

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Veillez prendre connaissance des renseignements suivants et les conserver afin de pouvoir les consulter facilement au besoin. Advenant une divergence entre les descriptions qui suivent et les énoncés contenus dans les divers contrats d'assurance collective, ce sont les conditions énoncées dans chacun des contrats d'assurance qui prévalent.

ADMISSIBILITÉ

Régime d'assurance-vie collective, Régime d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident, Régime de soins médicaux et de voyage et le Régime de soins dentaires

À noter : Ne s'applique pas au régime en cas d'invalidité de longue durée.

Participation -- tous les groupes d'employés :

- 1) un employé (régulier à plein temps, à temps partiel, ou à terme fixe) qui occupe un poste et/ou est tenu de travailler à raison d'au moins 33-1/3 % de l'emploi à plein temps d'un horaire de travail régulier;
- 2) un employé qui occupe un poste saisonnier et qui travaille un minimum de 33-1/3 % de l'emploi à plein temps d'un horaire de travail régulier ;
- 3) les personnes employées à raison d'au moins 33-1/3 % d'un emploi à plein temps d'un horaire de travail régulier sont admissibles le premier jour du mois suivant la date à laquelle elles comptent 6 mois d'emploi continu, si elles :
 - remplacent un employé permanent
 - comblent un poste vacant, ou
 - font partie de l'effectif temporaire. Si l'emploi prend fin et que le participant est employé de nouveau dans les 6 mois suivants, l'assurance reprend le premier jour où la personne reprend son emploi; et
- 4) les personnes embauchées en vertu d'un contrat de services personnels et qui travaille un minimum de 33-1/3 % de l'emploi à plein temps d'un horaire de travail régulier sont admissibles conformément à leur contrat d'emploi.

Pour être admissibles aux prestations de soins médicaux, de voyages et dentaires, les employés et les personnes à charge doivent aussi être résidents du Canada et être admissibles à des prestations aux termes du régime de soins de santé de leur province de résidence (p.ex., régime d'assurance-maladie).

Protection en cas d'invalidité de longue durée

Lé régime d'invalidité de longue durée est **obligatoire** pour :

- tous les employés permanents à plein temps des groupes d'employés participants;
- tous les employés permanents à temps partiel faisant partie des groupes d'employés participants à condition

qu'ils soient tenus de travailler à raison d'au moins 40 % d'un emploi à plein temps selon un horaire régulier. Si les heures de travail requises sont réduites, la protection pourra se poursuivre à condition de faire au moins l'équivalent de 33-1/3 % d'un emploi à temps plein; et

- les nouveaux employés membres des groupes d'employés participants.

Si vous n'êtes pas certain d'appartenir à un groupe d'employés participants, veuillez consulter votre bureau des Ressources humaines.

DÉFINITION DES PERSONNES À CHARGE

On entend par *personnes à charge* votre *conjoint* et vos *enfants à charge*.

Par *conjoint*, on entend une personne à laquelle l'employé est légalement marié ou un conjoint de fait, soit une personne qui habite continuellement avec l'employé dans le cadre d'une relation conjugale depuis au moins un an immédiatement avant d'être admissible à l'assurance. Dans le cas d'un conjoint de fait, il faut que l'employé présente cette personne comme son conjoint. La définition s'étend aux partenaires du même sexe. **Une seule personne aura qualité de conjoint.** Lorsque l'employé à plus d'un(e) conjoint(e), selon la définition ci-dessus, il/elle peut choisir le (la) conjoint(e) à qui une couverture sera offerte.

Les *enfants à charge* sont des enfants naturels, adoptés ou des beaux-enfants, qui ne sont pas mariés ou dans une relation de conjoint de fait et qui sont financièrement à la charge et dépendent du soutien de l'employé. Les enfants à charge sont admissibles à l'assurance :

- jusqu'à 21, ou
- jusqu'à 26 ans s'il s'agit d'un étudiant à plein temps inscrit dans une institution d'enseignement agréée, ou
- au-delà de l'âge de 21 ans s'il s'agit d'un enfant atteint d'une déficience mentale ou physique ayant débutée et diagnostiquée avant l'âge de 21 ans ou l'âge de 26 ans s'il s'agit d'un étudiant à plein temps à la date du diagnostic et que la déficience continue par la suite.

Les *enfants à charge* sont admissibles, dès la naissance, à la protection de l'assurance-vie collective. Dans le cas d'un nouveau-né (mort-né ou vivant), la protection entre en vigueur 28 semaines après la conception.

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

Vous devez désigner un bénéficiaire au titre de l'assurance-vie collective, de l'assurance-vie supplémentaire et du régime d'assurance facultative en cas de décès ou de mutilation par accident (si vous avez décidé de souscrire à cette assurance). Voici quelques lignes directrices au sujet de la désignation d'un bénéficiaire :

- votre bénéficiaire est la personne (ou les personnes) que vous avez désignée par écrit et inscrite dans les dossiers d'assurance. Il est recommandé que le bénéficiaire soit une personne âgée de plus de 18 ans ou votre succession.
- si aucun bénéficiaire n'est désigné, le montant de l'assurance sera versé directement à votre succession.
- si votre bénéficiaire est une personne mineure ou incapable de donner une quittance valable pour le paiement exigible, le paiement sera effectué uniquement à un tuteur dûment nommé du bénéficiaire.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Lorsque des prestations peuvent être demandées en vertu de plus d'une section du régime de soins médicaux, la demande sera évaluée de façon à permettre que soit versée la prestation la plus élevée. Le paiement des prestations sera coordonné avec tout autre régime ou entente, de façon à ce que le montant total reçu en provenance de toutes les sources ne soit pas supérieur à la dépense totale engagée.

Votre employeur vous fournira des formulaires de demande de règlement pour les divers autres régimes d'assurance. Vous pouvez communiquer avec votre bureau des Ressources humaines au sujet des modalités de demande de règlement. Toutes les demandes de règlement devraient être soumises le plus tôt possible, afin d'éviter un refus de paiement en raison des dispositions sur les demandes présentées en retard.

MAINTIEN DES GARANTIES

Congés autorisés

Lorsque votre employeur vous accorde un congé autorisé, votre garantie est maintenue selon les modalités suivantes :

- **congé avec rémunération pleine ou partielle** : toutes les garanties doivent demeurer en vigueur et les cotisations continuent à être payées comme si vous étiez au travail.
- **congé sans solde** : les garanties demeurent en vigueur, à votre choix, moyennant des ententes sur le partage des coûts (selon les dispositions des directives administratives et / ou des conventions collectives appropriées).

Maternité : les ententes avec l'employeur sur le partage des coûts sont maintenues

Maladie : les ententes avec l'employeur sur le partage des coûts sont maintenues pendant une période d'absence de 4 mois consécutifs. Si vous continuez à être absent en raison de maladie, vous devriez faire une demande de prestations en vertu de la disposition d'exonération de primes. Si vous ne faites pas une demande d'exonération de primes, ou si votre demande est rejetée, votre employeur n'a plus l'obligation de continuer à maintenir le partage des coûts.

- **congé pour toute autre raison** : si vous désirez maintenir vos garanties, vous avez la responsabilité des coûts des

cotisations tant pour la partie de l'employé que celle de l'employeur.

Si vous n'êtes pas activement au travail :

- à la date où la protection aurait été autrement en vigueur, votre protection entrera seulement en vigueur à votre retour au travail.
- vous pouvez seulement changer votre protection à votre retour au travail.

Le maintien des garanties dans le cas de certains types de congés autorisés requiert l'approbation de l'assureur ou de l'administrateur du régime. Les primes doivent être payées le premier du mois lorsqu'elles sont dues. Les paiements rétroactifs ne sont pas acceptés.

Mise en disponibilité

Le maintien des garanties en vertu des régimes d'assurance-vie collective, d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident, de soins médicaux et de soins dentaires est permis dans le cas des employés qui sont mis en disponibilité. La prolongation de l'assurance peut être maintenue pendant la période de rappel stipulée en vertu de la convention collective pertinente ou jusqu'à concurrence d'un an dans le cas des employés non syndiqués. Les employés sont tenus d'acquitter la totalité des coûts des cotisations au cours de cette période.

EXONÉRATION DE PRIMES/COTISATIONS

Dès la fin de la période d'attente de 4-mois, les employés qui sont jugés «totalement invalides» ou qui touchent des prestations d'assurance-invalidité de longue durée peuvent demander une prolongation des garanties sans verser de prime/cotisation dans le cas de l'assurance-vie collective, de l'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident, et de la protection en cas d'invalidité de longue durée. Les primes doivent être maintenues pendant la période d'attente de 4-mois. Après approbation, les garanties sont maintenues pendant toute la durée de cette invalidité jusqu'à la date suivante la plus rapprochée; le rétablissement, l'âge de 65 ans ou le décès de l'employé, et pour une période maximale de 28 mois à partir de la date d'invalidité dans le cas du régime de soins médicaux et le régime de soins dentaires.

Les demandes de règlement dans le cas des garanties d'exonération de cotisations **doivent** être présentées dans les 10 mois suivant la date de l'invalidité.

L'exonération des primes ne débutera pas avant la fin de tout congé payé.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si votre emploi prend fin, vous pouvez transformer vos garanties d'assurance-vie collective ou de soins médicaux et de soins dentaires en une police individuelle auprès de l'assureur. Les taux des primes seront déterminés par l'assureur au moment de la transformation. La demande doit

être présentée dans les 31 jours suivant la date de la cessation d'emploi. Le droit de transformation est également offert au conjoint survivant advenant le décès de l'employé.

CESSATION DE LA PROTECTION

La protection des employés actifs et/ou des personnes à charge prend fin à celle des dates suivantes qui survient en premier :

- la date de la cessation d'emploi;
- la date à laquelle les employés et/ou les personnes à charge ne sont plus admissibles à la protection;
- la date d'expiration de la police et/ou d'une garantie particulière; ou
- la date de retraite normale, cependant, les employés qui prennent leur retraite sont admissibles à la prolongation de certaines garanties offertes aux retraités.

TAUX DE PRIMES/COTISATIONS

Étant donné que les taux des cotisations font l'objet d'une révision annuelle, on ne trouvera aucune information à cet égard dans le présent document. Dans le but de déterminer quels sont les taux actuels d'un programme en particulier, veuillez communiquer avec votre bureau des Ressources humaines ou votre bureau de la paie.

DEMANDEUR TARDIF

Les employés doivent adhérer aux régimes collectifs d'avantages sociaux des employés dans les 31 jours suivant la date de leur admissibilité à participer ou à changer leur couverture. À défaut d'adhérer ou d'apporter des changements dans le délai de 31 jours, les employés et les personnes à leur charge seront réputés être des demandeurs tardifs et risqueront ainsi de se faire refuser la couverture par l'assureur.

Un demandeur tardif est un employé qui veut adhérer aux régimes collectifs d'avantages sociaux après un délai de 31 jours suivant :

- 1) la date de son admissibilité à la couverture;
- 2) un changement dans sa situation personnelle [p. ex., naissance ou adoption, mariage, union de fait (après 12 mois de cohabitation), divorce, décès du conjoint ou la perte de protection de l'employé selon le régime du conjoint].

COMITÉ PERMANENT SUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE

La gestion des régimes d'avantages sociaux des employés est une responsabilité partagée entre les représentants de l'employeur et des employés au sein du Comité permanent sur les régimes d'assurance et le Conseil de gestion.

Le présent document ne confère aucun droit. Pour de plus amples renseignements ou pour des renseignements à jour, veuillez communiquer avec votre bureau des Ressources humaines ou La Société des services de retraite Vestcor en composant le 506-453-2296 ou le numéro sans frais 1-800-561-4012.

Ou visiter le site Web à www.vestcor.org

Version internet révisée 2017-05

