
**Site Web Flex It
Croix Bleue
Medavie –
Guide utilisateur**

Nouveau programme
d'assurances collectives

**Employés non-syndiqués
Février 2017**

Table des matières

Information générale.....	3
Accéder au site web Flex It – Croix Bleue Medavie	3
Mot de passe oublié?	4
Changer la langue pour la session	5
Navigation sur les différentes pages du site Web:	5
Adhésion sauvegardée si vous fermez votre session avant d’avoir terminé	5
Problèmes techniques:	5
Questions sur les couvertures d’assurance	5
Nouvelle adhésion ou ré-adhésion sur le site Web.....	6
1. Étape1: Page Bienvenue au régime de Keurig Canada – Je veux m’inscrire	6
2. Étape 2: Page Vérification des renseignements personnels et statut fumeur	7
3. Étape 3: Page Vérifiez les renseignements sur les personnes à charge et statut fumeur conjoint	7
4. Étape 4 : Page Soins médicaux et dentaires – choix des options	9
5. Étape 5: Page Assurance vie de base, facultative, DMA – Employé/Conjoint/Enfants et désignation des bénéficiaires.....	10
6. Étape 6 : Page Invalidité de courte durée et de longue durée – Choix des options.....	13
7. Étape 7: Page Allocation de la contribution Employeur (dollars Flex) restante parmi trois options .	14
8. Étape 8: Confirmer l’adhésion.....	15
9. Étape 9: Impression des formulaires/relevé - Désignation des bénéficiaires et autres	15
Annexe A : Compte Mieux-être - Liste des cours ou types d’abonnement éligibles.....	17

Information générale

Accéder au site web Flex It – Croix Bleue Medavie

Gardez enfoncée la touche **CTRL** et cliquez sur le lien suivant ou copier le lien et coller celui-ci dans votre navigateur Internet Explorer (version 8 et plus), Safari, Chrome ou Firefox:

<https://connect.medavie.bluecross.ca/Keurig>

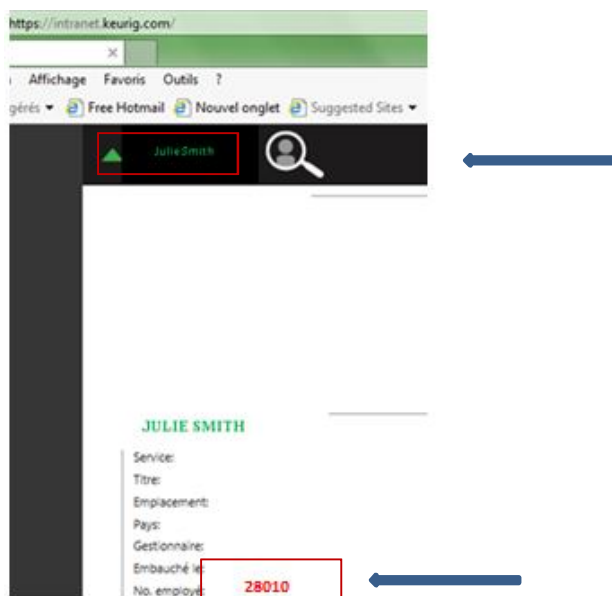
Veillez choisir la langue préférée en cliquant sur **Français** ou **English**



Si c'est la première fois que vous accédez au site, cliquez sur le lien **Mot de passe oublié** au bas de l'écran suivant (voir la suite des instructions plus-bas sous **Mot de passe oublié?**). Sinon, entrez votre **Numéro d'employé**, exemple : 000028010 et votre


Mot de passe et cliquez sur **Ouverture de session**

- Note : Le **Numéro d'employé** consiste à votre numéro d'employé sur la paie précédé de 4 chiffres zéro (ex. : 000028010). Pour connaître votre numéro d'employé, il apparaît sur votre relevé de paie (ex. : 28010) ou veuillez accéder à l'Intranet (<https://intranet.keurig.com>) et cliquez sur votre **Nom** dans le coin supérieur gauche afin de visualiser votre profil utilisateur et localiser votre No d'employé comme démontré ici.



Mot de passe oublié?

Si vous avez oublié votre mot de passe et que vous avez cliqué sur le lien **Mot de passe oublié** sur la page d'ouverture de session, suivez les instructions suivantes:

- b. Dans la fenêtre **Mot de passe oublié**, veuillez entrer votre **Numéro d'employé** qui consiste à votre numéro d'employé précédé de 4 chiffres zéro (ex. : 00002810) et cliquez sur 

Mot de passe oublié

Si vous avez oublié votre mot de passe ou s'il vous en faut un, saisissez votre identifiant puis cliquez « Envoyer ».

Numéro d'employé (000099999):

Si vous cliquez Envoyer, le système vous transmettra un mot de passe temporaire. Vous devez ouvrir une session avec ce mot de passe temporaire dans l'heure qui suit sa réception puis changer le mot de passe temporaire par un autre de votre choix.

- i. Note : Le **Numéro d'employé** consiste à votre numéro d'employé sur la paie précédé de 4 chiffres zéro (ex. : 000028010). Pour connaître votre numéro d'employé, il apparaît sur votre relevé de paie (ex. : 28010) ou veuillez accéder à l'Intranet (<https://intranet.keurig.com>) et cliquez sur votre nom dans le coin supérieur gauche afin de visualiser votre profil utilisateur et localiser votre No d'employé comme démontré ici.



- c. Vous recevrez un mot de passe temporaire à l'adresse courriel qui figure à votre dossier et vous pourrez, dans l'heure qui suit, vous connecter au système d'adhésion en ligne avec votre numéro d'employé et votre mot de passe temporaire.
- i. Vous serez ensuite invité à modifier le mot de passe et à en choisir un nouveau de votre choix (doit avoir au minimum 6 caractères). Si vous ne vous connectez pas dans l'heure après avoir reçu votre mot de passe temporaire, vous devrez demander un autre mot de passe temporaire à travers la fonction **Mot de passe oublié**.
- d. Voici un exemple du courriel que vous recevrez avec votre mot de passe temporaire.

CE MESSAGE EST AUTOMATISÉ - SVP NE PAS RÉPONDRE

À votre demande, un mot de passe temporaire vous a été assigné. Si vous n'avez pas demandé cette information, veuillez contacter l'équipe Flex de Croix Bleue Medavie au <mailto:CBMFlex@medavie.croixbleue.ca> ou au 1-844-787-3539. Merci.

Mot de passe temporaire: 341803



Important : Le mot de passe temporaire qui vous a été fourni ci-dessus est valide pour une heure. Vous devez vous connecter au système d'adhésion en ligne avec votre mot de passe temporaire dans l'heure qui suit. Quand vous inscrivez votre mot de passe temporaire, le système vous invitera à le modifier et à inscrire un mot de passe de votre choix. Si vous vous connectez après que le mot de passe temporaire soit expiré, vous devrez demander un mot de passe temporaire à nouveau. Cette mesure de sécurité est en place pour protéger vos informations personnelles.

Changer la langue pour la session


Une fois que vous êtes connecté, pour changer la langue à l'anglais, cliquez sur 'English' situé dans la section grise au bas de l'écran

The screenshot shows a user profile page with a dark blue header containing two radio buttons: 'Je suis fumeur' (selected) and 'Je suis non fumeur'. Below the header are four white boxes with blue borders containing personal information: 'RENSEIGNEMENTS PERSONNELS' (Date de naissance: 1965-01-15, Sexe: Féminin, Langue: Français), 'NUMÉRO DE TÉLÉPHONE' (Domicile, Travail), 'ADRESSE' (12 rue Villeray, Repentigny, Québec, Canada H2L4J8), and 'ADRESSE ÉLECTRONIQUE' (Travail: julia.smith@gmcr.com, Pers.). At the bottom of the profile section, there is a note: 'Si d'autres changements sont requis, communiquez avec votre Partenaire d'affaires ressources humaines au numéro de téléphone ou courriel correspondant.' and a 'Changer' button. Below the profile section are 'Annuler' and 'Suivant' buttons. At the very bottom, a grey footer bar contains the text '© 2016 Croix Bleue Medavie.', a red-bordered 'English' button, and links for 'Protection des renseignements personnel' and 'Mentions légales'.

Navigation sur les différentes pages du site Web:

Pour naviguer entre les différentes pages du site web, veuillez cliquer sur  ou sur  situés au haut ou au bas de la page.

Adhésion sauvegardée si vous fermez votre session avant d'avoir terminé

Durant le processus d'adhésion, si vous n'avez pas le temps de compléter votre adhésion, en cliquant sur , l'information que vous aurez déjà entrée sera conservée. À votre prochaine connexion au site web, sur la page d'accueil,

veuillez cliquer sur 

Problèmes techniques:

Pour de l'aide concernant des problèmes techniques sur le site web FlexIt, communiquez avec le service technique de Croix Bleue Medavie au 1 (844) 787-3539 ou faites parvenir un courriel à CBMFlex@medavie.croixbleue.ca.

Questions sur les couvertures d'assurance

Si vous avez des questions concernant les nouvelles couvertures d'assurance, veuillez d'abord consulter votre brochure disponible sur le site Flex It, sous Information en haut à droite de la page Web.

Il y a également des documents et outils disponibles sur l'Intranet (<https://intranet.keurig.com>) sous [Avantages et carrière/Assurances collectives](#). Veuillez contacter votre partenaire RH ou envoyer votre question à l'adresse courriel : ca.rh@gmcr.com, si vous n'avez pas trouvé la réponse à votre question après avoir consulté les documents disponibles.

Nouvelle adhésion ou ré-adhésion sur le site Web

Voici les étapes d'une nouvelle adhésion ou d'une ré-adhésion annuelle pour la couverture d'assurance du 1er avril jusqu'au 31 mars de chaque année sur le site Web de Croix Bleue Medavie. Voir le détail des étapes suivantes plus-bas :

1. Étape 1 : Page Bienvenue au régime de Keurig Canada – Je veux m'inscrire
2. Étape 2 : Page Vérification des renseignements personnels et statut fumeur
3. Étape 3 : Page Vérifier les renseignements sur les personnes à charge et statut fumeur conjoint
4. Étape 4 : Page Soins médicaux et dentaires – choix des options
5. Étape 5 : Page Assurance vie de base, facultative, DMA – Employé/Conjoint/Enfants et désignation de bénéficiaire(s)
6. Étape 6 : Page Invalidité de courte durée et de longue durée – choix des options
7. Étape 7 : Page Allocation de la contribution employeur (dollars Flex) restante parmi trois options
8. Étape 8 : Confirmer l'adhésion
9. Étape 9 : Impression des formulaires/relevé - Désignation des bénéficiaires et autres

1. Étape 1: Page Bienvenue au régime de Keurig Canada – Je veux m'inscrire

- a. À la page de [Bienvenue au régime de Keurig Canada](#), des instructions générales sont affichées



- b. Documents d'aide :

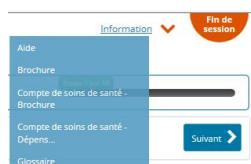
1. Sur la page d'accueil, à gauche de la page, les choix suivants sont offerts :

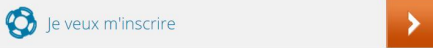

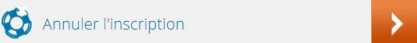
1. [Votre dossier personnel](#) : Renseignements de votre dossier
2. [Détails sur le régime](#) : Liste des différents documents disponibles comme la brochure, guide utilisateur, etc.



3. [Autres formulaires](#) : En cliquant sur ce lien, une liste de formulaires disponibles que vous pourrez remplir et imprimer s'affiche, ex. : Désignation des bénéficiaires, formulaire de preuve d'assurabilité(PA)/ Déclaration de santé

2. En cliquant sur le lien [Information](#), une liste de documents de référence est également offerte



- c. Pour débuter l'adhésion, cliquez sur  qui se trouve au bas de l'écran
1. Si vous aviez déjà sauvegardé votre adhésion et que vous désirez continuer celle-ci, cliquez sur  qui se trouve au bas de l'écran
 2. Si vous aviez déjà sauvegardé votre adhésion et que vous désirez annuler celle-ci et recommencer le tout, cliquez sur  qui se trouve au bas de l'écran


2. Étape 2: Page Vérification des renseignements personnels et statut fumeur

- a. Dans la section en bleue: **STATUT FUMEUR**, vous devez absolument déclarer soit *Je suis fumeur* ou *Je suis non-fumeur* en cochant une des deux cases

Vérification des renseignements personnels

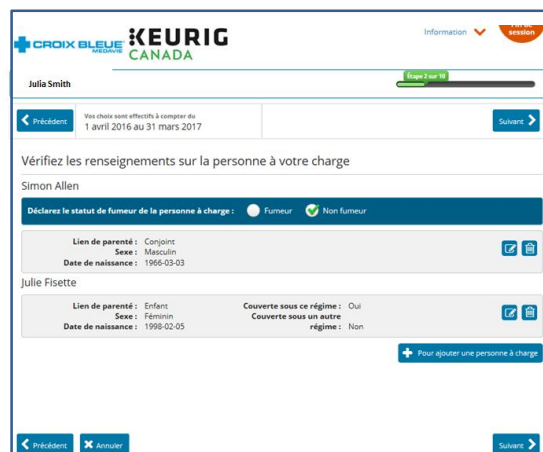
Smith, Julie



- Note : Si vous déclarez le statut non-fumeur, vous déclarez qu'il/elle s'est abstenu de faire usage de tabac sous toutes ses formes dans les douze(12) derniers mois, quelle que soit la fréquence de cet usage
- b. Veuillez vérifier si vos renseignements personnels sont exacts dans les sections :
- NOTE IMPORTANTE** : Veuillez vérifier que votre adresse est exacte car votre carte vous sera envoyée par la poste à la maison
 - Si les renseignements sont incorrects, veuillez contacter immédiatement, les Ressources Humaines à ca.rh@gmcr.com et ces données seront corrigées dans notre système PeopleSoft
- c. Pour passer à la page suivante, cliquez sur 

3. Étape 3: Page Vérifiez les renseignements sur les personnes à charge et statut fumeur conjoint

- a. Sur cette page, la liste des personnes à charge sera affichée. Vérifiez si les renseignements de chaque personne à charge sont exacts



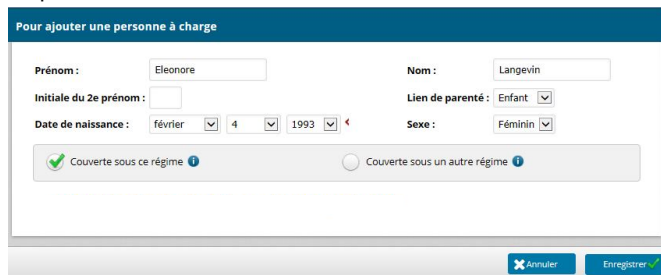
- b. Pour le conjoint, assurez-vous que dans la section Déclarez le statut fumeur de la personne à charge, l'une des deux cases suivantes soit cochée : *Fumeur* ou *Non fumeur*.



- i. Note : Si vous déclarez votre conjoint comme étant non-fumeur, vous déclarez qu'il/elle s'est abstenu de faire usage de tabac sous toutes ses formes dans les douze(12) derniers mois, quelle que soit la fréquence de cet usage

c. Pour ajouter une personne à charge :

1. Cliquez sur 



Prénom : Eleonore Nom : Langevin
Initiale du 2e prénom : Lien de parenté : Enfant
Date de naissance : février 4 1993 Sexe : Féminin
 Couverte sous ce régime Couverte sous un autre régime
Annuler Enregistrer

2. Dans la fenêtre, entrez le **Prénom**, **Nom** (Nom de famille), **Lien de parenté** (avec vous), **Date de naissance** en sélectionnant le mois, la date et l'année, le **Sexe** et cliquez sur **Enregistrer**

- i. Les valeurs pour le champ **Lien de parenté** comprennent *Conjoint*, *Conjoint de fait*, *Enfant*, *Étudiant*

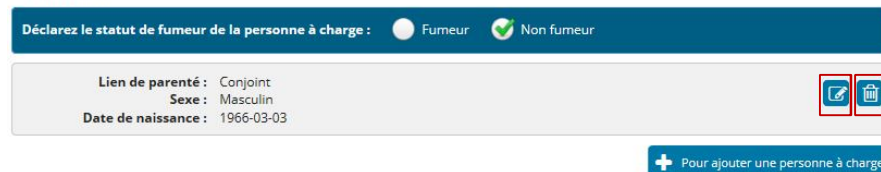
1. Note1 : Si un enfant a entre 21 et 26 ans en date d'aujourd'hui et qu'il est inscrit à une école comme étudiant à temps plein, veuillez sélectionner **Étudiant** pour le lien de parenté (vous devez fournir la preuve que votre enfant est inscrit dans une école à temps plein et l'envoyer à cbmflex@medavie.croixbleue.ca)

2. Note2 : Si vous avez un enfant avec une déficience fonctionnelle, veuillez envoyer un courriel à ca.rh@gmcr.com car votre enfant doit être ajouté par un administrateur

- ii. La case **Couverte sous ce régime** est cochée par défaut, par contre, si la personne à charge est couverte sous un autre régime d'assurance à l'extérieur du plan de Keurig, veuillez cocher la case **Couverte sous un autre régime**.



d. Pour modifier une personne à charge ou inactiver une personne à charge:

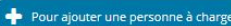
Simon Allen






Déclarez le statut de fumeur de la personne à charge : Fumeur Non fumeur

Lien de parenté : Conjoint
Sexe : Masculin
Date de naissance : 1966-03-03

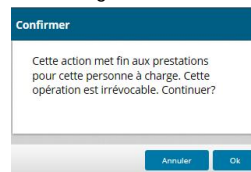


1. Veuillez cliquer sur  pour modifier les renseignements de la personne à charge

 - i. Une fois que vous avez modifié les renseignements, cliquez sur  sinon cliquez sur 

2. Veuillez cliquer sur  pour inactiver une personne à charge


- i. Le message suivant s'affichera pour confirmer l'inactivation :




Confirmer

Cette action met fin aux prestations pour cette personne à charge. Cette opération est irrévocable. Continuer?

Annuler Ok

- ii. Si vous êtes vraiment certain de vouloir inactiver cette personne à charge, cliquez sur 

- iii. Sinon, si vous ne désirez pas inactiver cette personne à charge, cliquez sur 

e. Pour passer à la page suivante, cliquez sur 

4. Étape 4 : Page Soins médicaux et dentaires – choix des options

Veillez-vous référer à la brochure (en cliquant sur **Information** en haut de l'écran du site Flex it ou sur l'Intranet sous *Avantages et carrière/Assurances collectives*)

Option	Protection	Catégorie	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenue par paie	Choisir
1	Renonciation	-	0,00 \$			<input type="radio"/>
2	Torrèfaction légère	Familial	1 695,96 \$	1 695,96 \$	0,00 \$	<input checked="" type="radio"/>
3	Torrèfaction moyenne	Familial	2 299,68 \$			<input type="radio"/>
4	Torrèfaction foncée	Familial	3 111,72 \$			<input type="radio"/>

Option	Protection	Catégorie	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenue par paie	Choisir
1	Renonciation	-	0,00 \$			<input type="radio"/>
2	Torrèfaction légère	Familial	775,32 \$	775,32 \$	0,00 \$	<input checked="" type="radio"/>
3	Torrèfaction moyenne	Familial	1 222,68 \$			<input type="radio"/>
4	Torrèfaction foncée	Familial	2 014,56 \$			<input type="radio"/>

a. La section **Soins médicaux**

1. Colonne **Choisir** : vous pouvez sélectionner parmi les options suivantes (vous pouvez consulter le détail en vous positionnant sur le symbole **i** vis-à-vis l'option ou consultez votre brochure).
Veillez cocher la case **Choisir** pour l'une des options suivantes :

i. Option 1 : Renonciation

a. En choisissant cette option, cela signifie que vous êtes couvert sous le régime de votre conjoint(e), une fenêtre s'ouvrira afin d'entrer l'information sur l'autre régime comme :

i. Raison, nom de la Cie de l'autre régime, le nom de l'assureur et le no de contrat de l'autre régime

Renonciation à la garantie Soins médicaux

La garantie Soins médicaux ne peut être refusée que si vous et/ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime que celui de votre employeur. Une fois l'information complétée, cliquez sur Enregistrer.

Raison de la renonciation :

Preuve de protection

Nom de la compagnie de l'autre régime d'assurance :

Nom de l'assureur et du numéro de contrat de l'autre régime :

Si vous perdez votre protection sous cet autre régime, vous devez modifier votre option sous ce régime-ci dans les 31 jours suivant la perte de protection. À défaut de respecter ce délai, vous et vos personnes à charge aurez peut-être à fournir une preuve d'assurabilité à la Croix Bleue Médavie pour être couverts pour cette garantie sous ce régime.

- ii. Option 2 : Torrèfaction légère
- iii. Option 3 : Torrèfaction moyenne
- iv. Option 4 : Torrèfaction foncée


2. Pour modifier la protection des personnes à charge, veuillez cliquer sur **Modifier la protection des personnes à charge** dans la section Soins médicaux. Une fenêtre s'ouvrira afin de faire les modifications nécessaires.

b. La section **Soins dentaires**

1. Colonne **Choisir** : vous pouvez sélectionner parmi les options suivantes (vous pouvez consulter le détail en vous positionnant sur le symbole **i** vis-à-vis l'option ou consultez votre brochure).
Veillez cocher la case **Choisir** pour l'une des options suivantes :

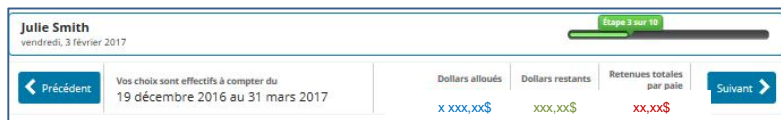
i. Option 1 : Renonciation

- a. En choisissant cette option, cela signifie que vous êtes couvert sous le régime de votre conjoint(e), une fenêtre s'ouvrira afin d'entrer l'information sur l'autre régime comme :
 - i. La raison, le nom de l'autre assureur ainsi que le no. de la police
 - ii. Option 2 : Torrification légère
 - iii. Option 3 : Torrification moyenne
 - iv. Option 4 : Torrification foncée

2. Pour modifier la protection des personnes à charge, veuillez cliquer sur  dans la section Soins dentaires. Une fenêtre s'ouvrira afin de faire les modifications nécessaires.

5. Étape 5: Page Assurance vie de base, facultative, DMA – Employé/Conjoint/Enfants et désignation des bénéficiaires


a. Section au haut de l'écran sur les dollars



1. **Dollars alloués** : Représente le montant total annuel octroyé à l'employé par l'employeur
2. **Dollars restants** : Représente le montant total annuel octroyé par l'employeur, restant après l'assignation des crédits sur les différentes garanties
3. **Retenues totales par paie** : Représente le montant qui sera prélevé sur la paie de l'employé




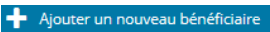
b. La section **Assurance vie de base – Employé** est affichée avec 1 fois votre salaire annuel et est obligatoire pour tous les employés donc cette garantie est sélectionnée par défaut

Option	Description	Protection	Preuve d'assurabilité requise	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenue par paie	Choisir
1	1 x le salaire annuel	57 000,00 \$	Non	88,92 \$	0,00 \$	3,42 \$	<input checked="" type="checkbox"/>

1. Colonne **Dollars appliqués** : Représente le montant octroyé par l'employeur pour cette garantie spécifiquement si vous avez sélectionné cette couverture
2. Colonne **Retenue par paie** : Représente le montant qui sera prélevé sur la paie de l'employé spécifiquement pour cette garantie, si vous avez sélectionné cette couverture
3. Désigner un bénéficiaire : Vous devez désigner un (des) bénéficiaire(s) pour l'assurance vie de base en cliquant sur 

i. Dans la fenêtre *Pour désigner vos bénéficiaires*, la liste des personnes à charge est affichée



- ii. Veuillez entrer le pourcentage que vous désirez octroyer à ce bénéficiaire dans le champ %. Si vous avez plusieurs bénéficiaires, le total des % doit égalé 100% et cliquez sur  sinon cliquez sur 
- iii. Pour inactiver un bénéficiaire (révocable seulement), veuillez cliquer sur 
- iv. Si le bénéficiaire que vous désirez désigner ne fait pas partie de la liste courante, veuillez cliquer sur 

Ajouter un nouveau bénéficiaire

Veillez remplir les champs ci-dessous relativement à votre nouveau bénéficiaire. S'il s'agit d'une personne mineure ou d'une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, vous pouvez nommer un fiduciaire. Cette nomination pourrait ne pas convenir à toutes fins. Si vous résidez au Québec, ne nommez pas de fiduciaire car cette nomination ne s'applique pas dans cette province. De même, ne nommez pas de fiduciaire si vous avez déjà fait dans un autre document ou la nomination pourrait s'appliquer. Si vous nommez un fiduciaire, nous vous recommandons d'obtenir conseil juridique et de consulter l'aveu du fiduciaire. Appuyez sur «Ajouter» quand vous avez terminé.

Le bénéficiaire est : Personne Succession Organisme de charité

Prénom :

Initiale du 2e prénom :

Nom de famille :

Lien de parenté : Choisir

Date de naissance : Choisir Choisir Choisir

Fiduciaire :

Désignation : Révocable Irrévocable

1. Veuillez bien lire le texte explicatif avant d'entrer les renseignements du bénéficiaire
2. Veuillez cocher **si le bénéficiaire est** une *Personne*, *Succession* ou un *Organisme de charité*
3. Veuillez entrer le **Prénom** et le **Nom** du bénéficiaire, choisir le **Lien de parenté**, sa **Date de naissance**, ou le nom du **Fiduciaire** (si approprié)
4. Veuillez cocher si la désignation de cette personne est **Révocable** ou **Irrévocable**
 - a. Note : Si vous sélectionner l'option **irrévocable**, vous ne pourrez retirer cette personne comme bénéficiaire dans le futur à moins que vous ayez l'accord signé de ce bénéficiaire qui accepte de ne plus être un bénéficiaire. Cette demande spéciale de changement devra être traité par Croix Bleue Medavie

c. La section **Assurance vie facultative – Employé**

1. Dans la section *Assurance vie facultative – Employé* :

Assurance vie facultative - Employé

Option	Description	Protection	Preuve d'assurabilité requise	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenue par paie	Choisir
1	Aucune protection	0,00 \$	Non	0,00 \$			<input type="radio"/>
2	1x le salaire annuel	0,00 \$	Oui	0,00 \$	57,00 \$	0,00 \$	<input checked="" type="radio"/>
3	2 x le salaire annuel	113 000,00 \$	Oui	128,82 \$			<input type="radio"/>
4	3 x le salaire annuel	169 000,00 \$	Oui	192,66 \$			<input type="radio"/>
5	4 x le salaire annuel	226 000,00 \$	Oui	257,64 \$			<input type="radio"/>
6	5 x le salaire annuel	282 000,00 \$	Oui	321,48 \$			<input type="radio"/>

- i. Colonne **Choisir** : vous pouvez sélectionner de l'assurance vie facultative jusqu'à 5 x votre salaire en cochant la case **Choisir** correspondant à la garantie désirée
 1. Lorsque qu'un * est affiché dans la case **Choisir** :
 - a. Si vous avez sélectionné par exemple, une assurance vie facultative et que le montant représente plus que 50 000 \$, l'excédant entre 50,000\$ et la couverture demandée doit être approuvé par l'assureur. Vous devrez remplir le formulaire de déclaration de santé et l'envoyer à l'assureur (voir point 9.b.3)
- ii. Si vous avez sélectionné de l'assurance vie facultative, vous devez désigner également un (des) bénéficiaire(s) pour cette garantie en cliquant sur (voir instructions au point 5.b.3)

d. La section **Assurance vie facultative – Conjoint**

1. Dans la section *Assurance vie facultative – Conjoint* :

Assurance vie facultative - Conjoint

Option	Description	Protection	Preuve d'assurabilité requise	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenue par paie	Choisir
1	Aucune protection	0,00 \$	Non	0,00 \$			<input type="radio"/>
2	10 000 \$	10 000,00 \$	Non	29,04 \$	29,04 \$	0,00 \$	<input checked="" type="radio"/>
3	20 000 \$	20 000,00 \$	Non	58,08 \$			<input type="radio"/>

- i. Cliquez sur [Montrer/Cacher la liste complète des options](#) afin d'afficher toute la liste des couvertures de garanties disponibles par tranche de 10 000\$
- ii. Colonne **Choisir** : vous pouvez sélectionner de l'assurance vie facultative pour le conjoint jusqu'à 300 000 \$ en cochant la case **Choisir** correspondant à la couverture de la garantie désirée
 1. Lorsque qu'un * est affiché dans la case **Choisir** :
 - a. Si vous avez sélectionné par exemple, une assurance vie facultative et que le montant représente plus que 50 000 \$, l'excédant entre 50 000\$ et la couverture demandée doit être approuvé par l'assureur. Vous devrez remplir le formulaire de demande d'assurabilité et l'envoyer à l'assureur par la poste (voir point 9.b.3)

e. La section **Assurance vie facultative – Enfants**

1. Dans la section *Assurance vie facultative – Enfant*

Assurance vie facultative - Enfants

Option	Description	Protection	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenue par paie	Choisir
1	Aucune protection	0,00 \$	0,00 \$			<input type="radio"/>
2	5 000 \$	5 000,00 \$	4,50 \$	4,50 \$	0,00 \$	<input checked="" type="radio"/>
3	10 000 \$	10 000,00 \$	9,00 \$			<input type="radio"/>
4	15 000 \$	15 000,00 \$	13,50 \$			<input type="radio"/>
5	20 000 \$	20 000,00 \$	18,00 \$			<input type="radio"/>
6	25 000 \$	25 000,00 \$	22,50 \$			<input type="radio"/>

- i. Colonne **Choisir** : vous pouvez sélectionner de l'assurance vie facultative pour les enfants jusqu'à 25 000 \$ en cochant la case **Choisir** correspondant à la couverture de la garantie désirée

f. La section Assurance décès et mutilation accidentels (DMA) base et facultative – Employé et conjoint

Assurance décès et mutilation accidentels de base (DMA) – Employé

Option	Description	Protection	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenue par paie	Choisir
1	1 x le salaire annuel	57 000,00 \$	20,32 \$	0,00 \$	0,79 \$	<input checked="" type="radio"/>

Bénéficiaires

Assurance décès et mutilation accidentels facultative (DMA) – Employé

Option	Description	Protection	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenue par paie	Choisir
1	Aucune protection	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	<input checked="" type="radio"/>
2	1 x le salaire annuel	57 000,00 \$	23,94 \$			<input type="radio"/>
3	2 x salaire annuel	113 000,00 \$	47,46 \$			<input type="radio"/>
4	3 x le salaire annuel	169 000,00 \$	70,98 \$			<input type="radio"/>
5	4 x le salaire annuel	226 000,00 \$	94,52 \$			<input type="radio"/>
6	5 x le salaire annuel	282 000,00 \$	118,44 \$			<input type="radio"/>

Assurance décès et mutilation accidentels facultative (DMA) – Conjoint

Option	Description	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenue par paie	Choisir
1	Aucune protection	0,00 \$			<input type="radio"/>
2	10 000 \$	5,40 \$	5,40 \$	0,00 \$	<input checked="" type="radio"/>
3	20 000 \$	10,80 \$			<input type="radio"/>

[Montrer/Cacher la liste complète des options](#)

1. Dans la section *Assurance décès et mutilation accidentels de base (DMA) – Employé*
 - i. La garantie 1 x le salaire annuel est automatiquement sélectionné
 - ii. Pour l'assurance décès et mutilation accidentels, vous devez désigner également un (des) bénéficiaire(s) pour cette garantie en cliquant sur [Désignation de bénéficiaire](#) (voir instructions au point 5.b.3)
2. Dans la section *Assurance décès et mutilation accidentels facultative (DMA) – Employé*
 - i. Colonne **Choisir** : vous pouvez sélectionner de l'assurance vie MMA jusqu'à 5 x votre salaire en cochant la case **Choisir** correspondant à la couverture de la garantie désirée
3. Dans la section *Assurance décès et mutilation accidentels facultative (DMA) – Conjoint*
 - i. Cliquez sur [Montrer/Cacher la liste complète des options](#) afin d'afficher toute la liste des couvertures de garanties disponibles par tranche de 10,000
 - ii. Colonne **Choisir** : vous pouvez sélectionner de l'assurance vie facultative pour le conjoint jusqu'à 300 000 \$ en cochant la case **Choisir** correspondant à la couverture de la garantie désirée

g. La section **Assurance maladies graves – Employé et Conjoint**

Assurance maladies graves facultative - Employé

Option	Description	Protection	Preuve d'assurabilité requise	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenue par paie	Choisir
1	Aucune protection	0,00 \$	Non	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	<input type="radio"/>
2	5 000 \$	5 000,00 \$	Non	26,64 \$	26,64 \$	0,00 \$	<input checked="" type="radio"/>
3	10 000 \$	10 000,00 \$	Non	53,28 \$			<input type="radio"/>

Montrer/Cacher la liste complète des options

Assurance maladies graves facultative - Conjoint

Option	Description	Protection	Preuve d'assurabilité requise	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenue par paie	Choisir
1	Aucune protection	0,00 \$	Non	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	<input type="radio"/>
2	5 000 \$	5 000,00 \$	Non	46,08 \$	46,08 \$	0,00 \$	<input checked="" type="radio"/>
3	10 000 \$	10 000,00 \$	Non	92,16 \$			<input type="radio"/>

Montrer/Cacher la liste complète des options

1. Dans la section *Assurance maladies graves - Employé*:

- i. Cliquez sur **Montrer/Cacher la liste complète des options** afin d'afficher toute la liste des couvertures de garanties par tranche de 5 000
- ii. Colonne **Choisir** : vous pouvez sélectionner de l'assurance Maladies graves jusqu'à 200 000 \$ en cochant la case **Choisir** correspondant à la couverture de la garantie désirée

2. Dans la section *Assurance maladies graves - Conjoint*:

- i. Cliquez sur **Montrer/Cacher la liste complète des options** afin d'afficher toute la liste des couvertures de garanties par tranche de 5 000
- ii. Colonne **Choisir** : vous pouvez sélectionner de l'assurance Maladies graves jusqu'à 200 000 \$ en cochant la case **Choisir** correspondant à la couverture de la garantie désirée

1. Lorsque qu'un * est affiché dans la case **Choisir** :

- a. Si vous avez sélectionné par exemple, une assurance vie facultative et que le montant représente plus que 50 000 \$, l'excédant entre 50,000\$ et la couverture demandée doit être approuvé par l'assureur. Vous devez remplir le formulaire de demande d'assurabilité et l'envoyer à l'assureur (voir point 9.b.3)

6. Étape 6 : Page Invalidité de courte durée et de longue durée – Choix des options

Assurance invalidité

La garantie d'invalidité de courte durée est entièrement payée par votre employeur.

Invalidité de courte durée

Option	Protection	Versement de prestations libre d'impôt	Preuve d'assurabilité requise	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenue par paie	Choisir
1	813,00 \$ par semaine	Non	Non	499,51 \$	499,51 \$	0,00 \$	<input checked="" type="radio"/>

Invalidité de longue durée

Option	Protection	Versement de prestations libre d'impôt	Preuve d'assurabilité requise	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenue par paie	Choisir
1	2 278,00 \$ par mois Option 1	Oui	Non	246,71 \$			<input type="radio"/>
2	2 813,00 \$ par mois Option 2	Oui	Non	288,39 \$	0,00 \$	11,09 \$	<input checked="" type="radio"/>
3	2 813,00 \$ par mois Option 3	Oui	Non	649,44 \$			<input type="radio"/>

a. La section **Assurance invalidité de courte durée**

1. La garantie de courte durée est automatiquement sélectionnée

b. La section **Assurance invalidité de longue durée**

1. Colonne **Choisir** : vous pouvez sélectionner l'une des trois options suivantes en cochant la case **Choisir** correspondant à la couverture de la garantie désirée :

i. Option 1 :

Description :
60 % des premiers 2 000 \$, 40 % de l'excédent

ii. Option 2 :

Description :
70 % des premiers 2 000 \$ + 55 % des prochains 2 000 \$ + 45 % de l'excédent, ajustement au coût de la vie : non

iii. Option 3 :

Description :
70 % des premiers 2 000 \$ + 55 % des prochains 2 000 \$ + 45 % de l'excédent, ajustement au coût de la vie : oui

7. Étape 7: Page Allocation de la contribution Employeur (dollars Flex) restante parmi trois options

- a. Veuillez prendre le temps de bien lire les instructions pour les différents comptes au bas de l'écran

Employeur dollars flex

Vous disposez de 554,90 \$ Employeur dollars flex excédentaires. Vous devez attribuer le montant total avant de poursuivre votre adhésion. Le montant au prorata est de 156,59 \$.

Employeur dollars flex excédentaires restants	xxxx,xx\$
Compte gestion santé	Entrez ici
Compte mieux-être	Entrez ici
Régime enregistré d'épargne retraite (REER) (vous devez obligatoirement participer au REER collectif)	Entrez ici

TOTAL : 0,00 \$

Prendre note que vous devez utiliser la virgule « , » comme séparateur de décimale lorsque vous allouez vos contributions employeur.

Compte gestion santé: L'argent déposé dans ce compte peut être utilisé pour obtenir un remboursement pour les frais médicaux ou dentaires raisonnables qui ne sont pas remboursés par un régime gouvernemental ou privé, pour les dépenses encourues à l'extérieur de votre province de résidence, les franchises, les quotes-parts et les montants qui dépassent les maximums couverts par le régime. Le montant remboursé via ce compte constitue un avantage imposable, au palier provincial, pour les résidents du Québec.

Compte mieux-être: L'argent déposé dans ce compte peut être utilisé pour obtenir un remboursement pour plusieurs types de dépenses. Pour plus de détails concernant les dépenses admissibles au compte mieux-être, veuillez vous référer à votre sommaire du compte mieux-être dans la section détails sur le régime. Le montant remboursé via ce compte constitue un avantage imposable, au palier provincial, pour les résidents du Québec. Si vous allouez un montant à ce compte, veuillez prendre note que vous devrez utiliser un numéro de police différent pour vos réclamations. (Police 91387)

REER: Si vous avez choisi de verser un montant au REER, vous devez obligatoirement participer au REER collectif.


- a. Veuillez visionner le montant dans le champ **Dollars restants** qui représente le montant restant que vous pouvez allouer dans l'un des trois comptes suivants ou plus d'un compte, octroyé par l'employeur :

1. **Compte gestion santé** : vous pouvez allouer un certain montant ou le montant total dans ce compte lorsque vous aurez des factures de réclamation pour des frais médicaux ou dentaires raisonnables qui ne sont pas couverts par votre régime courant. Le montant remboursé est un avantage imposable au palier provincial des résidents du Québec.
2. **Compte mieux-être** : vous pouvez allouer un certain montant ou le montant total dans ce compte lorsque vous aurez une facture pour un abonnement à une gym ou un cours de yoga par exemple, au cours de l'année de la couverture d'assurance. Le montant remboursé est un avantage imposable au palier provincial des résidents du Québec.
 1. Note : Voir la liste des cours ou les types d'abonnement éligibles pour ce compte à l'Annexe A.
3. **Régime enregistré d'épargne retraite (REER)** : vous pouvez allouer un certain montant ou le montant total dans ce compte. Pour ce type de compte, vous devez obligatoirement participer au REER collectif

- b. Selon les explications citées précédemment, veuillez entrer le **montant** ou les montants dans un ou plusieurs champs suivants :

1. **Compte gestion santé, Compte mieux-être** et/ou **REER**
2. Si le montant **contient des décimales, vous devez entrer une ',' (virgule) pour désigner les décimales**, ex. : 236,99
3. Le champ **Total** au bas de l'écran doit évaluer le montant en haut de l'écran : **Dollars restants** car vous devez allouer tous les dollars restants dans un compte ou dans plusieurs comptes

- c. Vous pouvez également visionner une autre fois le montant qui sera prélevé sur votre paie dans le champ **Retenues totales par paie** au haut de l'écran

- d. Une fois que vous avez terminé d'entrer les montants sur cette page, cliquez sur 

8. Étape 8: Confirmer l'adhésion

- a. Sur cette page, un sommaire de vos garanties sera affiché avec les colonnes **Coût annuel**, **Dollars appliqués (annuel)**, **Retenues salariales par paie** et ce, pour chaque garantie que vous avez choisi

Garantie	Option	Description / Protection / Catégorie	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenues salariales par paie	Action
Soins médicaux	2	Familial	1 695,96 \$	1 695,96 \$	0,00 \$	
Soins dentaires	2	Familial	775,32 \$	775,32 \$	0,00 \$	
Assurance vie de base - Employé	1	57 000,00 \$	88,92 \$	0,00 \$	3,42 \$	
Assurance vie facultative - Employé ¹	2	50 000,00 \$	57,00 \$	57,00 \$	0,00 \$	
Assurance vie facultative - Conjoint	2	10 000,00 \$	29,04 \$	29,04 \$	0,00 \$	
Assurance vie facultative - Enfants	2	5 000,00 \$	4,50 \$	4,50 \$	0,00 \$	
Assurance décès et mutilation accidentels de base (DMA) - Employé	1	57 000,00 \$	20,52 \$	0,00 \$	0,79 \$	
Assurance décès et mutilation accidentels facultative (DMA) - Employé	1	Aucune protection	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	
Assurance décès et mutilation accidentels facultative (DMA) - Conjoint	2	10 000 \$	5,40 \$	5,40 \$	0,00 \$	
Assurance décès et mutilation accidentels facultative (DMA) - Enfants	1	Aucune protection	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	
Assurance maladies graves facultative - Employé	2	5 000,00 \$	26,64 \$	26,64 \$	0,00 \$	
Assurance maladies graves facultative - Conjoint	2	5 000,00 \$	46,08 \$	46,08 \$	0,00 \$	
Invalidité de courte durée	1	813,00 \$ par semaine	499,51 \$	499,51 \$	0,00 \$	

- b. Si vous désirez faire des changements sur une de vos garanties, avant de confirmer, cliquez sur (qui se trouve dans la dernière colonne **Action**) pour la garantie que vous désirez changer

- c. **Confirmer l'adhésion** : En visionnant ces garanties, si vous êtes satisfait avec vos choix, veuillez cliquer sur pour compléter votre adhésion. Une fois que vous avez confirmé, pendant la période d'adhésion, vous pourrez modifier votre adhésion et reconfirmer vos choix. Par contre, après la période d'adhésion, vous ne pourrez plus faire de changements.

1. Après avoir confirmé, le message suivant sera affiché, cliquer sur pour accepter sinon cliquez sur

Confirmez votre inscription

ATTENTION : Vous êtes sur le point de confirmer vos choix et ne pourrez plus apporter de changements d'ici la période de réinscription (à moins d'un Changement de statut, comme ajouter une personne à charge, etc.). Si vos choix sont exacts, cliquez « Ok » pour confirmer votre inscription. Si vous voulez apporter d'autres changements avant la fin du créneau, cliquez « Annuler ».

9. Étape 9: Impression des formulaires/relevé - Désignation des bénéficiaires et autres

- a. Après avoir confirmé votre adhésion, la page suivante sera affichée

Le processus de sélection de vos choix est maintenant terminé.

Merci Julie Smith.

Vos nouveaux choix sont confirmés et transmis.

Relevé de confirmation

La désignation de bénéficiaire n'est effective que sur signature, datage et retour du formulaire

Désignation de bénéficiaire


Ces formulaires sont nécessaires pour obtenir la protection demandée

Assurance vie facultative - Employé

Lettre de présentation

Questionnaire

VEUILLEZ IMPRIMER LES DEUX FORMULAIRES. ILS SONT REQUIS POUR LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE.

b. Cliquez sur  pour le formulaire désiré à visualiser/imprimer. Vous pouvez visualiser les formulaires ou relevés suivants :

1. Relevé de confirmation : comprend les garanties choisies lors de votre adhésion

2. Désignation de bénéficiaire:

- i. **Note importante** : Prière d'imprimer le formulaire de désignation de bénéficiaire, de vérifier qu'il est bien exact et de le signer. Veuillez envoyer votre formulaire signé à cbmflex@medavie.croixbleue.ca sinon la désignation sera considérée comme non valide par l'assureur

3. Formulaire d'assurabilité pour la protection demandée : Veuillez imprimer la [Lettre de présentation](#), ainsi que le [Questionnaire](#) (formulaire de Déclaration de santé) :

- i. Complétez le formulaire de Déclaration de santé de Croix Bleue Medavie en fournissant l'information demandée
- ii. Signez et datez le formulaire et conservez une copie pour vos dossiers
- iii. Retournez le formulaire *Déclaration de santé* signé ET le document '*Renseignements personnels*' (Lettre de présentation imprimée) à l'adresse :

Croix Bleue Medavie
L15-550, rue Sherbrooke Ouest
Montréal, QC, H3A 9Z9

Annexe A : Compte Mieux-être - Liste des cours ou types d'abonnement éligibles

Voici la liste des cours ou types d'abonnement éligibles et non éligibles :

Activités abonnement - Centre activités physiques	Abonnement au gym
	Passé de saison: ski, snowboard, randonnée, parcs nationaux
Activités physiques en groupe (excluent les frais d'Équipement et accessoires)	Cours:
	Zumba
	Yoga, tai-chi, méditation, relaxation
	Cours de danse
	Crossfit, entraîneur sportif
	Arts martiaux
	Natation
	Plongée sous-marine
	Liges sportives:
Hockey, baseball, soccer, volleyball, basketball	
<u>Exclusions:</u>	Les loisirs ne font pas partie de cette catégorie (ex.: cours de peinture, cours de photographie, patinage)
	Permis de chasse ou pêche
	Médecine naturelle
	Aucun équipement
	Accessoires (fit bit, tapis de yoga, etc.)