soins dentaires.

Voici les chiffres : à un taux marginal d'imposition de 40 %, vous devrez gagner 417 \$ en revenu imposable pour couvrir des frais médicaux de 250 \$ – les 167 \$ restants sont payés directement en impôt. Par contre, si vous portez des crédits d'un montant de 417 \$ à votre CFSS, vous pouvez payer les frais médicaux de 250 \$ et il vous restera encore 167 \$ dans votre CFSS, que vous pourrez consacrer à d'autres frais.

Ainsi, vous gagnez sur deux plans en utilisant le CFSS :

- Premièrement, vous utilisez des fonds qui proviennent de votre allocation de crédits *RémunEckler*; cet argent ne sort pas de votre poche.

- Deuxièmement, vous dépensez de l'argent avant impôt – vous avez donc plus d'argent à dépenser.

### Si vous résidez au Québec

Si vous résidez au Québec, les frais de soins de santé et de soins dentaires que vous payez avec des crédits de votre CFSS (ainsi que la taxe de vente du Québec et les frais d'administration connexes) sont considérés comme un avantage imposable. Vous éviterez l'impôt fédéral, mais vous devrez payer l'impôt provincial sur le revenu.

### Les utiliser sous peine de les perdre

Selon l'Agence du revenu du Canada (ARC), pour que le CFSS soit reconnu comme un abri fiscal, un élément de risque doit être présent. Dans le cas de votre CFSS, le risque est ce que nous appelons le facteur « les utiliser sous peine de les perdre ». Cela signifie simplement que si vous n'utilisez pas les crédits durant l'année de régime où ils ont été portés à votre CFSS, vous les perdrez.

Par contre, vous pourrez reporter les frais admissibles d'une année de régime à la fin de la prochaine année de régime (en supposant que vous avez un CFSS pour commencer). Par exemple, si vous affectez 250 \$ à votre CFSS et que vous engagez des frais admissibles de 400 \$ durant l'année, vous pourrez reporter la différence, soit 150 \$ (400 \$ - 250 \$ = 150 \$) et réclamer ces frais à l'égard des crédits affectés à votre CFSS l'année de régime suivante. Cette disposition de report vous permet de planifier vos affectations au CFSS et d'éviter de vous trouver dans une situation où vous devrez renoncer à des crédits.

### Définition de « personne à charge »

Vous pouvez utiliser les crédits de votre CFSS pour vous et pour vos personnes à charge. En ce qui concerne votre CFSS, les personnes à charge comprennent votre conjoint et vos enfants admissibles, ainsi que **toute personne reconnue par l'Agence du revenu du Canada (ARC) comme étant à votre charge**. Il peut s'agir d'un enfant, d'un petit-enfant, d'un parent, d'un grand-parent, d'un frère, d'une sœur, d'un oncle, d'une tante, d'une nièce ou d'un neveu de vous-même ou de votre conjoint, pourvu que ces personnes :

- dépendent de vous pour leur soutien financier; et
- résident au Canada pendant au moins une partie de l'année. (Cette exigence relative à la résidence ne s'applique pas aux enfants ou aux petits-enfants de cette personne ou de son conjoint.)

N'oubliez pas que vous pouvez utiliser les crédits de votre CFSS pour votre conjoint et vos personnes à charge admissibles – même si vous avez choisi la protection « employé seulement » au titre de la garantie de soins de santé ou de soins dentaires du régime d'avantages sociaux *RémunEckler*.

### Frais admissibles

Votre CFSS couvre tous les frais admissibles aux termes de la *Loi de l'impôt sur le revenu*, mais seulement si ces frais ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie provincial ou privé.

Il existe des centaines de frais admissibles qui sont couverts – allant de la chirurgie des yeux au laser aux synthétiseurs de parole électroniques, et des chaussures orthopédiques à l’insuline. Pour obtenir la liste complète des frais admissibles, consultez [le paragraphe 118.2\(2\) de la Loi de l’impôt sur le revenu du Canada](#). Vous trouverez aussi des renseignements additionnels sur bon nombre de ces frais dans le document intitulé [S1-F1-C1 : Crédit d’impôt pour frais médicaux](#).

Les frais sont réputés admissibles si les services, les interventions ou les articles sont dispensés, fournis ou prescrits par un médecin praticien agréé conformément aux lois de la province dans laquelle il ou elle pratique.

Vous ne devriez soumettre vos frais au CFSS qu’après les avoir soumis à un autre régime susceptible de les couvrir. Par exemple, vous devriez d’abord soumettre une demande à la garantie de soins de santé ou de soins dentaires du régime d’avantages sociaux *RémunEckler* ou au régime de votre conjoint.

## Assurance vie facultative

---

L'assurance vie constitue une importante source de protection financière pour votre famille.

Consciente du besoin immédiat de fonds qui surviendrait à votre décès, Eckler prévoit une assurance vie de base de l'employé dans le cadre des garanties de base (voir la page 17 pour plus de détails). Selon votre situation financière, cependant, cette protection pourrait être insuffisante. Si ce n'est pas le cas, vous pourriez peut-être souscrire une protection supplémentaire au titre de l'assurance vie facultative de l'employé *RémunEckler*. Vous pourriez aussi acheter une assurance vie facultative pour votre conjoint et vos enfants.

La société défraie le coût de l'assurance vie de base de l'employé. Vous pouvez régler les primes de l'assurance vie facultative à l'aide de vos crédits *RémunEckler* ou de retenues salariales.

### Aspect fiscal

Si vous payez votre assurance vie facultative avec des crédits *RémunEckler*, le coût sera indiqué sur votre feuillet T4 à titre de revenu imposable (étant donné que les crédits sont fournis par la société). Si vous payez votre assurance vie facultative au moyen de retenues salariales après impôt, le coût n'aura aucune incidence sur votre revenu imposable.

Vous auriez peut-être intérêt à utiliser des retenues salariales après impôt pour régler les primes de l'assurance vie facultative. Cela libérera des crédits que vous pourrez porter à votre CFSS et dépenser de façon fiscalement avantageuse.

### Assurance vie facultative de l'employé

Si l'assurance vie de base de l'employé qui est fournie au titre de vos garanties de base n'est pas suffisante, vous pouvez souscrire une assurance additionnelle au titre de l'assurance vie facultative de l'employé.

**Vous pouvez souscrire jusqu'à 300 tranches de 10 000 \$ chacune** (jusqu'à concurrence de 3 millions de dollars).

Le coût de l'assurance vie facultative de l'employé dépend de votre âge au 1<sup>er</sup> juillet (ou de la date de votre adhésion au régime), votre sexe, votre statut de fumeur ou de non-fumeur et du montant de la protection que vous choisissez.

Au moment de votre adhésion initiale au régime, une preuve d'assurabilité sera exigée pour toute assurance vie facultative de l'employé supérieure à 80 000 \$. Au renouvellement de l'adhésion, vous devrez fournir une telle preuve pour tout *nouveau* montant de protection.

### Assurance vie facultative du conjoint

À titre de membre du régime *RémunEckler*, vous pouvez aussi souscrire une assurance vie pour votre conjoint admissible.

**Vous pouvez souscrire jusqu'à 50 tranches de 10 000 \$ chacune** (jusqu'à concurrence de 500 000 \$).

Comme pour l'assurance vie facultative de l'employé, le coût de l'assurance vie facultative du conjoint variera selon l'âge et le sexe du conjoint et son statut de fumeur ou de non-fumeur. Votre conjoint devra fournir une preuve d'assurabilité pour tout nouveau montant de protection.

#### **Assurance vie facultative des enfants**

Vous pouvez également assurer la vie de vos enfants à charge.

**Vous pouvez souscrire jusqu'à 3 tranches de 10 000 \$ chacune** (jusqu'à concurrence de 30 000 \$).

La protection choisie sera fournie à un taux de prime fixe, peu importe le nombre de vos enfants à charge admissibles.

#### **Tarifs fumeur et non-fumeur**

Les primes d'assurance des fumeurs sont plus élevées que celles des non-fumeurs. On tient simplement compte du fait que selon les résultats de recherches médicales, les non-fumeurs vivent en moyenne plus longtemps que les fumeurs.

Aux termes du régime *RémunEckler*, un non-fumeur est une personne qui n'a pas fait usage de produits du tabac (y compris les timbres à la nicotine, etc.) au cours des 12 mois précédant la date d'adhésion.

<b>Si vous (ou, dans le cas de l'assurance vie facultative du conjoint, votre conjoint) passez de <u>non-fumeur à fumeur</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vous devez informer sur le champ le Service de la paie et des avantages sociaux – autrement, votre assurance vie facultative de l'employé (ou du conjoint) sera nulle.</li><li>• Le montant de la garantie ne changera pas, mais les tarifs fumeurs seront plus élevés.</li></ul>
<b>Si vous (ou, dans le cas de l'assurance vie facultative du conjoint, votre conjoint) passez de <u>fumeur à non-fumeur</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vous (ou votre conjoint) devez remplir une demande de tarifs non-fumeur pour l'assurance facultative.</li><li>• Si votre demande (ou celle de votre conjoint) est approuvée, vos tarifs seront réduits pour représenter ceux de non-fumeur.</li><li>• L'approbation de votre demande (ou de celle de votre conjoint) dépendra de votre statut de fumeur et de votre état de santé (ou de celui de votre conjoint) pendant les deux années précédentes.</li></ul>

#### **Exclusions**

Si une personne qui est assurée au titre de l'assurance vie facultative de l'employé ou du conjoint se suicide dans les deux années qui suivent la date de début ou d'augmentation de la protection, la prestation payable sera limitée :

- au montant de la protection qui a été en vigueur pendant plus de deux ans; et
- au montant des primes payées pour la protection qui a été en vigueur pendant moins de deux ans (intérêts non compris).

### **Pendant un congé d'ICD ou d'ILD**

Vous pouvez conserver votre assurance vie facultative de l'employé pendant que vous recevez des prestations d'ICD et d'ILD. Vous devrez payer les primes de cette protection pendant que vous êtes considéré comme étant invalide au titre de la garantie d'ICD. Si votre demande d'ILD est acceptée, toutes les garanties facultatives d'assurance vie (de l'employé, du conjoint ou des enfants) demeureront en vigueur sans que vous ayez à payer quoi que ce soit pendant que vous recevez des prestations d'ILD.

Si vous n'avez pas d'assurance vie facultative de l'employé, les primes de l'assurance vie du conjoint et de celle des enfants *ne seront pas* exonérées.

### **Fin de la couverture**

Votre assurance vie facultative de l'employé prendra fin à votre cessation d'emploi, à votre retraite ou à l'âge de 75 ans selon la première de ces éventualités.

La couverture de l'assurance vie facultative du conjoint prendra fin lorsque votre couverture prendra fin ou lorsque votre conjoint atteindra 75 ans, selon la première de ces éventualités. Dans le cas de l'assurance vie facultative des enfants, la couverture prendra fin lorsque votre couverture prendra fin ou lorsque vos enfants ne seront plus admissibles, selon la première de ces éventualités.

### **Conversion de la couverture**

Si vous avez moins de 65 ans au moment de partir à la retraite ou de quitter Eckler, vous aurez la possibilité de convertir votre assurance vie de base et facultative de l'employé en une police d'assurance individuelle, jusqu'à concurrence de 200 000 \$ pour l'ensemble des garanties de base et facultatives. Pour les employés du Québec, la limite est de 400 000 \$.

Vous pouvez convertir votre assurance vie de base et facultative de l'employé sans fournir de preuve d'assurabilité à condition de demander la conversion et de payer la première prime applicable dans les 31 jours qui suivent la cessation de votre emploi. Si vous décédez durant cette période de conversion de 31 jours, votre bénéficiaire recevra la pleine valeur de la protection au titre du régime *RémunEckler* jusqu'aux limites de conversion, que vous ayez demandé ou non la conversion.

Vous pouvez convertir l'assurance vie facultative de votre conjoint en une police individuelle (jusqu'à concurrence de 200 000 \$). Pour les employés du Québec, la limite est de 400 000 \$. Votre conjoint n'aura pas à fournir de preuve d'assurabilité à condition de demander la conversion et de payer la première prime applicable dans les 31 jours qui suivent la cessation de votre emploi. Si votre conjoint décède durant cette période de conversion de 31 jours, vous recevrez automatiquement le montant intégral de la couverture de l'assurance vie facultative du conjoint, jusqu'à concurrence de la limite de conversion, que vous ayez demandé ou non la conversion.

Si vous êtes en bonne santé, vous pourriez peut-être obtenir des taux plus concurrentiels pour votre assurance vie individuelle en fournissant à la Canada Vie une preuve d'assurabilité ou en comparant les prix.

## Assurance accident facultative

Bien que la majorité d'entre nous parviennent à éviter des blessures accidentelles graves, le risque est toujours présent. C'est pourquoi le régime *RémunEckler* comprend une assurance accident facultative.

L'assurance accident facultative vous protège contre ce risque en offrant une façon facile et économique d'accroître la protection d'ILD et d'assurance vie. Mieux encore, vous pouvez souscrire l'assurance accident facultative pour vous-même et les membres admissibles de votre famille.

### Aspect fiscal

Tous les crédits *RémunEckler* que vous utilisez pour régler les frais de l'assurance accident facultative (y compris la taxe de vente applicable) sont imposables.

### Vos options

**Vous pouvez choisir jusqu'à 50 tranches de 10 000 \$ chacune** (maximum de 500 000 \$).

La couverture souscrite représente la prestation maximale payable, sauf dans les cas où l'accident entraîne une quadriplégie, une paraplégie ou une hémiplegie.

### Protection familiale

Vous pouvez étendre aux membres admissibles de votre famille l'assurance accident facultative. Cette couverture sera fondée sur la composition de votre famille, comme il est décrit ci-après :

<b>Conjoint seulement</b>	<b>Conjoint :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 50 % du montant d'assurance</li></ul>
<b>Conjoint et enfants à charge</b>	<b>Conjoint :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 40 % du montant d'assurance</li></ul> <b>Chaque enfant :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 15 % du montant d'assurance (maximum de 75 000 \$ chacun)</li></ul>
<b>Enfants à charge seulement</b>	<b>Chaque enfant :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 20 % du montant d'assurance (maximum de 100 000 \$ chacun)</li></ul>

## Prestations payables

Le tableau suivant montre le pourcentage du montant qui sera payé selon la nature et l'étendue de la blessure.

Lorsque la victime de la blessure ou du décès est un conjoint ou un enfant, le montant des prestations versées sera calculé en pourcentage du paiement que vous recevriez pour la même blessure, et non du plein montant d'assurance.

Perte ou perte d'usage :	% du montant d'assurance *
Décès	100 %
Des deux mains ou des deux pieds	100 %
De la vue des deux yeux	100 %
D'une main et d'un pied	100 %
D'une main et de la vue d'un œil	100 %
D'un pied et de la vue d'un œil	100 %
De la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
D'un bras ou d'une jambe	100 %
D'une main ou d'un pied	100 %
De la vue d'un œil	66⅔ %
De la parole	100 %
De l'ouïe des deux oreilles	100 %
De l'ouïe d'une oreille	100 %
Du pouce et de l'index d'une main	33⅓ %
De quatre doigts d'une main	33⅓ %
Des orteils d'un pied	33⅓ %
Quadriplégie (paralysie totale et irréversible des quatre membres)	200 %
Paraplégie (paralysie totale et irréversible des membres inférieurs)	200 %
Hémiplégie (paralysie totale et irréversible de la moitié du corps)	200 %

Par **perte** on entend ce qui suit :

<b>D'une main ou d'un pied</b>	Sectionnement total à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou.
<b>D'un bras ou d'une jambe</b>	Sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus.
<b>Du pouce et des doigts</b>	Sectionnement total à l'articulation métacarpophalangienne ou au-dessus.
<b>Des orteils</b>	Sectionnement total à l'articulation métatarsophalangienne ou au-dessus.
<b>De la parole ou de l'ouïe</b>	Perte totale et irréversible.
<b>Perte d'usage continue pendant les 12 mois suivant la date de l'accident</b>	Perte d'usage permanente, totale et irréversible.

## Paralysie

Paralysie permanente et irréversible.

Un seul montant de prestation – le plus élevé – sera versé pour toutes les pertes liées au même accident. La prestation maximale payable aux termes du régime est de 500 000 \$.

### Prestations supplémentaires

En plus du montant d'assurance décrit ci-dessus, l'assurance accident facultative vous offre, ainsi qu'aux membres de votre famille, une gamme de prestations supplémentaires dont voici un résumé :

**Prestation accrue pour enfant** – Les prestations d'accident indiquées dans le tableau ci-dessus seront doublées dans le cas des blessures couvertes d'un enfant à charge (sauf le décès).

**Prestation pour frais de garde** – Si vous décédez des suites d'un accident, le régime versera une prestation annuelle correspondant à 5 % du montant d'assurance (jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année) pour chacun de vos enfants à charge de moins de 13 ans inscrits à une garderie agréée. Cette prestation sera versée annuellement pendant au plus quatre années consécutives après la date de l'accident. L'enfant doit être inscrit à la garderie dans les 365 jours qui suivent votre décès.

**Prestation de réadaptation** – Le régime couvre les frais raisonnables et nécessaires engagés (jusqu'à concurrence de 15 000 \$) pour une formation spéciale requise afin d'obtenir les qualifications qui vous permettront d'exercer un emploi que vous n'occuperiez pas dans d'autres circonstances. Les frais doivent être engagés dans les trois années qui suivent la date de l'accident. La prestation ne couvre pas les frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement. (Vous ne pouvez pas réclamer cette prestation au titre de l'assurance accident facultative si vous réclamez la même prestation au titre de l'assurance accident en voyage d'affaires – et vice versa.)

**Prestation de rapatriement** – Si vous (ou un membre assuré de votre famille) décédez par suite de blessures subies dans un accident survenu à l'extérieur de votre ville de résidence permanente (ou à l'extérieur du Canada), le régime couvrira les frais engagés pour la préparation et le rapatriement de la dépouille. La prestation est limitée à 15 000 \$. (Aucune prestation de rapatriement ne peut être réclamée au titre de l'assurance accident facultative si la même prestation est réclamée au titre de l'assurance accident en voyage d'affaires – et vice versa.)

**Prestation pour le déplacement d'un proche parent** – Si vous devez (ou si un membre assuré de votre famille doit) être hospitalisé à la suite d'un accident à plus de 150 kilomètres de votre domicile, le régime remboursera les frais de transport engagés pour qu'un membre de la famille immédiate puisse se rendre au chevet de la personne blessée hospitalisée. L'hospitalisation doit avoir été recommandée par écrit par le médecin traitant et doit être d'une durée d'au moins cinq jours. La prestation maximale payable est de 15 000 \$.

**Prestation en espèces en cas d'hospitalisation** – Si vous ou une personne assurée êtes hospitalisés pendant au moins quatre jours par suite d'un accident, le régime versera une prestation mensuelle égale à 10 % du montant d'assurance (ou, dans le cas d'un membre de la famille, égale au pourcentage approprié de cette somme) pendant l'hospitalisation. La

prestation mensuelle maximale est de 2 500 \$ et sera versée pendant au plus 365 jours. L'hospitalisation doit avoir été recommandée par écrit par un médecin ou chirurgien agréé.

**Augmentation de la prestation pour le port d'une ceinture de sécurité** – Si vous (ou un membre assuré de votre famille) subissez une blessure dans un accident d'automobile et que vous (ou le membre assuré de votre famille) portez une ceinture de sécurité bien attachée (ou un dispositif de retenue pour enfants) au moment de l'accident, toute prestation payable aux termes du régime sera majorée automatiquement de 10 %.

**Prestation de formation professionnelle du conjoint** – Si vous décédez dans un accident, le régime couvrira les frais raisonnables et nécessaires engagés pour que votre conjoint puisse suivre un programme de formation professionnelle officiel, pourvu que cette personne soit couverte au titre du régime. Le programme de formation doit être suivi afin d'obtenir les qualifications nécessaires pour exercer un emploi que cette personne n'occuperait pas autrement. Les frais doivent être engagés dans les trois années qui suivent l'accident. La prestation payable au titre du régime est limitée à 15 000 \$. Elle ne couvre pas les frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

**Modification de la résidence et du véhicule automobile** – Si vous (ou un membre assuré de votre famille) subissez des blessures dans un accident couvert par l'assurance accident facultative et vous obligeant à utiliser un fauteuil roulant pour vous déplacer, le régime paiera les frais raisonnables et nécessaires pour :

1. modifier la résidence principale de la personne assurée afin de la rendre accessible en fauteuil roulant; et
2. modifier le véhicule automobile de la personne assurée afin qu'il puisse accueillir un fauteuil roulant et lui permettre de le conduire (sous réserve de l'approbation des modifications par l'organisme responsable de la délivrance de permis).

Les frais doivent être engagés dans les trois années qui suivent l'accident. La prestation maximale par accident s'élève à 15 000 \$.

**Prestation spéciale pour les études** – Si vous décédez des suites d'un accident couvert par le régime, celui-ci fournira une prestation spéciale pour les études de vos enfants à charge. Le régime versera une somme représentant 5 % du montant d'assurance – jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par année – pour que tout enfant à charge puisse poursuivre ses études et qui, à la date de l'accident,

- était inscrit à plein temps à un établissement d'enseignement supérieur, au-delà du niveau secondaire; ou
- était inscrit à une école secondaire et qui, dans les 365 jours suivant la date de l'accident, s'inscrit en tant qu'étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement supérieur.

Cette prestation spéciale pour les études est payable chaque année pendant un maximum de quatre années consécutives, mais seulement si l'enfant à charge poursuit ses études à plein temps dans un établissement d'enseignement supérieur.

**Prestation d'identification** – Si vous (ou un membre assuré de votre famille) décédez des suites d'un accident couvert, le régime paiera les frais d'hébergement et de voyage engagés par un membre immédiat de votre famille qui, à la demande des policiers ou d'un organisme d'application de la loi, doit se rendre à plus de 150 kilomètres pour identifier la dépouille. La prestation maximale payable s'élève à 10 000 \$. Si le déplacement s'effectue en voiture, le remboursement sera limité à 35 sous par kilomètre.

### **Exclusions**

Le régime ne couvre pas toute perte subie dans les circonstances suivantes :

- Blessures infligées à soi-même volontairement, suicide ou tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non;
- Guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre;
- Service dans les forces armées à plein temps dans n'importe quel pays et pour n'importe quelle autorité internationale;
- Voyage dans un aéronef piloté ou loué par votre employeur, ou qui lui appartient;
- Voyage dans un aéronef en tant que pilote ou membre d'équipage.

### **Pendant un congé d'ICD ou d'ILD**

Vous pouvez conserver votre assurance accident facultative pendant que vous recevez des prestations d'ICD et d'ILD. Vous devrez payer les primes de votre assurance pendant que vous êtes considéré comme étant invalide au titre de la garantie d'ICD. Si votre demande d'ILD est acceptée, votre assurance accident facultative restera en vigueur, mais vous n'aurez rien à payer pendant que vous recevrez des prestations d'ILD.

### **Fin de la couverture**

La couverture prend fin lorsque vous quittez la société, à votre retraite ou lorsque vous atteignez 70 ans, selon la première éventualité.

## Renseignements importants

---

### Si vous devenez invalide

Pendant que vous recevez des prestations d'invalidité de courte durée (ICD), vos garanties de soins de santé, de soins dentaires, l'assurance vie et l'assurance accident facultative seront maintenues aux niveaux en vigueur avant votre invalidité.

Pendant que vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée (ILD) :

- Vos garanties de soins de santé et de soins dentaires, l'assurance vie et l'assurance accident facultative resteront en vigueur aux niveaux en vigueur avant votre invalidité.
- Vous continuerez à recevoir des crédits *RémunEckler* pour régler les frais des garanties de soins de santé et de soins dentaires; toutefois, leur montant restera le même, dans l'avenir, qu'au cours de l'année de l'invalidité.
- Vos crédits seront utilisés pour régler les frais de vos garanties de soins de santé, de soins dentaires, d'assurance vie et d'assurance accident facultative, qui peuvent varier au fil du temps. S'il reste des crédits, ceux-ci seront portés à votre compte de frais pour soins de santé. S'il vous manque des crédits pour couvrir les frais de vos garanties au cours d'une année de régime, vous devrez payer Eckler directement (par chèque ou dépôt) au cours de l'année de régime en question.
- Vous pouvez demander d'être exonéré des coûts de votre protection facultative d'assurance vie ou d'assurance accident facultative pendant que vous recevez des prestations d'ILD.

Vous n'avez pas la possibilité de modifier vos choix de protection pendant que vous recevez des prestations d'invalidité de courte durée (ICD) ou d'invalidité de longue durée (ILD), à moins qu'un événement marquant admissible ne survienne dans votre vie.

Vous pouvez communiquer avec le Service de la paie et des avantages sociaux à [payrollandbenefits@eckler.ca](mailto:payrollandbenefits@eckler.ca) ou au 416 696-3038 pour obtenir des détails sur les crédits disponibles et sur le coût de vos garanties.

### Si vous êtes en congé autorisé

Selon la nature et la durée de votre congé, il y aura des changements à votre couverture *RémunEckler*. Veuillez communiquer avec le Service de la paie et des avantages sociaux au 416-696-3038 ou à [payrollandbenefits@eckler.ca](mailto:payrollandbenefits@eckler.ca) pour des renseignements qui s'appliquent à votre situation.

### Si vous êtes en congé de maternité ou en congé parental

Vous continuerez à bénéficier des garanties du régime *RémunEckler* pendant un congé de maternité ou un congé parental autorisé. Cette protection se poursuivra pendant la période prescrite par la *Loi sur l'assurance-emploi* ou toute autre disposition législative en matière de normes d'emploi. Pour ajouter votre nouvel enfant à titre de personne à charge, vous devez en informer le Service de la paie et des avantages sociaux dans les 31 jours qui suivent la naissance ou l'adoption.

Vous pouvez joindre le Service de la paie et des avantages sociaux au 416 696-3038 ou à [payrollandbenefits@eckler.ca](mailto:payrollandbenefits@eckler.ca). Étant donné que la naissance ou l'adoption d'un enfant est

considérée comme un « événement marquant de la vie », vous pourrez passer en revue et modifier certaines options de protection.

Si vous ratez la période de 31 jours, vos choix actuels de protection resteront en vigueur jusqu'à la prochaine période d'adhésion annuelle. À ce moment-là, vous aurez la possibilité de modifier vos choix.

### **Si vous quittez la société**

La protection offerte au titre du régime *RémunEckler* prend fin à la fin de votre dernière journée de travail à la société, sous réserve des dispositions législatives en matière de normes d'emploi dans votre province. La couverture de vos personnes à charge prendra fin automatiquement lorsque votre couverture prendra fin.

## Soumission des demandes de règlement

---

### Dates limites pour la soumission des demandes de règlement

Il y a des délais stricts à respecter pour soumettre des demandes de règlement de soins de santé et de soins dentaires. Ces délais sont les suivants :

- **Soins de santé** – Les frais doivent être soumis à la Canada Vie au plus tard 15 mois après la date où les frais ont été engagés.
- **Soins dentaires** – Les frais doivent être soumis à la Canada Vie au plus tard 15 mois après la date où les frais ont été engagés.
- **CFSS** – Si vous voulez soumettre une demande pour des frais en regard des crédits portés à votre CFSS au cours de la *même* année de régime, vous devez la soumettre à la Canada Vie dans les 90 jours qui suivent la fin de l'année de régime (autrement dit, avant le 28 septembre). Par exemple, si vous avez engagé des frais au cours de l'année de régime 2022-2023 et que vous désirez les réclamer en regard des crédits portés à votre CFSS au début de l'année de régime en question, vous devez soumettre votre demande à la Canada Vie avant le 28 septembre 2023.
- Si vous avez utilisé tous les crédits affectés à votre CFSS pour l'année en cours (ou si vous oubliez de soumettre vos demandes de règlement de l'année en cours avant le 28 septembre), vous pouvez reporter vos frais à l'année de régime suivante et les réclamer en regard des crédits affectés à votre CFSS pour la *nouvelle* année de régime. Tous les frais que vous reportez dans le but de les réclamer à l'égard des crédits détenus dans votre CFSS doivent être soumis avant la *fin de la nouvelle année de régime*. Par exemple, si vous reportez des frais engagés pendant l'année de régime 2022-2023 et les réclamez en regard des crédits affectés à votre CFSS pendant l'année de régime 2023-2024, vous devez soumettre les demandes portant sur les frais reportés à la Canada Vie avant le 30 juin 2024.

### Demandes de règlement de frais d'hospitalisation

Lorsque vous êtes hospitalisé, informez le préposé à l'admission que vous êtes assuré au titre de la police d'assurance collective numéro 321245 de la Canada Vie. L'hôpital devrait facturer la Canada Vie directement.

Si l'hôpital demande que vous régliez la facture, utilisez le formulaire Demande de règlement – Soins de santé pour soumettre votre demande. Ce formulaire se trouve sur [GroupNet](#), site des participants de la Canada Vie, sous Formulaires et cartes > Formulaires de demande de règlement.

### Demandes de règlement de médicaments sur ordonnance

Présentez votre carte de paiement direct des médicaments au pharmacien chaque fois que vous faites exécuter une ordonnance. Le pharmacien traitera votre demande de règlement immédiatement. Vous devrez, cependant, payer au pharmacien la partie non couverte par le régime, soit généralement 20 % du coût du médicament, plus les frais d'exécution d'ordonnance (ou, si vous résidez au Québec, 20 % plus les premiers 9 \$ des frais d'exécution d'ordonnance).

Si vous oubliez votre carte, utilisez le formulaire Demande de règlement – Soins de santé pour soumettre votre demande. Ce formulaire se trouve sur [GroupNet](#), site des participants de la Canada Vie, sous Formulaires et cartes > Formulaires de demande de règlement.

### **Demandes de règlement pour soins de la vue, soins dentaires et autres soins de santé**

Vous pouvez soumettre vos demandes de règlement sur [GroupNet](#), le site des participants au régime de la Canada Vie. Il suffit de vous connecter et de sélectionner l'**option de demande de règlement**. Puis, sélectionnez le régime approprié ainsi que la personne pour laquelle vous faites la demande de règlement, et entrez les détails. Vous pouvez aussi, si vous le préférez, soumettre votre demande de règlement sur papier en remplissant un formulaire de demande de règlement de soins de santé. Vous trouverez ces formulaires sur [GroupNet](#) sous Formulaires et cartes > Formulaires de demande de règlement.

Si vous ne **voulez pas** que la partie non payée des frais soit portée au débit de votre compte de frais pour soins de santé (CFSS) lorsque vous soumettez votre demande de règlement par voie électronique ou au moyen d'un formulaire papier, assurez-vous de **cocher la case indiquant que vous ne voulez pas que la partie non payée des frais soit portée au débit de votre CFSS**.

Si vous **voulez** que la partie non payée des frais soit portée au débit de votre compte de frais pour soins de santé (CFSS), assurez-vous de **cocher la case indiquant que vous voulez que la partie non payée des frais soit portée au débit de votre CFSS**.

Si vous envoyez un formulaire papier, annexe tous les reçus originaux (ou l'Explication des prestations originale si cette demande de règlement a d'abord été soumise au titre d'un autre régime). Assurez-vous de conserver une copie de cette demande de règlement et des reçus (ou de l'Explication des prestations).

### **Demandes de règlement de soins médicaux hors de la province/du pays + assistance voyage**

Vous recevrez une carte d'Assistance voyage. Portez cette carte sur vous lorsque vous voyagez à l'extérieur de votre province de résidence, spécialement lorsque vous voyagez dans un pays étranger. Si vous ou une personne à charge êtes hospitalisés, communiquez avec l'Assistance voyage dans les 24 heures qui suivent (le numéro de téléphone est inscrit au verso de la carte). En règle générale, l'Assistance voyage coordonne le paiement direct du service avec le fournisseur. Cependant, si vous payez vous-même les frais d'un service médical couvert lors d'un voyage à l'extérieur de votre province de résidence :

- Conservez les reçus.
- Obtenez une facture détaillée de tous les traitements reçus à l'hôpital.
- Dans les 30 jours qui suivent votre retour à la maison, remplissez un formulaire Demande de règlement – Soins médicaux, annexe les reçus originaux et les factures détaillées et envoyez le tout à la Canada Vie. (Conserver une copie de ces documents pour vos dossiers.)

Si vous ne communiquez pas avec l'Assistance voyage dans les 24 heures qui suivent une urgence médicale, vous risquez de retarder le traitement de votre demande de règlement.

### **Demandes de règlement d'assurance invalidité de courte durée et de longue durée**

Communiquez avec le Service de la paie et des avantages sociaux dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, au 416 696-3038 ou à [payrollandbenefits@eckler.ca](mailto:payrollandbenefits@eckler.ca), et nous vous [fournirons les formulaires et les instructions nécessaires que vous devrez remettre à la Canada Vie.](#)

Vous devrez fournir :

- une preuve que vous êtes toujours atteint d'une invalidité totale;
- une preuve que vous recevez régulièrement des traitements d'un médecin agréé; et
- tout autre renseignement nécessaire à l'évaluation de votre demande de règlement, requis par la Canada-vie.

### **Demande de règlement d'assurance vie facultative de l'employé, du conjoint, d'un enfant, et accident**

Vous ou votre bénéficiaire devriez communiquer avec le Service de la paie et des avantages sociaux dès qu'il est raisonnablement possible de le faire pour obtenir les formulaires nécessaires. Vous pouvez joindre le Service de la paie et des avantages sociaux au 416 696-3038 ou à [payrollandbenefits@eckler.ca](mailto:payrollandbenefits@eckler.ca).

### **Envoi des formulaires par la poste**

Si vous ne soumettez pas les formulaires de demande de règlement pour les soins de santé, les soins dentaires et le CFSS en ligne, veuillez les envoyer par la poste à l'adresse suivante :

Versement des prestations - London  
C.P. 5160, Succursale B  
London, ON  
N6A 0C6

### **Numéro du régime**

Lorsque vous soumettez des demandes de règlement, vous devez indiquer le numéro du régime, votre numéro d'identification du participant et le numéro de votre division. Vous trouverez ces numéros sur le certificat d'assurance format portefeuille de la Canada Vie.

### **Coordination des demandes de règlement**

Si vous et votre conjoint êtes couverts par une garantie de soins de santé ou de soins dentaires dans le cadre d'un régime d'avantages sociaux d'un employeur, vous pouvez coordonner vos demandes de règlement. Autrement dit, vous pouvez demander le remboursement de frais médicaux ou de frais dentaires aux deux régimes.

- Vous devez d'abord soumettre vos demandes de règlement au titre du régime *RémunEckler*. Vous pouvez ensuite réclamer au régime de votre conjoint la partie non payée de vos frais par votre régime.
- Votre conjoint doit d'abord présenter ses propres demandes de règlement au régime de son employeur. Si ce régime ne couvre pas tous les frais relatifs à l'article, au service ou au traitement, vous pouvez soumettre au régime *RémunEckler* une demande de remboursement des frais non payés.
- Dans le cas des enfants à charge, les demandes de règlement doivent être soumises en premier au régime du parent dont l'anniversaire de naissance survient le premier durant l'année. Par exemple, si vous êtes né en mars et que votre conjoint est né en juillet, vous devriez soumettre en premier vos demandes de règlement au régime *RémunEckler*. Ici aussi, les frais non couverts peuvent être réclamés au régime de votre conjoint à titre de second payeur.

Dans le cas où vous et votre conjoint êtes séparés ou divorcés, vous devrez soumettre vos demandes de règlement aux régimes ci-après, dans l'ordre indiqué :

- régime du parent qui a la garde de l'enfant;
- régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant;
- régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant;
- régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

Dans le cas où vous auriez souscrit au moins deux régimes distincts (c.-à-d. vous travaillez dans deux entreprises et vous avez souscrit le régime de chacune), vous devrez soumettre vos demandes de règlement aux régimes ci-après, dans l'ordre indiqué :

- régime de l'entreprise où vous êtes un employé actif à plein temps;
- régime de l'entreprise où vous êtes un employé actif à temps partiel;
- régime de l'entreprise dont vous êtes retraité.

En aucun cas le montant total du remboursement que vous (ou votre conjoint) recevez ne doit excéder le montant total des frais effectivement engagés. Ceci étant dit, vous voudrez peut-être réduire la garantie (ou même y renoncer) de soins de santé ou de soins dentaires offerte par le régime *RémunEckler* si vous êtes couvert par un autre régime.

Il pourrait être avantageux de renoncer à la garantie de soins de santé ou de soins dentaires si le coût de ces protections au titre du régime *RémunEckler* est supérieur aux montants additionnels que vous receviez en coordonnant vos demandes de règlement.

## Pour plus de renseignements

---

Vous désirez d'autres renseignements sur le régime d'avantages sociaux *RémunEckler*? Voici quelques sources utiles :

- ***Si vous voulez en savoir plus sur les avantages sociaux RémunEckler, ou si vous désirez obtenir des renseignements d'ordre général que vous ne pouvez pas trouver dans les présentes, veuillez communiquer avec le Service de la paie et des avantages sociaux au 416 696-3038 ou à [payrollandbenefits@eckler.ca](mailto:payrollandbenefits@eckler.ca).***
- ***Si vous avez besoin de formulaires, vous les trouverez sur le site Web de la Canada Vie à <https://ma.canadavie.com/acceder..>***
- ***Si vous avez des questions sur les garanties de soins de santé et de soins dentaires, ou sur une demande de règlement... Vous pouvez consulter vos dossiers de demandes de règlement et obtenir des renseignements sur vos garanties à <https://ma.canadavie.com/acceder>. Vous pouvez aussi téléphoner à la Canada Vie au 1 800 957-9777.***
- ***Si vous avez des questions concernant le service Best Doctors, ou si vous avez des doutes concernant votre diagnostic ou votre traitement actuel, communiquez avec Best Doctors au 1 877 419-2378.***

## Le mot de la fin

Le présent livret constitue un sommaire facile à comprendre de votre régime d'avantages sociaux *RémunEckler*. Cependant, il ne crée ni ne confère d'obligations ou de droits contractuels.

Toutes les dispositions des garanties individuelles sont contenues dans les contrats et les documents officiels. En cas d'incompatibilité entre ces documents officiels et le présent livret, les modalités des contrats et des documents officiels prévaudront dans tous les cas. Votre droit d'accéder aux documents sur le régime, y compris votre formulaire d'adhésion et les contrats, dépend de la législation provinciale et territoriale applicable. Appelez le Service de la paie et des avantages sociaux d'Eckler au 416 696-3038 ou envoyez un courriel à [payrollandbenefits@eckler.ca](mailto:payrollandbenefits@eckler.ca) pour déterminer vos droits d'accès.

Toute action ou poursuite que vous portez en justice contre un assureur dans le but de récupérer de l'argent au titre du régime d'avantages sociaux *RémunEckler* doit être intentée dans les délais figurant dans la législation provinciale et territoriale applicable.

La protection au titre des diverses options du régime est en vigueur pendant une période de 12 mois (du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin). Tout changement apporté aux modalités des garanties individuelles sera communiqué pendant la période de renouvellement de l'adhésion annuelle et prendra effet l'année de régime suivante.

La société se réserve le droit de modifier ou de résilier le régime d'avantages sociaux si les conditions le justifient dans l'avenir. Elle se réserve aussi le droit de modifier les modalités des diverses garanties, ainsi que le montant payable par les participants, en fonction du rendement financier des régimes individuels qui composent le programme *RémunEckler*.

Modifié en juillet 2022