

ASSURANCE
COLLECTIVE



Votre régime d'assurance collective

Guide décisionnel

Dirigeants

Un coup d'œil sur votre régime d'assurance collective

Le présent régime d'assurance collective est offert aux dirigeants admissibles de FYi Eyecare Services & Products Inc. Il vous permet de jouir d'une couverture personnalisée et de choisir le niveau de protection qui convient le mieux à vos besoins ainsi qu'à ceux de votre famille. Étudiez soigneusement les options mises à votre disposition et servez-vous de ce guide pour choisir votre protection.

Votre régime d'assurance collective est une composante importante de votre rémunération globale. Il contribue à votre santé financière et vous aide à conserver un mode de vie sain.

RÉGIME DE BASE

Assurance vie

- ✓ Une fois le revenu annuel
- ✓ Maximum de 500 000 \$
- ✓ Montant réduit de 50 % à 65 ans
- ✓ Fin de couverture à la retraite ou à 70 ans, selon la première occurrence
- ✓ Assurance vie facultative :
 - Tranches de 10 000 \$
 - Minimum de 20 000 \$
 - Maximum de 500 000 \$
 - Preuves médicales exigées

Assurance décès et mutilation accidentels (DMA)

- ✓ Une fois le revenu annuel
- ✓ Maximum de 500 000 \$
- ✓ Montant réduit de 50 % à 65 ans
- ✓ Fin de couverture à la retraite ou à 70 ans, selon la première occurrence

Assurance vie des personnes à charge

- ✓ Conjoint : 5 000 \$
- ✓ Enfant : 2 500 \$
- ✓ Fin de couverture à la retraite ou à 70 ans, selon la première occurrence

Assurance invalidité de courte durée

- ✓ 66,67 % du revenu hebdomadaire
- ✓ Maximum de 1 500 \$ par semaine
- ✓ Payable après le premier jour en cas d'accident ou de blessure et après sept jours en cas de maladie
- ✓ Payable durant 16 semaines
- ✓ Fin de couverture à la retraite ou à 65 ans, selon la première occurrence

Assurance invalidité de longue durée

- ✓ 66,7 % de la première tranche de 6 000 \$ du revenu mensuel, plus 50 % de l'excédent
- ✓ Maximum de 8 000 \$ par mois
- ✓ Prestations non imposables
- ✓ 24 mois, propre emploi
- ✓ Délai de carence de 112 jours consécutifs
- ✓ Fin de couverture à la retraite ou à 65 ans, selon la première occurrence

Vos options

	Le bien-être	Le mode de vie	Le quotidien
SOINS MÉDICAUX			
Soins d'urgence hors province (100 %)	✓	✓	✓
Protection à vie pour un participant de moins de 70 ans (60 premiers jours)	5 000 000 \$	5 000 000 \$	5 000 000 \$
Protection à vie pour un participant de 70 ans et plus (30 jours)	1 000 000 \$	1 000 000 \$	1 000 000 \$
Médicaments d'ordonnance		✓	✓
Remboursement basé sur le coût de la version générique		80 %	100 %
Hospitalisation (chambre privée)			✓
			100 %
Soins infirmiers			✓
Remboursement			100 %
Maximum par année			10 000 \$
Lieux des soins			Au domicile du patient ou à l'hôpital
Maison de convalescence ou de réadaptation			✓
Remboursement			100 %
Maximum par jour (maximum de 120 jours par année)			Chambre privée
Soins paramédicaux			✓
Remboursement			80 %
— Maximum combiné pour tous les soins paramédicaux			700 \$ par année
Services d'ambulance			✓
			100 %
Examens de laboratoire			✓
			100 %
Équipement et matériel médicaux			✓
			100 %
Prothèses auditives			✓
			100 %
Maximum par période de 60 mois			700 \$
SOINS DENTAIRES			
Soins préventifs			✓
Remboursement			100 %
Soins de base			✓
Remboursement			100 %
Soins majeurs			✓
Remboursement			50 %
— Maximum combiné par année pour les soins préventifs, de base et majeurs			2 000 \$
Orthodontie			✓
Remboursement (enfant de moins de 19 ans)			50 %
Maximum à vie par personne assurée			1 500 \$
CRÉDITS FLEXIBLES (CGS, CDP, REER, CELI)			
	✓	✓	✓
Montant par année – protection employé	1 250 \$	950 \$	0 \$
Montant par année – protection employé + 1	2 000 \$	1 400 \$	0 \$
Montant par année – protection familial	3 000 \$	2 000 \$	0 \$

À propos de vos crédits flexibles : Le montant alloué sera calculé au prorata du nombre de mois restants dans l'année en cours.

Un livret contenant de l'information détaillée sur vos protections sera mis à votre disposition dans l'Espace client.



Qu'est-ce qu'un compte de dépenses personnel?

Un compte de dépenses personnel est utilisé pour rembourser les dépenses liées à des activités qui visent à améliorer votre santé. Le but de ce programme est d'encourager la pratique de l'activité physique régulière et continue.

Tous les frais sont admissibles à un remboursement à l'exception des frais liés :

- à la drogue
- à l'alcool
- aux armes
- aux articles liés au jeu
- à l'appartenance à des organisations qui prônent la haine
- à des transactions financières

Ce compte doit être utilisé pour rembourser des dépenses que vous avez personnellement engagées pour vous-même ou votre famille. Vous avez jusqu'au 31 décembre de chaque année pour dépenser le montant qui vous est alloué. Vos dépenses peuvent être reportées à l'année suivante, mais pas le solde de votre compte. En d'autres termes, si vous n'utilisez pas la totalité du montant alloué, vous le perdrez.

Qu'est-ce qu'un compte de gestion santé (CGS)?

Un CGS se compare à un compte bancaire. Vous pouvez utiliser l'argent déposé dans votre CGS pour couvrir les frais de soins de santé et dentaires qui ne sont pas remboursés en vertu de votre régime ou de celui de votre conjoint, y compris les frais de coassurance, les montants en excédent des maximums prévus dans votre régime et vos primes d'assurance santé et dentaire.

L'argent déposé dans votre CGS est disponible à compter du 1^{er} janvier de chaque année. Vous avez jusqu'au 31 décembre pour le dépenser. Vos dépenses peuvent être reportées à l'année suivante, mais pas le solde de votre compte. En d'autres termes, si vous n'utilisez pas la totalité du montant alloué, vous le perdrez.

Des questions?

Que devez-vous prendre en compte dans votre décision?



Avant de décider quelle option vous convient, gardez bien les éléments suivants à l'esprit :

Qui a besoin d'une protection?

Est-ce que votre conjoint(e) et vos enfants seront couverts par votre régime d'assurance collective? Est-ce que votre famille et vous serez couverts par le régime d'assurance collective de votre conjoint(e)?

Dans quelle mesure votre famille et vous avez besoin de soins médicaux et dentaires? En règle générale, combien dépensez-vous annuellement en soins médicaux et dentaires?

Les options offrent divers niveaux de protection et de flexibilité. Il est donc important que vous puissiez cibler le niveau de protection qui répond le mieux à vos besoins. Pour avoir une meilleure idée de votre utilisation habituelle des soins médicaux et dentaires, examinez les dépenses engagées à cet effet au cours des années antérieures.

Est-ce que votre famille et vous-même êtes en bonne santé?

Avez-vous, ou un membre de votre famille, besoin de faire des analyses en laboratoire? L'un d'entre vous est-il atteint d'une maladie chronique qui nécessite des fournitures médicales, des analyses régulières ou des médicaments d'ordonnance? Avez-vous souvent recours à des soins paramédicaux? Est-ce que l'un d'entre vous a recours à des services qui ne sont pas couverts par votre régime d'assurance, mais qui pourraient être admissibles à un remboursement grâce au compte de gestion santé?

Que se passera-t-il si ma situation change?

Vous n'avez pas à attendre la prochaine période d'adhésion pour mettre à jour votre protection en fonction de vos nouveaux besoins. **Prenez note que vous disposez de 31 jours après la date de votre événement de vie pour effectuer la modification.**

Un changement de situation **pourrait comprendre les événements de vie suivants :**

- Perte de couverture d'une personne à charge, conformément à la définition du terme « personne à charge » applicable au régime
- Mariage ou union de fait depuis 12 mois
- Divorce ou séparation reconnue légalement
- Naissance ou adoption d'un enfant
- Décès du conjoint ou d'un enfant
- Ajout ou annulation de la protection pour soins médicaux et/ou dentaires du

Dispositions du régime

Pour la période d'adhésion

Si vous êtes un nouveau participant et que vous n'avez pas fait votre sélection durant la période d'adhésion, l'option Le quotidien avec une couverture individuelle vous sera automatiquement attribuée.

Si vous êtes un participant existant et que vous n'avez pas fait votre sélection durant la période de ré-adhésion, vous conserverez votre couverture actuelle.

Dans les deux cas, votre couverture sera valide jusqu'au 31 décembre 2022 et, par la suite, pour une période de 24 mois.

À propos des soins médicaux et dentaires

Vous devez choisir les mêmes options pour les soins de santé et dentaires, ainsi que le même niveau de couverture (employé, employé + 1 ou familial).

Vous ne pourrez apporter de changements avant le 1^{er} janvier 2023, à moins qu'un événement de vie ne survienne.

iA Groupe financier se réserve le droit de modifier le présent régime ou d'y mettre fin à tout moment. Ce guide se veut un résumé du régime d'assurance collective offert par iA Groupe financier. En cas de divergence entre le présent guide et les documents officiels qui décrivent le régime, ces derniers prévaudront.

Pour joindre iA Groupe financier

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle.



1 877-302-4602

Du lundi au vendredi, de 8 h 00 à 20 h



assurancecollective@ia.ca



ON S'INVESTIT, POUR VOUS.

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. exerce ses activités.

ia.ca