

ASSURANCE COLLECTIVE

LIGNES DIRECTRICES

à l'intention des Employés

(Janvier 2018)



Les services à l'enfance
Grandir ensemble
363, chemin Coventry, bureau 110
Ottawa (Ontario) K1K 2C5
Tél : (613) 789-3020
(800) 981-8383
Télec : (613) 789-3022
www.grandirensemble.ca

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Lexique	3
Admissibilité	4
Formulaire d'adhésion.....	6
Couverture	8
Demandes de règlement.....	8
Coordination des prestations.....	8
Mise à jour et modifications.....	8
Couverture pendant un congé de maternité et congé parental	10
Couverture pendant l'été.....	11
Couverture pendant un congé sans solde	11
Transformation de l'assurance-vie lors d'une cessation d'emploi permanent	12
Congé de maladie / Invalidité de longue durée.....	12
Prolongation de la couverture des soins médicaux supplémentaires et des soins dentaires pendant qu'un employé reçoit des prestations d'invalidité de longue durée ou d'autres sources.....	13
Assurance-vie facultative	14
Coordonnées	15

INTRODUCTION

Ce document fournit les informations relatives au formulaire d'adhésion, aux procédures à suivre si l'employé veut effectuer des changements à sa couverture d'assurance et aux réclamations. Tous les formulaires supplémentaires seront fournis par l'employeur, par exemple, formulaire de modifications, nomination de fiduciaire, etc.

Le livret intitulé « **Régime collectif** » contient des renseignements pour tous les employeurs et les employés. Ce dernier comprend une description de la couverture d'assurance et décrit les garanties prévues par le contrat collectif établi par La Great West. Consultez-le pour obtenir des informations concernant les protections ainsi que les modalités administratives que les participants doivent respecter. Si des précisions s'avèrent nécessaires, veuillez communiquer avec le service à la clientèle de La Great West aux coordonnées figurant à la dernière page de ce document.

Veuillez noter que le terme « *salarié* » est utilisé dans le livret « *Régime collectif* ». Nous utiliserons le terme « *employé* » dans le présent document pour identifier le salarié.

LEXIQUE

Conjoint de fait :	la personne qui habite avec le salarié dans une relation de nature conjugale, dès la première journée de cohabitation
GWL	La Great-West
Le participant :	l'employé / le salarié
Membre participant :	service de garde qui participe au régime d'assurance collective
Personne à charge :	conjoint, conjoint de fait et/ou des enfants célibataires âgés de moins de 22 ans, ou de moins de 26 ans s'ils sont étudiants à temps plein
Salarié :	Les salariés d'un service de garde participant, qui sont assujettis à un contrat d'emploi à durée indéterminée et dont les heures de travail hebdomadaires normales sont de 20 heures ou plus, sont admissibles au régime.

Le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte

ADMISSIBILITÉ

L'employeur demandera à l'employé de remplir un formulaire d'adhésion au programme d'assurance collective. L'employé doit s'assurer de remplir de façon lisible toutes les sections en caractères d'imprimerie.

Admissibilité au régime d'assurance collective

Les salariés d'un service de garde participant, qui sont assujettis à un contrat d'emploi à durée indéterminée et dont les heures de travail hebdomadaires normales sont de 20 heures ou plus, sont admissibles au régime.

Les salariés suivants ne sont pas admissibles au régime :

- Les salariés d'un service de garde participant, qui sont assujettis à un contrat à durée fixe, qu'il soit renouvelable ou non;
 - Les salariés assujettis à un contrat à durée fixe incluent entre autres :
 - les salariés temporaires; et,
 - Les salariés saisonniers.

Tous les employés admissibles **doivent** adhérer au régime d'assurance collective en complétant le « *Formulaire d'adhésion* ». Les garanties obligatoires auxquelles ils doivent adhérer sont :

Garanties obligatoires

- Assurance vie
- Assurance vie des personnes à charge (si applicable)
- Mort ou mutilation accidentelles
- Invalidité de longue durée
- Soins médicaux (couverture célibataire)**
- Soins dentaires (couverture célibataire)**

****L'employé peut refuser aux soins médicaux et aux soins dentaires seulement s'il est couvert sous le régime de son conjoint.**

Employés résidant au Québec : La protection du régime est obligatoire pour les employés et ses personnes à charge si l'employé est résident de la province du Québec, à moins de profiter de cette couverture ailleurs.

Garanties facultatives

- Soins médicaux (couverture familiale)
- Soins dentaires (couverture familiale)

Si l'employé n'ajoute pas ses personnes à charge au moment de l'adhésion initiale et désire le faire à une date ultérieure, l'adhésion sera considérée comme une adhésion retardataire et une preuve d'assurabilité sera exigée par l'assureur et l'employé devra remplir le formulaire « *Preuve d'assurabilité* » à ses frais. Les modalités relatives aux adhésions retardataires s'appliqueront. Voir « *Adhésion retardataire* » ci-dessous.

Adhésion retardataire

Si la demande du changement est faite après **31 jours** suivant la date d'admissibilité ou la date du changement de situation familiale, la demande est considérée comme une adhésion retardataire. L'employé et/ou ses personnes à charge devront présenter, à leurs frais, des preuves d'assurabilité à l'assureur (questionnaire médical) et la couverture pourrait être refusée ou acceptée. La couverture prendra effet dès que Grandir ensemble aura reçu l'approbation écrite de la Great-West. Dans le cas où La Great-West accepte, certaines restrictions seront applicables, par exemple, la couverture pour les soins dentaires est réduite à un maximum de 100 \$ pour la première année de couverture. Consulter le livret – « *Frais non couverts* ».

Date d'admissibilité

La période d'attente prévue par le régime est de 3 mois de service continu pour tout nouvel employé. Donc, l'employé sera inscrit au programme d'assurance collective 3 mois exactement après la date d'embauche, ce qui constitue la date d'admissibilité de la couverture. L'employé doit être activement au travail à la date d'admissibilité.

Étudiant à temps plein – Refus de couverture

Si l'employé rencontre les critères d'admissibilité et celui-ci est aussi un étudiant à temps plein, l'employé peut choisir de refuser la couverture du régime offert par l'employeur et conserver la couverture avec son parent en tant que personne à charge. Si c'est le cas, l'employé doit refuser **TOUTES LES GARANTIES**.

Par contre, si l'employé décide ultérieurement de faire une demande d'adhésion de couverture avec le régime de l'employeur, l'employé doit présenter, à ses frais, une justification d'assurabilité satisfaisante à l'assureur et les modalités relatives aux adhésions retardataires s'appliqueront. L'employé doit compléter le formulaire « *Étudiant - Refus de couverture* » et l'employeur doit envoyer ce formulaire à Grandir ensemble.

Changement d'employeur / Réintégration au régime

Lorsqu'un employé change d'employeur, ou retourne travailler chez le même employeur, et que l'employeur participe au régime d'assurance collective de Grandir ensemble, il est possible de réintégrer l'employé au régime. La réintégration doit se faire dans un délai de 6 mois. Dans ce cas, l'employé n'est pas tenu de satisfaire la période d'attente de 3 mois. La date d'admissibilité sera la date d'embauche du nouvel employeur et l'historique des réclamations sera conservé au dossier de l'employé. L'employeur doit indiquer « *Réintégration* » et le numéro d'identité du participant sur le formulaire d'adhésion. La couverture offerte à l'employé sera celle détenue par l'employeur actuel, soit le plan A ou B.

Par contre, si les politiques internes de l'employeur indiquent que tous les nouveaux employés doivent satisfaire la période d'attente de 3 mois, l'employé sera considéré comme un nouveau participant et recevra un nouveau certificat de l'assureur à la date d'admissibilité (3 mois suivant la date d'embauche).

Entrée en vigueur des couvertures

Pour vous comme employé

L'assurance de l'employé entre en vigueur à la date à laquelle il devient admissible. Dans le cas où l'employeur n'a pas remis le formulaire d'adhésion à Grandir ensemble selon les délais prescrits, une rétroactivité est possible pour un maximum de 12 mois. La prime sera ajustée rétroactivement depuis la date à laquelle l'employé aurait dû être inscrit au régime et l'employeur et l'employé doivent payer ces primes rétroactives. L'employé n'a pas à fournir de preuves d'assurabilité dans le 12 mois suivant la date d'admissibilité. Par contre, si le délai est de 12 mois ou plus après la date d'admissibilité, votre adhésion sera considérée comme retardataire. Les modalités relatives aux adhésions retardataires s'appliqueront. Voir « *Adhésion retardataire* » dans ce document.

Pour votre conjoint et/ou vos enfants à charge

Au plus tard 31 jours suivant la date d'admissibilité, l'employé peut ajouter ses personnes à charge (le conjoint/conjoint de fait et/ou les enfants) à la couverture des soins médicaux et dentaires sans preuve d'assurabilité. Par contre, si la demande est faite après 31 jours, ils seront considérés comme retardataires et les modalités relatives aux adhésions retardataires s'appliqueront. Une preuve d'assurabilité sera exigée par l'assureur et l'employé devra remplir le formulaire « *Preuve d'assurabilité description de la protection* ».

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Le formulaire doit être rempli par l'employé et l'employeur, daté et signé obligatoirement à l'encre car il s'agit d'un document de portée juridique. Aussi, l'utilisation du liquide correcteur n'est pas acceptée. Veuillez hachurer l'information inexacte et mettre vos initiales.

L'employeur est responsable de remettre à l'employé admissible les « *Lignes directrices à l'intention des employés* », le « *Formulaire d'adhésion* », ainsi que le formulaire « *Nomination de fiduciaire* »; et le livret de l'assureur (disponible en format PDF) et ce, dès l'embauche de ses employés admissibles. En signant le formulaire d'adhésion, l'employé atteste qu'il a pris connaissance des lignes directrices à l'intention des employés et qu'il s'engage à les respecter.

L'employé doit s'assurer que toutes les sections du formulaire d'adhésion soient dûment complétées. La désignation de bénéficiaire doit être signée et datée à l'encre car il s'agit d'un document de portée juridique. L'employé doit mettre ses initiales pour toutes modifications apportées sur le formulaire, aussi minimes soient-elles. L'utilisation de liquide correcteur n'est pas acceptée.

Identification de la personne adhérente

L'employé doit s'assurer que les cases sur l'identification de la personne adhérente et les renseignements généraux soient complétées.

Couverture demandée

Assurance-vie, assurance mort et mutilation accidentelles et invalidité de longue durée : Ces garanties sont obligatoires pour l'employé. C'est pour cette raison que ces garanties ne sont pas inscrites sur le formulaire d'adhésion.

Assurance-vie des personnes à charge : Si l'employé a des personnes à charge (conjoint et/ou enfants), il doit cocher la case « *oui* » même si ceux-ci ne seront pas couverts sous la garantie des soins santé et dentaire. Si l'employé n'a pas de personne à charge, il doit cocher la case « *non* ».

Si l'employé a coché « *oui* », il est important de compléter la section « *Renseignements sur le conjoint et les personnes à charge* » pour le dossier d'assurance-vie chez l'assureur.

Soins médicaux et les soins dentaires : La couverture des soins médicaux supplémentaires et dentaires célibataire est obligatoire. L'employé peut renoncer les couvertures seulement dans le cas où une couverture est offerte avec le conjoint, voir « *garanties obligatoires* » dans ce document. L'employé qui renonce les garanties des soins médicaux supplémentaires et dentaires doit fournir les coordonnées de son conjoint ainsi que les informations concernant la couverture chez son employeur. L'employée doit remplir les sections « *Couverture demandée* » et « *Renseignements sur le conjoint et les personnes à charge* ».

Si l'employé cesse d'être couvert par le régime de son conjoint, il peut faire une demande de modification de sa couverture d'assurance dans les **31 jours** suivant la date à laquelle il a cessé d'être couvert par le régime de son conjoint. Si la demande est faite plus de **31 jours** après la cessation de couverture avec le conjoint, elle sera considérée comme une adhésion retardataire et les modalités relatives aux adhésions retardataires s'appliqueront.

Renseignements sur le conjoint et les personnes à charge

L'employé doit compléter cette section s'il a coché « *oui* » pour l'assurance-vie pour des personnes à charge.

Conjoint

L'employé doit indiquer le nom de son conjoint, le sexe et la date de naissance et si son conjoint bénéficie d'une couverture d'assurance des soins médicaux supplémentaires et dentaires au titre du régime de son employeur. Si oui, il doit indiquer le nom de l'assureur et la couverture dont il bénéficie (individuelle ou familiale).

Personnes à charge

L'employé doit remplir le nom, date de naissance et le sexe de ses enfants. La couverture d'un enfant à charge prend fin à l'âge de 22 ans, à moins que l'enfant soit encore aux études à temps plein ou invalide. Si l'enfant est aux études à temps plein, l'employé peut l'inscrire et cochez la case « *oui - étudiant* », voir ci-dessous.

Renseignements sur les enfants aux études à temps plein au niveau post-secondaire

Lorsque la couverture d'un enfant à charge **aux études à temps plein** doit être maintenue au-delà de 22 ans (maximum jusqu'à l'âge de 26 ans), l'employé doit fournir une attestation de l'établissement scolaire et l'employeur doit transmettre une copie de l'attestation à Grandir ensemble afin d'apporter la modification au dossier. Dans le cas contraire, la couverture de l'enfant se terminera automatiquement à son anniversaire de 22 ans.

Désignation du bénéficiaire et signature

L'employé doit compléter cette section, dater et signer le formulaire à l'encre, car il s'agit d'un document de portée juridique.

Pour les **résidents de l'Ontario** : la désignation du bénéficiaire est automatiquement révocable. Si l'employé désire faire une désignation irrévocable, l'employé doit remplir le formulaire « *Désignation de bénéficiaire irrévocable* ». Irrévocable signifie que l'employé ne peut pas modifier la désignation sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable en complétant le formulaire « *Consentement au changement de bénéficiaire irrévocables* ».

Pour les **résidents du Québec** : la désignation du conjoint (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) comme bénéficiaire est irrévocable, sauf si l'employé coche la case à côté du terme « révocable » sur le formulaire d'adhésion.

Nomination de fiduciaire

En Ontario, si la personne désignée comme bénéficiaire est **un mineur** ou n'a pas la capacité juridique voulue, un fiduciaire/administrateur devrait être nommé. Il faudra alors remplir le formulaire « *Nomination de fiduciaire* ». Cette nomination pourrait ne pas convenir à toutes les situations. Si l'employé nomme un fiduciaire/administrateur, l'assureur suggère de se renseigner auprès d'un conseiller juridique et d'en discuter avec le fiduciaire/ administrateur proposé.

Autorisation et déclarations

L'employé doit dater et signer le formulaire à l'encre car il s'agit d'un document de portée juridique.

Envoi du formulaire d'adhésion

L'employé doit remettre le formulaire d'adhésion à son employeur. Celui-ci doit le faire parvenir à Grandir ensemble au plus tard 2 mois après la date d'embauche.

Grandir ensemble fera parvenir une copie du relevé des garanties et la carte médicaments de GWL à l'employeur. L'employeur doit remettre ces documents ainsi que le livret, format PDF, intitulé « *Régime collectif* » à leur employé.

COUVERTURE

L'employé peut communiquer avec le service à la clientèle de La Great-West au 1 800 957-9777 ou consulter le livret « *Régime collectif* » pour obtenir des informations additionnelles concernant la couverture et les réclamations.

L'employé peut également consulter son dossier en s'inscrivant en ligne au www.lagreatwest.com. L'employé peut soumettre des réclamations en ligne, imprimer des formulaires de réclamation et des cartes d'identification sur ce site.

DEMANDE DE RÈGLEMENT

Formulaires

Pour effectuer des demandes de règlement pour des frais de soins de santé et/ou les soins dentaires, les employés peuvent se référer au livret « *Régime collectif* » ou visiter le site internet de la Great-West afin de connaître les procédures.

Plan de traitement

Avant le début de traitement dentaire de plus de 200\$, l'employé devrait obtenir un plan de traitement par leur fournisseur de soins dentaires puis le présenter à La Great-West. Celui-ci calculera les prestations payables pour que l'employé prenne connaissance à l'avance la part des frais qu'ils auront à payer (voir le livret).

Date limite pour soumettre les réclamations

Les demandes de remboursement devraient être présentées à La Great-West au plus tard 15 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés. Toutefois, le délai est de 3 mois si le contrat n'est plus en vigueur.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Pour l'employé et ses personnes à charge admissibles qui sont couverts par la garantie des soins médicaux et/ou dentaires du présent régime et d'un autre régime, l'employé peut se référer à la section « *Coordination des prestations* » décrite dans le livret « *Régime collectif* » afin de respecter l'ordre à suivre pour les demandes de règlement.

MISE À JOUR ET MODIFICATIONS

Pour toute modification à votre dossier de GWL, l'employé doit compléter le « *Formulaire de modification* ».

Une fois le formulaire complété et signé par l'employeur et l'employé, l'employeur doit le faire parvenir à Grandir ensemble. L'employé peut en garder une copie pour son dossier.

Si la modification requiert l'impression d'un nouveau certificat, celui-ci sera acheminé à l'employeur dès la réception à Grandir ensemble.

Formulaire de modifications

Exemple de modifications :

- Réintégration
- Renonciation aux garanties
- Ajout de garanties collectives, de célibataire à familiale (l'employé peut uniquement changer de type de couverture, sans preuve d'assurabilité, s'il y a un changement à sa situation familiale, tel que : nouveau conjoint, enfant ou si des modifications surviennent à la couverture de son conjoint)
- Changement de nom
- Modification des renseignements relatifs aux personnes à charge

Section 1 : Renseignement sur le participant

L'employé doit compléter le nom du participant, son numéro d'identité et indiquer la date d'effet de la modification.

Section 2 : Réintégration

La couverture d'assurance collective de l'employé peut être réintégrée suite au retour au travail d'un congé autorisé de **moins de 6 mois** ou d'un congé d'été (maximum 2,5 mois).

À NOTER : Si l'employé retourne au travail à la suite d'un congé autorisé **au-delà de 6 mois**, il sera considéré comme un nouvel adhérent et devra compléter un formulaire d'adhésion.

Section 3 : Changement de nom du participant

Si l'employé veut changer son nom, il doit compléter la section 3, indiquer la date d'effet de la modification et signer le formulaire.

Section 4 : Renonciation aux garanties

Si l'employé bénéficie d'une couverture avec son conjoint, il peut refuser la couverture pour lui-même et/ou ses personnes à charge. Si l'employé perd la couverture avec son conjoint, il dispose d'un délai de **31 jours** pour présenter une demande de protection sans preuve d'assurabilité.

Section 5 : Renonciation aux garanties – pour les personnes à charge même si celle-ci ne sont pas couvertes avec le conjoint

L'employé peut renoncer aux garanties des soins médicaux et dentaires pour ses personnes à charge même si celles-ci ne sont pas couvertes ailleurs. Par contre, s'il désire les ajouter à une date ultérieure, il devra fournir une preuve d'assurabilité à l'assureur, à ses frais, et la couverture peut être refusée ou acceptée. Les modalités relatives aux adhésions retardataires s'appliqueront. Voir section « *Adhésion retardataire* » dans ce document.

Section 6 : Ajout des garanties collectives des soins médicaux et dentaires

L'employé peut faire une demande de changement à sa couverture d'assurance des soins médicaux et dentaires afin d'avoir une couverture célibataire ou familiale lorsque celui-ci cesse d'être couvert sous le régime de son conjoint.

Cette modification de couverture doit être effectuée dans les **31 jours** suivant la date à laquelle la situation familiale a changé, sinon, les demandes seront considérées comme des adhésions retardataires et les modalités relatives aux adhésions retardataires s'appliqueront. Voir section « *Adhésion retardataire* » dans ce document.

Section 7 : **Modification des renseignements relatifs aux personnes à charge**

L'employé doit compléter cette section s'il désire ajouter, supprimer ou mettre à jour les renseignements relatifs à ses personnes à charge. Il doit indiquer la date d'effet de la modification et la raison du changement (naissance ou adoption, mariage, divorce, cohabitation).

Lorsque l'employé demande que sa couverture devienne familiale, il doit fournir le nom de ses personnes à charge avec leur date de naissance, leur sexe, et indiquer si la personne à charge est étudiant à temps plein ou invalide. Si les personnes à charge sont étudiantes à temps plein, entre 22 et 26 ans, l'employé doit fournir une attestation de l'établissement scolaire avec la demande de modification.

Cette modification de couverture doit être effectuée dans les **31 jours** suivant la date à laquelle la situation familiale a changé. Après ce délai, les demandes seront considérées comme des adhésions retardataires et les modalités relatives aux adhésions retardataires s'appliqueront. Voir section « *Adhésion retardataire* » dans ce document.

Autorisation et déclaration

L'employé doit compléter la demande de modification, signer et dater le formulaire. L'employeur doit compléter l'information sur le service de garde, signer la demande et l'envoyer à Grandir ensemble.

Modification de la désignation de bénéficiaire révocable

Pour modifier la désignation de bénéficiaire révocable, l'employé doit compléter le formulaire intitulé « *Désignation de bénéficiaire* ». L'employeur postera **l'original** à Grandir ensemble.

COUVERTURE PENDANT UN CONGÉ DE MATERNITÉ OU CONGÉ PARENTAL

Congé de maternité/congé parental

Toutes les couvertures devraient être maintenues durant votre congé de maternité ou parental. L'employé peut choisir de maintenir ou non la couverture pendant le congé. Il est fortement recommandé de les conserver. L'employé doit prendre les dispositions nécessaires pour payer les primes payables à son employeur selon les politiques internes de l'employeur.

La couverture d'assurance collective peut être maintenue avec l'assureur durant un congé de maternité pour une **période maximale de 12 mois** suite à la date de naissance du bébé.

Si l'employé choisit de ne **pas** prolonger sa couverture ou s'il **refuse** de payer sa partie de la prime durant son congé, l'employeur doit mettre fin à toutes ses couvertures. Il est important de noter que si l'employé choisit cette option et il devient invalide pendant cette période, il ne sera pas admissible de recevoir des prestations d'invalidité de longue durée car il n'était pas couvert à la date d'invalidité. Étant donné que la couverture est terminée, l'employeur est responsable d'informer l'employé de ses droits de transformation et de faire signer le formulaire de « *Transformation d'assurance-vie lors d'une cessation d'emploi permanent* » (voir page 11).

Lorsqu'un employé a mis fin à toutes ses couvertures durant son congé de maternité ou congé parental et rencontre les critères d'admissibilité à son retour au travail, il doit compléter un nouveau formulaire d'adhésion. La date d'admissibilité serait la première journée travaillée et un nouveau numéro d'identité sera émis par l'assureur. Les modalités d'une nouvelle adhésion s'appliqueront.

L'employeur demandera à l'employé de remplir le formulaire « *Couverture pendant un congé de maternité et congé parental* ». L'employeur enverra le formulaire signé à Grandir ensemble.

Si l'employé avait une couverture individuelle et qu'il l'a maintenue durant son congé, il a **31 jours** à partir de la date de naissance de son enfant pour changer sa couverture à une couverture familiale sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité. Si l'employé a déjà une couverture familiale et qu'il l'a maintient pendant son congé, l'employé peut ajouter son enfant en incluant le nom, sa date de naissance et son sexe en complétant le « *Formulaire de modifications* ». L'employeur doit envoyer ce formulaire à Grandir ensemble.

COUVERTURE PENDANT L'ÉTÉ

La couverture peut être maintenue pour les employés admissibles au régime qui ne travaillent pas durant l'été (maximum 2,5 mois) parce que le programme est fermé ou selon les politiques internes de l'employeur. L'employeur demande à l'employé de compléter le formulaire « *Couverture pendant l'été* » et l'employeur doit le transmettre à Grandir ensemble.

Si l'employé désire **continuer** sa participation au régime, il doit prendre les dispositions nécessaires avant le congé pour payer les primes payables par l'employé à son employeur selon les politiques internes de l'employeur.

L'employé qui **renonce** à la couverture, doit être réintégré sans période d'attente lors de son retour au travail. L'employeur doit compléter le « *Formulaire de modification* ». L'employé gardera le même numéro d'identité et l'historique de son dossier.

Refus des couvertures

Il est important de noter que si un employé choisit l'option de cesser sa couverture et devient invalide pendant cette période, l'employé ne sera pas éligible à recevoir des prestations d'invalidité de longue durée car il n'était pas couvert à la date d'invalidité.

COUVERTURE PENDANT UN CONGÉ SANS SOLDE

Si l'employé est présentement couvert sous le régime d'assurance collective et qu'il sera absent pendant un congé sans solde autorisé par son employeur, l'employé pourrait continuer sa couverture de la façon décrite ci-dessous. Cette prolongation est possible seulement **avec l'approbation de son employeur selon les politiques internes** de la façon décrite ci-dessous : .

Assurance-vie, Assurance mort ou mutilation accidentelles: 31 jours

Soins de santé supplémentaires et dentaires : 31 jours

Invalidité de longue durée : Aucune prolongation. La garantie se termine la dernière journée travaillée.

Si l'employé s'absente pour une période de **moins de 6 mois**, l'employeur devra compléter un formulaire de modifications à son retour au travail. L'employé sera réintégré au régime sans période d'attente et gardera le même numéro d'identité et l'historique des réclamations sera conservé au dossier de l'employé.

Si l'employé s'absente **au-delà de 6 mois**, l'employé sera considéré comme un nouveau participant et devra compléter un formulaire d'adhésion. L'employé recevra un nouveau numéro d'identité de l'assureur à la date d'admissibilité.

TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE-VIE LORS D'UNE CESSATION D'EMPLOI PERMANENT

Si une partie ou la totalité de l'assurance-vie (de base et facultative) prend fin à votre 65e anniversaire ou avant, l'employé peut, dans certains cas, souscrire une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité. L'employé doit présenter sa demande en ce sens et acquitter la première prime exigible dans les **31 jours** qui suivent l'expiration de votre assurance collective. Veuillez noter que les primes ne seront pas les mêmes et celles-ci seront déterminées par La Great-West.

Pour toute information supplémentaire, l'employé peut communiquer avec l'employeur.

CONGÉ DE MALADIE / INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

L'employeur maintiendra les couvertures d'assurance collective pendant un congé de maladie et l'employé devra payer la portion de ses primes à l'employeur. L'employé devra compléter le formulaire « Entente - Couverture pendant un congé de maladie/invalidité ». L'employeur enverra une copie du formulaire à Grandir ensemble.

Portée et objet de la politique:

La politique s'applique à tous les employés qui participent au régime d'assurance collective de l'employeur, conformément aux conditions et aux modalités de la police d'assurance de l'assureur, qui sont en congés de maladie/invalidité de longue durée et gouvernent le droit aux prestations d'invalidité de longue durée de ces employés.

Nonobstant le droit de l'employé aux prestations d'invalidité de longue durée en vertu du Régime d'assurance collective de l'employeur, l'employé qui est absent du travail pour cause de maladie, pourrait être admissible aux prestations de l'assurance-emploi. À cet égard, il incombe à l'employé d'entreprendre les démarches qui s'imposent auprès de l'organisme fédéral responsable.

Si le congé de maladie se prolonge plus que 119 jours, l'employé pourrait bénéficier des prestations d'invalidité de longue durée à compter de la 120e journée d'absence de son travail. Il incombe à l'employé d'entreprendre les démarches qui s'imposent auprès de son employeur aux fins de présenter une demande de prestations d'invalidité de longue durée auprès de l'assureur.

Si l'employé choisit de ne pas faire une demande de prestations d'invalidité de longue durée auprès de l'assureur ou sa demande de prestations d'invalidité de longue durée est refusée par l'assureur et il n'est pas de retour au travail avant l'expiration du délai de carence, soit 4 mois après de début du congé de maladie, l'employeur sera en droit de mettre fin à la couverture d'assurance collective de l'employé.

À cette fin, l'employé doit communiquer avec son employeur après une période d'absence de 8 semaines, pour obtenir les formulaires « *Demande de prestations d'invalidité de longue durée* » et pour se familiariser avec les démarches à effectuer auprès de l'assureur pour présenter une demande de prestations d'invalidité de longue durée.

L'employé devra compléter les formulaires « *Demande de prestations d'invalidité de longue durée* » et envoyer, par télécopieur ou par la poste, la demande complétée sans délai à :

La Great West
Bureau de gestion assurance invalidité
1600, rue Scott, bureau 302
Ottawa, ON K1Y 4N7

Téléphone : 613 761-3940
Télécopieur : 613 725-0388
Sans frais : 1 800 283-5375
Télécopieur : 1 844 569-3133

L'employé devrait garder une copie de sa demande et de toutes autres correspondances subséquentes avec l'assureur et l'employeur en lien avec son congé de maladie de longue durée pour les fins de ses dossiers.

L'assureur communiquera avec l'employé pour accuser réception de la demande de prestations d'invalidité de longue durée et s'il y a lieu, pour obtenir toute autre information ou précision nécessaire pour traiter sa demande.

Une fois que l'assureur aura terminé l'étude de la demande, l'employé recevra une lettre de l'assureur indiquant l'une des décisions suivantes :

- la demande de prestations est acceptée pour une période donnée;
- la demande de prestations est refusée, ou
- de l'information additionnelle est demandée avant qu'une décision soit prise.

L'admissibilité aux prestations est déterminée uniquement par l'assureur, conformément aux modalités et aux conditions de la police d'assurance collective et l'unique obligation de l'employeur est de payer sa part des primes. L'employeur n'est aucunement responsable de l'omission ou du refus de l'assureur de faire droit à la réclamation de l'employé.

Autre absence reliée à un congé de maladie ou autre

L'employé doit informer son employeur, qui informera Grandir ensemble, s'il bénéficie des prestations de la CSPAAAT (Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail) ou d'une autre source (assurance automobile, etc.) afin que l'assureur puisse déterminer si ces prestations ont un impact sur la couverture ou les primes de vos assurances collectives (par exemple, des exonérations de primes, etc.), conformément aux modalités de la police d'assurance ou des Lignes directrices relatives aux assurances collectives. L'employeur prendra alors les mesures qui s'imposent et informera l'employé et Grandir ensemble de tout changement, le cas échéant.

PROLONGATION DE LA COUVERTURE DES SOINS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES ET DES SOINS DENTAIRES PENDANT QU'UN EMPLOYÉ REÇOIT DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE OU D'AUTRES SOURCES

Portée et objet de la politique:

La politique s'applique à tous les employés qui participent au régime d'assurance collective de l'employeur, conformément aux conditions et aux modalités de la police d'assurance de l'assureur, qui sont en congé de maladie/d'invalidité longue durée et gouvernent le droit aux assurances collectives de ces employés.

Maintien des assurances des soins médicaux supplémentaires et des soins dentaires

La couverture des soins médicaux supplémentaires et des soins dentaires pour les employés en congé de maladie d'invalidité de longue durée qui participent au régime d'assurance collective de l'employeur sera maintenue au cours des premiers vingt-huit (28) mois d'absence autorisée pour des raisons de maladie, à la condition que l'employé :

- (1) fournisse à l'employeur un avis écrit indiquant qu'il désire prolonger sa couverture;
- (2) complète, signe et retourne à l'employeur le formulaire « *Entente - Couverture pendant un congé de maladie/invalidité* », confirmant l'engagement de l'employé à payer sa part des primes des assurances collectives pour la durée de son congé de maladie/d'invalidité de longue durée et son acceptation des modalités gouvernant le droit au maintien de la couverture des assurances collectives de l'employé; et,
- (3) paie sa part des primes des assurances au cours de son congé de maladie/d'invalidité de longue durée.

Si l'employé reçoit des prestations d'invalidité de longue durée, de la CSPAAT ou d'autres sources, l'employeur avisera l'employé de la période pour laquelle ses garanties de soins médicaux et dentaires peuvent être prolongées, jusqu'à un maximum de maladie de vingt-huit (28) mois de la date d'invalidité.

Le paiement des primes pendant le congé de maladie/d'invalidité de longue durée

L'employé qui désire continuer de participer au régime d'assurances collectives pendant qu'il est en congé de maladie/d'invalidité de longue durée doit payer sa part des primes pour la période entière du congé, telle que déterminée par l'employeur à son entière discrétion.

Conformément à sa politique gouvernant le régime d'assurance collective, l'employeur se réserve le droit de modifier la part des primes de l'employé ou de modifier ou annuler le régime d'assurance collective à son entière discrétion, dans la mesure où la modification ou l'annulation s'applique généralement à tous ses employés. Dans la mesure du possible, l'employeur donnera aux employés affectés un avis de la modification ou de l'annulation prévue du régime d'assurance collective.

En cas de défaut de paiement de la part des primes des assurance collective de l'employé, l'employeur mettra fin à la couverture des assurances collectives de l'employé. En l'occurrence, l'employé recevra une lettre de l'employeur l'avisant de la date à laquelle le paiement des primes doit être reçu afin de maintenir sa couverture. Si l'employeur ne reçoit aucun paiement à l'échéance de la date indiquée, l'employé recevra subséquemment une lettre confirmant la date à laquelle la couverture prendra fin.

ASSURANCE-VIE FACULTATIVE

Le régime d'assurance collective procure à l'employé et à sa famille une couverture d'assurance vie de base obligatoire. Il se peut que cette couverture ne réponde pas complètement aux besoins. L'employé et son conjoint sont admissibles à une protection supplémentaire s'ils sont âgés de moins de 65 ans.

L'employé doit payer la prime à 100%.

L'assurance-vie collective et additionnelle est offerte en tranche de 10 000 \$ et la protection maximale pour l'employé s'établit à 500 000 \$ et la protection maximale pour son conjoint s'établit à 500 000 \$. L'employé doit fournir des preuves d'assurabilité (questionnaire médical) à l'assureur et devez être approuvé pour la couverture. La couverture prendra effet dès que Grandir ensemble aura reçu l'approbation écrite de la Great-West.

Pour demander cette protection supplémentaire, l'employé et/ou son conjoint doivent remplir le formulaire « *Preuve d'assurabilité* » et l'employé doit poster le formulaire directement à La Great-West à l'adresse indiquée sur le formulaire. Suite à l'approbation par l'assureur, les taux seront indiqués sur la facturation mensuelle de l'employeur.

Le tableau ci-dessous indique la prime que l'employé et/ou son conjoint aurait à payer, par mois, par tranche de protection de 1 000 \$. Par exemple, pour une femme, non-fumeur âgée de 27 ans, la prime mensuelle serait de 2,50 \$ pour un volume d'assurance de 50 000 \$.

Primes mensuelles par tranche de 1 000 \$

Catégorie d'âge	Homme		Femme	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur
Moins de 35 ans	0.10 \$	0.06 \$	0.07 \$	0.05 \$
35 à 39 ans	0.13 \$	0.07 \$	0.10 \$	0.06 \$
40 à 44 ans	0.21 \$	0.10 \$	0.16 \$	0.09 \$
45 à 49 ans	0.39 \$	0.19 \$	0.27 \$	0.16 \$
50 à 54 ans	0.65 \$	0.33 \$	0.44 \$	0.27 \$
55 à 59 ans	1.12 \$	0.61 \$	0.67 \$	0.43 \$
60 à 64 ans	1.51 \$	0.86 \$	0.84 \$	0.57 \$

* Ces taux pourraient changer.

* Pour l'assurance-vie facultative du conjoint, les taux sont basés sur l'âge, sexe et les habitudes de tabagisme du conjoint.

COORDONNÉES

Pour toutes questions concernant **la gestion du régime**, veuillez contacter Grandir ensemble :

Les services à l'enfance Grandir ensemble

Dianne Stables 613 789-3020, poste 225
Coordonnatrice, 1 800 981-8383, poste 225 (Ontario)
Programme d'assurance collective 613 789-3022 (télécopieur)

dianne.stables@grandirensemble.ca

363, chemin Coventry, bureau 110
Ottawa (Ontario) K1K 2C5

Pour tout renseignement concernant **les réclamations ou les garanties**, communiquer directement avec le Service à la clientèle de La Great-West :

La Great-West Service à la clientèle

Téléphone

1 800 957-9777

Internet

www.canadalife.ca

Réclamations par la poste :

Canada Vie
Place Bonaventure ouest, bureau 5800
800, rue de la Gauchetière
Montréal, QC H5A 1B9

Pour toutes questions concernant **la transformation** d'assurance-vie :

Jacinthe Choquet
Conseillère en assurance collective

613 833-9170

Veuillez aussi consulter votre livret « *Régime collectif* » de la Great-West