



# Avantages sociaux pour la haute direction

# Table des matières

Introduction	3
Aperçu	4
Renseignements généraux	5
Soins de santé complémentaires	6
Soins dentaires	12
Compte Soins de santé	14
Invalidité	21
Assurance vie	23
Assurance maladies graves	28
Assurance accidents	35
Vacances	38
Cessation d'emploi	39

# Introduction

Le programme d'avantages sociaux pour la haute direction est offert au président et chef de la direction et aux vice-présidents à la direction. Il a été conçu pour être exhaustif et concurrentiel, et fournir la souplesse nécessaire pour répondre à vos besoins et situations uniques.

Si vous avez des questions au sujet du programme d'avantages sociaux pour la haute direction, veuillez communiquer avec votre conseiller, Personnes et culture, au 604-695-6533.

Personnes et culture

6 – 3777 Kingsway

Burnaby (Colombie-Britannique) V5H 3Z7

*Tous les efforts ont été fournis pour résumer de façon exacte les renseignements contenus dans les politiques d'assurance, les contrats collectifs et les documents du régime. En cas de questions, les documents juridiques prévalent. L'entreprise se réserve le droit d'examiner et de réviser les modalités du présent document à sa discrétion.*

# Aperçu

## Régime de base

- Le régime de base comprend les avantages obligatoires suivants :
- Soins de santé complémentaires
- Soins dentaires
- Compte Soins de santé
- Assurance invalidité de courte durée
- Assurance invalidité de longue durée
- Assurance vie
- Assurance accidents
- Vacances

## Choix

- Vous pouvez souscrire les assurances additionnelles suivantes :
- Assurance vie de l'employé
- Assurance vie du conjoint
- Assurance vie des enfants
- Assurance maladies graves de l'employé
- Assurance maladies graves du conjoint
- Assurance maladies graves des enfants
- Assurance accidents de l'employé
- Assurance accidents du conjoint
- Assurance accidents des enfants

# Renseignements généraux

## Personnes à charge

Les personnes à charge admissibles sont les résidents du Canada qui sont ::

- Le conjoint : la personne légalement mariée au membre de l'équipe, ou la personne qui vit maritalement depuis au moins six mois avec le membre de l'équipe (y compris les partenaires de même sexe). Le conjoint doit être retiré du régime d'avantages sociaux au plus tard dans les six mois suivant une séparation.
- Les enfants à charge (biologiques, adoptés ou dont le membre de l'équipe est le tuteur légal\*) qui dépendent grandement du membre de l'équipe sur le plan financier, qui ne sont pas mariés et ayant :
  - moins de 21 ans (ou n'importe quel âge s'ils sont handicapés\*\*)
  - entre 21 et 24 ans inclusivement s'ils fréquentent à temps plein un collège, une université ou toute autre institution d'enseignement reconnue\*\*\*
- La tutelle légale doit être obtenue en vertu des lois canadiennes, et le tuteur doit fournir une ordonnance d'un tribunal comme preuve .
- \*\* La couverture pour une personne à charge invalide de n'importe quel âge est uniquement offerte aux personnes déjà couvertes par les régimes de TELUS à titre d'enfant à charge admissible.
- \*\*\* La couverture pour soins médicaux complémentaires à l'intention des personnes à charge qui fréquentent l'école à temps plein se termine à la fin de l'année où ces personnes atteignent 25 ans. Au Québec, selon les exigences de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), ces personnes à charge peuvent maintenir leur couverture jusqu'à leur 26<sup>e</sup> anniversaire de naissance. Si vous êtes au Québec et que vous devez prolonger la couverture d'une personne à charge dans cette situation, vous devez téléphoner à votre conseiller, Personnes et culture, au 604-695-6533 pour le traitement de ce prolongement.

REMARQUES : *Cette définition vise tous les avantages sauf le compte Soins de santé, le régime d'assurance maladie provincial et le régime de retraite, où les personnes à charge sont définies différemment.*

## Soins de santé complémentaires

Votre régime de soins de santé complémentaires, administré par la Sun Life, est conçu pour compléter la couverture de votre régime d'assurance maladie provincial. Ensemble, les deux régimes couvriront la plupart des frais médicaux et hospitaliers que votre famille et vous pouvez engager. Les éléments couverts peuvent être assujettis à des maximums annuels, semestriels ou viagers. La Sun Life peut aussi fixer des limites usuelles et coutumières. Pour bon nombre des éléments couverts suivants, une recommandation d'un médecin est exigée. Nous vous conseillons de communiquer avec la Sun Life avant tout achat.

Le régime couvre plusieurs fournitures et services médicaux, ainsi que certains frais d'urgence à l'extérieur de la province, notamment :

- Médicaments d'ordonnance
  - Niveau 1 : Couverture de 100 %
  - Niveau 2 : Couverture de 90 %
  - Niveau 3 : Couverture de 45 %
- 90 % des frais pour une chambre à deux lits ou à un lit dans les hôpitaux canadiens
- 90 % des frais d'ambulance
- 100 % des montures avec verres d'ordonnance, des verres d'ordonnance seulement et des verres de contact (400 \$ toutes les deux années civiles pour les adultes et les enfants de 18 ans et plus et une fois par année civile pour les enfants de moins de 18 ans).
  - un examen de la vue toutes les deux années civiles pour les adultes et les enfants de 18 ans et plus
  - un examen de la vue par année civile pour les enfants de moins de 18 ans (sauf si l'examen est couvert par votre régime d'assurance maladie provincial)
  - la protection pour les soins de la vue peut également couvrir les frais d'une chirurgie oculaire au laser
- 100 % des frais pour les services fournis par des professionnels paramédicaux autorisés dans votre province de résidence, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par personne par année du régime pour tous les professionnels combinés; pour les psychologues et les orthophonistes, un maximum 5 000 \$ par année du régime s'ajoute
- 100 % des frais de soins infirmiers à domicile, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 10 000 \$ par personne
- les frais engagés en raison d'une blessure accidentelle à la dentition naturelle
- 100 % des frais d'appareil auditif, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par personne par oreille tous les quatre ans

## Opérations d'affirmation de genre

Cette couverture est offerte à tous les membres du régime et à leurs personnes à charge de 18 ans ou plus. La personne couverte par le régime sera remboursée après la chirurgie, à condition que les critères relatifs à la couverture et à la chirurgie soient respectés.

Le régime prévoit le remboursement des frais engagés pour les interventions chirurgicales visant à adapter certains traits féminins ou masculins au genre de la personne en transition, telles que la réduction de la structure osseuse du visage, l'augmentation des joues ou la pose d'implants pectoraux.

Il y a un maximum de 10 000 \$ par année de prestations et un maximum à vie de 50 000 \$.

## Frais médicaux d'urgence occasionnés à l'extérieur de la province ou du pays

Cette assurance rembourse les frais lorsque le membre de l'équipe ou une personne à sa charge nécessite des services médicaux d'urgence pendant un voyage d'agrément ou d'affaires à l'extérieur de sa province ou du Canada. Pour être admissibles, les frais doivent être nécessaires du point de vue médical et être engagés au cours des 180 premiers jours suivant la date de départ du membre de l'équipe de sa résidence. Le maximum viager est 5 000 000 \$.

## Médicaments

Le régime prévoit le remboursement des médicaments qui requièrent une ordonnance en vertu de la loi, qui sont sous réserve des restrictions et des caractéristiques de l'assurance médicaments et qui sont préparés par un pharmacien ou un médecin, notamment :

- Les injections nécessaires à la cure de désensibilisation (allergies) prodiguée par un médecin.
- Certains médicaments en vente libre servant au maintien des fonctions vitales.
- Les médicaments sous ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste.
- Les médicaments contre la stérilité (les coûts liés aux traitements contre la stérilité sont couverts sous la catégorie Services et appareils médicaux. Vous devez bénéficier de la couverture pour les médicaments et pour les services et appareils médicaux afin d'obtenir le remboursement des médicaments et des traitements). Les coûts liés aux médicaments contre la stérilité seront combinés à ceux des traitements connexes sous la catégorie Services et appareils médicaux, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 15 000 \$.
- Communiquez avec la Sun Life pour confirmer que les dépenses liées à votre test, à votre traitement ou à vos médicaments contre la stérilité sont admissibles. Seules les

demandes de règlement papier sont acceptées.

- Les préparations d'insuline utilisées dans le traitement du diabète, ainsi que les fournitures nécessaires au contrôle de la glycémie, les aiguilles et les seringues.
- Les narcotiques pour un maximum annuel de 3 000 \$.
- Les contraceptifs d'ordonnance.
- Les médicaments de désaccoutumance au tabac : maximum viager de 500 \$.
- Le traitement de la dysfonction érectile est limité à un maximum de 1 200 \$ par année de garantie.
- Les vitamines B-12 utilisées dans le traitement de l'anémie pernicieuse.
- Les médicaments permettant la perte de poids (y compris les vitamines B6 et B12 administrées dans le cadre d'un programme supervisé par un médecin). Maximum annuel de 1 800 \$ et maximum viager de 5 000 \$. Le remboursement comprend le coût des médicaments, pas le coût de l'injection ni de l'administration du médicament.
- Une autorisation préalable est requise. Il est possible d'obtenir un formulaire pour médicaments anti-obésité nécessitant une autorisation spéciale auprès de la Sun Life.

**Remarque :** *Les composés dont l'ingrédient principal ne nécessite aucune ordonnance ne sont pas couverts.*

## **Restrictions et caractéristiques de l'assurance médicaments**

TELUS s'associe à TELUS Santé et à la Sun Life pour développer et mettre en œuvre des programmes qui aideront à faire face à la hausse des coûts associés aux demandes de règlement de médicaments. Voici les caractéristiques et restrictions de ces programmes.

## **Remboursement des frais de médicaments par niveau**

L'approche à plusieurs niveaux vous garantit le remboursement des médicaments d'ordonnance dont vous avez besoin au meilleur rapport coût-efficacité. Le régime d'assurance médicaments de TELUS reconnaît que les nouveaux médicaments ou les médicaments plus coûteux ne sont pas nécessairement plus efficaces que les autres pour traiter la même affection, encourageant de ce fait l'utilisation de médicaments vivement recommandés par les professionnels de la médecine, efficaces sur le plan clinique, sécuritaires et offrant la meilleure valeur. Les médicaments sont soumis au moins 10 fois par année à un examen par une équipe de professionnels de la santé composée de pharmaciens et d'économistes du secteur de la santé (le Comité de gestion de la liste de médicaments de TELUS Santé) et par un panel d'experts indépendants (le Comité externe d'évaluation des médicaments). Les experts du comité externe mettent à profit leur

expérience en analyses cliniques et pharmacoéconomiques pour fournir à TELUS Santé une évaluation objective.

Les médicaments sont classés selon trois niveaux :

- **Niveau 1** – Les médicaments génériques font partie du niveau de remboursement 1. Les médicaments génériques contiennent les mêmes ingrédients actifs que leurs équivalents de marque et coûtent moins cher. Les médicaments de marque pour lesquels un médicament générique existe sont compris dans le niveau 1 et remboursés en fonction du prix le plus bas du médicament générique.

- **Niveau 2** - Médicaments de marque pour lesquels aucun médicament générique n'existe, mais qui sont économiques, sécuritaires et grandement recommandés par les médecins comme thérapie de première ligne. Ce niveau comprend aussi les médicaments qui exigent une autorisation préalable, les vaccins, et certains médicaments assortis d'un montant maximal annuel ou viager (par ex., médicaments contre la stérilité, la dysfonction érectile, l'obésité, l'abandon du tabac ou de la drogue).
- **Niveau 3** - Médicaments qui ne sont pas génériques ou qui ne sont pas considérés comme des thérapies de première ligne dans le traitement de certaines maladies. Vous pouvez remplacer un médicament classé au niveau 3 par un compris dans le niveau 1 ou 2, ou vous pouvez le conserver et payer plus cher. Discutez avec votre médecin des différentes options qui s'offrent à vous.

Le site de la Sun Life ([www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca)) et l'**application ma Sun Life mobile** présentent des renseignements sur les niveaux de remboursement ainsi que sur les médicaments de substitution.

### Frais d'exécution d'ordonnance

Le montant maximal des frais d'exécution d'ordonnance admissible est de 9 \$ (par ordonnance) et assujéti au niveau de remboursement de votre régime. Lorsque les frais d'exécution d'ordonnance ne sont pas ventilés dans le coût des médicaments, un pourcentage de la demande de règlement sera considéré comme des frais d'exécution d'ordonnance et le remboursement sera limité à 9 \$.

### Version générique

Le régime de médicaments de TELUS prévoit le remplacement obligatoire par un médicament générique ou par un médicament de substitution à moindres coûts. Par conséquent, lorsque vous présentez votre carte-médicaments, le pharmacien doit automatiquement préparer la version générique du médicament qui vous a été prescrit ou le médicament de substitution le moins coûteux. Si vous optez pour le médicament de marque malgré l'existence d'un équivalent générique, vous serez remboursé en fonction du niveau du médicament générique ou du prix le moins élevé.

## **Programme d'autorisation préalable**

Il peut être nécessaire d'obtenir une autorisation préalable pour une nouvelle ordonnance de médicaments de spécialité précis. Pour obtenir une autorisation préalable, vous devez demander à votre médecin de remplir un formulaire et de l'envoyer à la Sun Life avant que le régime rembourse le médicament. Ainsi, si vous achetez un des médicaments couverts dans le cadre du programme d'autorisation préalable avant d'obtenir l'autorisation, vous devrez payer pour le médicament à la pharmacie, puis faire une demande d'autorisation. Une fois la demande approuvée, vous pouvez soumettre le reçu de votre achat avec une demande de règlement à la Sun Life pour obtenir un remboursement. Une fois l'autorisation accordée, vous pouvez utiliser votre carte d'assurance médicaments pour payer le médicament. Veuillez consulter le site web ou l'application mobile de la Sun Life pour obtenir des renseignements à jour sur les noms des médicaments touchés par ce programme.

## **Programme de maintien**

Dans le cadre du programme de maintien de la Sun Life, lorsque cela est possible, vous obtenez des renouvellements à long terme (c.-à-d. des médicaments de maintien) pour des provisions de médicaments de trois à six mois au lieu d'être obligé de renouveler l'ordonnance chaque mois. En réduisant le nombre de visites chez le médecin ou à la pharmacie pour renouveler les ordonnances, TELUS et vous gagnez du temps et économisez de l'argent (par la diminution des frais d'exécution d'ordonnance). Les prescriptions pour les médicaments de maintien sont limitées à cinq par année.

## **Quantités d'essai**

S'il y a lieu, les nouvelles ordonnances sont préparées en quantités d'essai. Le programme d'ordonnance d'essai de la Sun Life cible les médicaments qui sont reconnus comme ayant potentiellement plus d'effets secondaires. Ce programme ne comprend pas les médicaments qui sont normalement préparés en plus petites quantités, les médicaments qui doivent être délivrés dans leur emballage original, ou les médicaments qui doivent être pris pendant des périodes plus longues pour être efficaces. Le programme contribue à diminuer une partie du gaspillage et des coûts inutiles qui surviennent lorsque l'ordonnance originale ne produit pas les résultats escomptés pour le patient.

Lorsque vous présenterez votre carte pour obtenir un médicament qui fait partie de ce programme, le pharmacien vous suggérera de commencer par une quantité initiale, généralement une provision d'une semaine. Si le médicament vous convient (c.-à-d. que vous n'avez pas d'effets secondaires), le pharmacien préparera le reste de l'ordonnance après quelques jours. Si vous ressentez des effets secondaires ou si le médicament n'est pas efficace, vous ou votre pharmacien pourrez discuter avec votre médecin d'une solution de rechange.

## Demandes de règlement

Pour demander un remboursement de soins de santé complémentaires :

- Vous pouvez remplir votre demande de règlement en ligne sur le site web des services aux participants de la Sun Life pour que votre remboursement soit déposé directement dans votre compte bancaire. Visitez le site [www.sunlife.ca/participant](http://www.sunlife.ca/participant) pour vous inscrire et obtenir votre NIP afin de remplir vos demandes de règlement en ligne,
- Vous pouvez également remplir le formulaire de demande de règlement approprié pour les soins de santé complémentaires par l'intermédiaire du site web mesRH ou de l'équipe Personnes et culture (604-695-6533); l'adresse postale figure au bas du formulaire.
- Pour obtenir un remboursement rapide et précis, remplissez tout le formulaire en indiquant votre numéro de police (25495); inscrivez aussi votre nom et votre numéro d'employé. Ces numéros figurent sur votre carte d'assurance médicaments de Sun Life.
- Vous devez présenter vos demandes de règlement dans les 9 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés.
- Si vous désirez obtenir le remboursement de la partie des frais qui ne vous est pas remboursée par le régime de soins médicaux complémentaires à partir de votre compte Soins de santé, vous n'avez qu'à remplir le formulaire d'autorisation du compte Soins de santé; veuillez prendre soin de cocher la case indiquant que vous autorisez la Sun Life à traiter directement votre demande de règlement à partir du compte Soins de santé.

**Remarque** : Les frais dont vous désirez obtenir le remboursement à partir du compte Soins de santé doivent être soumis à la Sun Life au plus tard le 31 mai de l'année suivante.

## Coordination des prestations

Si vous avez une assurance santé en vertu d'un autre régime (par exemple, celui de votre conjoint), les deux régimes peuvent être combinés pour payer la totalité de vos dépenses. Chaque personne doit soumettre sa demande de règlement à son régime en premier lieu et ensuite soumettre le montant restant non remboursé au régime du conjoint. Pour les enfants, la demande de règlement doit d'abord être soumise au régime du parent dont la date de naissance (mois et jour) arrive en premier dans l'année civile et ensuite au régime du second parent.

# Soins dentaires

Votre régime de soins dentaires, administré par la Sun Life, rembourse les frais d'une gamme complète de services et de soins de base, de restauration majeure et d'orthodontie.

Le régime rembourse :

- 100 % des frais liés aux soins de base et préventifs
- 70 % des frais de restauration majeure, jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par personne par année
- 50 % des frais d'orthodontie, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 3 000 \$ par personne (les soins d'orthodontie couvrent les adultes et les enfants).

Le remboursement des dépenses est basé sur le guide provincial des frais le plus récent publié dans votre province de résidence.

## Dépenses admissibles

- Les examens, nettoyages et applications de fluorure sont couverts tous les six mois pour les adultes et les enfants.
- Certains services de périodontie (16 unités de détartrage et d'aplanissement des racines par année) sont couverts à titre de services de base.
- L'orthodontie n'est pas couverte à moins qu'elle soit nécessaire pour la restauration ou le maintien de la forme et de la fonction; une approbation préalable est requise pour les soins d'orthodontie et la couverture ne s'applique pas aux enfants de six ans et moins.
- Les soins dentaires à des fins purement esthétiques ne sont pas admissibles en vertu de ce régime, mais pourraient être remboursés à partir de votre compte Soins de santé.

## Demandes de règlement

Les demandes de règlement pour des soins dentaires peuvent être soumises électroniquement si le dentiste est membre du réseau de l'Association dentaire canadienne (CDAnet). Vous devez alors fournir à votre dentiste le numéro de police (25495) et le code d'assureur (16) de Sun Life.

Le dentiste peut facturer les frais directement à la Sun Life ou vous demander de le payer. Si vous le payez, vous devez soumettre la demande de règlement à la Sun Life pour obtenir un remboursement.

Les demandes de règlement doivent être soumises dans les 9 mois suivant la fin de l'année du régime.

Si vous avez une assurance soins dentaires en vertu d'un autre régime (par exemple, celui de votre conjoint), les deux régimes peuvent être combinés pour payer la totalité de vos dépenses. Chaque personne doit soumettre sa demande de règlement à son régime en premier lieu et ensuite soumettre le montant restant non remboursé au régime du conjoint. Pour les enfants, la demande de règlement doit d'abord être soumise au régime du parent dont la date de naissance (mois et jour) arrive en premier dans l'année civile et ensuite au régime du second parent.

Si vous souhaitez que vos frais de soins dentaires restants après le remboursement du régime de soins dentaires soient automatiquement remboursés par votre compte Soins de santé, utilisez le formulaire pour les soins dentaires et cochez la case autorisant la Sun Life à traiter votre demande de règlement à partir de votre compte Soins de santé.

**Remarque** : Les frais dont vous désirez obtenir le remboursement à partir du compte Soins de santé doivent être soumis à la Sun Life au plus tard le 31 mai de l'année suivante.

# Compte Soins de santé

Le compte Soins de santé constitue une excellente manière d'obtenir un remboursement exempt d'impôt\* pour vos demandes de règlement des frais médicaux ou dentaires qui :

- sont admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (pour lesquels vous ne demandez pas un remboursement sur votre déclaration de revenus);
- ne sont pas remboursées par un autre régime d'assurance (public ou privé).

*Les résidents du Québec doivent payer l'impôt provincial sur les remboursements.*

La valeur de votre fonds annuel pour la santé des cadres (20 000 \$) a été ajoutée à votre HSA, en plus des 3 000 \$ de TELUS versés chaque année.

Vous devez utiliser dans l'année du régime la totalité du montant que vous avez alloué au compte Soins de santé; sinon, vous le perdez. Cependant, il est possible de reporter des frais à l'année suivante.

## Admissibilité des personnes à charge

Aux fins du compte Soins de santé, la Loi de l'impôt sur le revenu définit une personne à charge comme suit :

- votre enfant (ou celui de votre conjoint);
- votre parent, grand-parent, petit-enfant, frère, sœur, oncle, tante, nièce ou neveu (ou ceux de votre conjoint), qui est à votre charge et réside au Canada pendant l'année.

## Frais remboursés

La liste des dépenses admissibles relève de l'Agence du revenu du Canada.

La plupart des régimes d'avantages sociaux offerts par un employeur remboursent bon nombre des frais admissibles. Si vous ne bénéficiez pas d'une autre protection ou si vous avez atteint le montant limite de votre régime, vous pouvez présenter une demande de règlement dans le cadre du compte Soins de santé pour obtenir le remboursement de la totalité des frais.

## **Soins paramédicaux**

Le cas échéant, les demandes de règlement ne sont pas remboursées avant que le montant maximal annuel du régime provincial n'ait été versé.

## **Psychologie et orthophonie**

Toutes les options offrent une protection pour les services psychologiques et orthophoniques jusqu'à un maximum combiné de 5 000 \$ par année du régime. La protection offerte pour les services psychologiques comprend tout traitement offert dans votre province de résidence par les praticiens agréés ou autorisés suivant :

- Conseiller clinicien
- Psychologue clinicien
- Psychothérapeute
- Travailleur social
- Orthophoniste

**La thérapie numérique – BEACON**, une thérapie cognitive et comportementale virtuelle confidentielle, est incluse dans la couverture pour services psychologiques paramédicaux. Cette thérapie coûte 500 \$ et comprend la messagerie illimitée pendant 12 semaines avec un thérapeute ainsi que l'accès aux ressources de BEACON pendant 12 mois.

Visitez le site web pour en savoir davantage : [www.mindbeacon.com/telus](http://www.mindbeacon.com/telus)

## **Autres soins paramédicaux**

Le remboursement des services psychologiques comprend tout traitement offert dans votre province de résidence par les praticiens agréés ou autorisés suivant :

- Acuponcteur
- Thérapeute en sport
- Audiologiste
- Chiropraticien
- Diététiste
- Massothérapeute
- Naturopathe
- Ergothérapeute
- Ostéopathe
- Physiothérapeute
- Podiatre

### **Remarque :**

*Les demandes de règlement sont remboursées en totalité en vertu du barème de la Sun Life, qui représente les frais usuels et coutumiers dans chaque province.*

## Médicaments

Les articles et médicaments suivants doivent être prescrits par un médecin :

- Insuline, bâtonnets et comprimés réactifs
- Oxygène
- Vitamine B12 et extrait de foie en injection pour le traitement de l'anémie pernicieuse
  
- Les articles et médicaments suivants doivent être prescrits par un médecin ou un dentiste, puis préparés et consignés par un pharmacien :
- Les médicaments, les préparations ou les substances qui sont fabriqués et vendus à des fins de diagnostic, de traitement ou de prévention d'une maladie ou d'un trouble donnant lieu à des symptômes ou à un état de santé anormal ou affectant le fonctionnement de l'organisme.

Marijuana à des fins thérapeutiques dans certaines situations – des critères doivent être respectés

Le compte Soins de santé constitue une excellente manière d'obtenir un remboursement exempt d'impôt\* pour vos demandes de règlement des frais médicaux ou dentaires qui :

- sont admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (et pour lesquels vous ne demandez pas un remboursement sur votre déclaration de revenus); et
- ne sont pas remboursées par un autre régime d'assurance (public ou privé).

\* Les résidents du Québec doivent payer l'impôt provincial sur les remboursements.

Vous devez utiliser dans l'année du régime la totalité du montant que vous avez alloué au compte Soins de santé; sinon, vous le perdez. Toutefois, vous pouvez reporter des frais à l'année de période des prestations suivante (mais pas au-delà d'une année).

## Frais remboursés

La liste des dépenses admissibles relève de l'Agence du revenu du Canada. Si vous n'êtes pas certain de l'admissibilité d'une dépense, communiquez avec la Sun Life pour obtenir des précisions.

Vous pouvez demander le remboursement de primes versées pour souscrire un régime privé d'assurance maladie avec des dollars après impôt (par exemple, régime Flex TELUS, le régime d'avantages sociaux de votre conjoint ou une assurance maladie en voyage), le remboursement des franchises et de la coassurance.

La liste des dépenses admissibles est longue et comprend notamment les éléments suivants :

- dispositifs d'assistance;
- soins hospitaliers;
- soins dentaires;
- médicaments;
- soins médicaux et paramédicaux;
- transport, repas et hébergement pour raison médicale;
- autres dépenses médicales;
- dispositifs et appareils médicaux sur ordonnance;
- soins de la vue.

La plupart des régimes d'avantages sociaux d'employeur remboursent plusieurs des frais admissibles, mais le remboursement autorisé peut être inférieur à 100 %. Le compte Soins de santé peut servir à combler la différence. Si vous ne bénéficiez pas d'une autre protection ou si vous avez atteint le montant limite de votre régime, vous pouvez présenter une demande de règlement dans le cadre du compte Soins de santé pour obtenir le remboursement de la totalité des frais.

## **Frais non remboursés**

Voici des exemples de frais qui ne sont pas remboursés dans le compte Soins de santé, même s'ils font l'objet d'une ordonnance médicale, parce qu'ils ne figurent pas explicitement dans la liste des frais admissibles prescrite par l'Agence du revenu du Canada :

- Climatiseurs, humidificateurs, déshumidificateurs ou purificateurs d'air (même pour des personnes affligées de troubles respiratoires chroniques).
- Sérums contre les allergies, en excluant les honoraires d'un médecin.
- Fournitures chiropratiques (par exemple, un oreiller Normalizer, un oreiller d'eau).
- Cours de réanimation cardiorespiratoire (par exemple, un cours sur les soins d'urgence de l'Ambulance Saint-Jean).
- Primes d'assurance invalidité.
- Médicaments ou remèdes d'un naturopathe.
- Bouchons d'oreille (même sur ordonnance par suite d'une chirurgie).
- Pansements oculaires.
- Primes des régimes d'assurance maladie provinciaux.
- Primes d'assurance maladie et dentaire collective payées à l'aide de dollars santé plutôt qu'au moyen de dollars après impôt.
- Soins homéopathiques, sauf s'ils sont prodigués par un naturopathe.
- Coussins d'air lombaire et coussins de soutien lombaire cylindrique.
- Bracelets Medic Alert.
- Services de sages-femmes, sauf s'ils sont prodigués par une infirmière autorisée.

- Chaises OBUS.
- Réflexologie.
- Traitements de shiatsu.
- Programmes de désaccoutumance au tabac.

## Report des frais

Les règles fiscales exigent que vous utilisiez l'argent déposé dans le compte Soins de santé pendant l'année, faute de quoi vous le perdez. Vous pouvez reporter les frais impayés à l'année suivante du régime. Ceux-ci seront remboursés à même le nouveau dépôt dans votre compte.

Voici un exemple de report des frais

Report des frais portés au compte Soins de santé							
Date du dépôt	Montant du dépôt	Frais de l'année précédente	Solde des crédits après paiement des frais reportés	Frais pour l'année en cours	Crédits restants après le 28 fév.	Frais reportés	Crédits perdus
Année 1	600 \$	0 \$	600 \$	800 \$	0 \$	200 \$	0 \$
Année 2	700 \$	200 \$	500 \$	400 \$	100 \$	0 \$	100 \$
Année 3	500 \$	0 \$	500 \$	650 \$	0 \$	150 \$	0 \$

## Demandes de règlement

Pour demander un remboursement dans le cadre du compte Soins de santé :

- Vérifiez d'abord si tous les régimes vous ont remboursé leur part (voir la rubrique Coordination des prestations).
- Vous pouvez remplir votre demande de règlement en ligne sur le site web de services aux participants de la Sun Life pour que votre remboursement soit déposé directement dans votre compte bancaire. Visitez le site [www.sunlife.ca/participant](http://www.sunlife.ca/participant) pour vous inscrire et obtenir votre NIP afin de remplir vos demandes de règlement en ligne.
- Vous pouvez également remplir le formulaire de demande de règlement au titre du compte Soins de santé qui se trouve sur le site web mesRH; l'adresse postale figure au bas du formulaire.
- Pour obtenir un remboursement rapide et exact, remplissez le formulaire en entier sans oublier d'indiquer votre numéro de police (25495), votre nom et votre numéro de membre de l'équipe. Ces numéros figurent sur votre carte d'assurance médicaments de la Sun Life.
- Joignez vos reçus originaux ou le Relevé d'indemnités de la Sun Life ou celui de tout autre assureur au formulaire.

- Si vous voulez que votre portion des frais soit prélevée directement dans votre compte de gestion santé une fois que votre régime de soins de santé complémentaires aura remboursé sa portion, utilisez le formulaire de demande de règlement pour soins médicaux complémentaires avec autorisation pour l'utilisation du compte Soins de santé.
- Cochez la case autorisant la Sun Life à envoyer directement votre demande de règlement au compte Soins de santé.
- Conservez une copie de vos reçus et de vos formulaires de demande de règlement dans vos dossiers.

# Invalidité

## Assurance invalidité de courte durée

L'assurance invalidité de courte durée est un avantage de base payé par l'entreprise qui fournit la totalité de votre revenu si vous êtes malade ou blessé et que vous ne pouvez travailler pour une période allant jusqu'à six mois.

Les paiements se font en fonction de la preuve de l'invalidité, fournie par votre médecin, qui doit être envoyée au service Santé au travail.

## Assurance invalidité de longue durée

S'il vous est impossible de revenir au travail une fois que votre banque de journées d'invalidité de courte durée est épuisée (c.-à-d. après six mois), vous pouvez être admissible aux prestations de l'assurance invalidité de longue durée.

Caractéristiques principales du programme :

Caractéristiques	Assurance invalidité
Prestation mensuelle	50 % du salaire;* imposable
Prestation maximale mensuelle	85 % du revenu net
Indexation	Entièrement indexée selon l'IPC
Définition d'invalidité	5 ans - votre emploi habituel
Payée par l'entreprise	

\* Le salaire comprend le salaire de base et la prime de performance cible.

## Prestation mensuelle

Si vous devenez invalide, vos prestations d'invalidité de base correspondent à 50 % de votre salaire mentionné au contrat avant l'invalidité plus votre prime de performance cible. Ce montant est imposable lorsqu'il vous est versé.

## Indexation

Si vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée pendant plus de 12 mois, le montant de ces prestations augmentera chaque année pour compenser l'inflation. Cette indexation équivaut à la totalité de la hausse annuelle de l'Indice canadien des prix à la consommation (IPC).

## Définition d'invalidité

Vous êtes considéré comme totalement invalide si une maladie ou une blessure vous empêche d'occuper votre emploi habituel pendant les cinq premières années de l'invalidité. Par la suite, votre invalidité doit vous empêcher de vous adonner à un travail rémunéré quelconque auquel vous êtes apte conformément à vos études et à votre formation.

Pour vous qualifier en fonction de cette définition d'invalidité, vous devez être suivi à temps plein par un médecin autorisé.

Les prestations sont versées jusqu'à ce que vous :

- soyez guéri;
- atteigniez 65 ans;
- décédiez.

## Considérations

Vos prestations d'invalidité de longue durée sont déduites de celles provenant d'autres sources comme le Régime de pension du Canada et une commission de la santé et de la sécurité si votre invalidité est liée au travail.

Pour qu'une demande de règlement soit remboursée, vous devez soumettre un formulaire à la compagnie d'assurance dans les six mois suivant la date de l'invalidité. Afin de pouvoir continuer à recevoir les prestations, vous devez être suivi régulièrement par un médecin autorisé qui doit vérifier votre état et fournir des rapports périodiques quant à votre invalidité.

# Assurance vie

## Assurance vie de l'employé

Quand vos proches comptent sur vous pour leur subsistance, une police d'assurance vie peut vous procurer la tranquillité d'esprit dont vous avez besoin. Ainsi, dans l'éventualité de votre décès, peu importe la cause, votre bénéficiaire en touchera le capital assuré. La Great-West, compagnie d'assurance-vie est le promoteur de ce régime.

L'entreprise vous procure une couverture d'assurance vie de l'employé représentant trois fois votre salaire de base annuel, sous réserve d'une déclaration d'état de santé pour tous les montants excédant 1 000 000 \$.

Vous pouvez souscrire une assurance vie additionnelle par tranches de capital assuré de 10 000 \$, jusqu'à concurrence d'un montant maximal combiné pour l'assurance vie de base et l'assurance vie facultative de 5 000 000 \$. Les primes sont établies en fonction de votre âge, de votre sexe et du fait que vous fumez ou non.

Vous êtes considéré comme non-fumeur si vous n'avez pas fumé ni utilisé de cigarette, de cigarette électronique, de cigarillo, de pipe, de cigare, de timbre de nicotine ou de gomme à la nicotine, de tabac à chiquer, de narguilé, ou de produit au tabac ou à la nicotine sous quelque forme que ce soit une seule fois au cours des 12 derniers mois. Votre déclaration relative à l'usage du tabac se fait au moment de l'adhésion. Si vous commencez à fumer au cours de l'année, vous devez le signaler afin que votre protection demeure valide. Si vous vous êtes inscrit comme non-fumeur et qu'il est prouvé que vous avez consommé des produits de nicotine, la Great-West peut invalider votre assurance et refuser de verser le capital assuré à vos bénéficiaires.

Vous pouvez également aviser l'assureur si vous devenez non-fumeur au cours de l'année.

Si vous quittez l'entreprise, vous pouvez transformer votre assurance vie de l'employé en une assurance vie individuelle d'un capital assuré égal ou inférieur à celui de l'assurance vie de l'employé, jusqu'à concurrence de 200 000 \$, sans fournir de déclaration d'état de santé.

## Preuve d'assurabilité

Une déclaration d'état de santé sera nécessaire si votre couverture excède 1 000 000 \$. En déclarant que vous êtes en bonne santé, vous indiquez que vous ne constituez pas un risque important pour l'assureur. Pour ce faire, vous devez remplir une preuve d'assurabilité. La protection est approuvée en fonction de vos réponses. La compagnie d'assurance peut aussi demander d'autres renseignements et exiger un examen médical.

Vous pouvez augmenter votre couverture jusqu'au montant maximal en tout temps; cependant, vous devrez remplir une Déclaration d'état de santé afin de vous qualifier pour un capital assuré plus élevé.

Coût mensuel par tranche de 10 000 \$				
Votre âge	Homme		Femme	
	Non-fumeur	Fumeur	Non-	Fumeur
Moins de 30 ans	0,25	0,42	0,15	0,24
De 30 à 34 ans	0,25	0,45	0,20	0,30
De 35 à 39 ans	0,27	0,54	0,24	0,40
De 40 à 44 ans	0,46	0,91	0,36	0,59
De 45 à 49 ans	0,84	1,63	0,59	0,94
De 50 à 54 ans	1,50	2,59	0,96	1,47
De 55 à 59 ans	2,47	4,25	1,59	2,34
De 60 à 64 ans	3,57	6,10	2,27	3,27
De 65 à 69 ans	5,42	8,77	2,92	4,14
De 70 à 72 ans	10,83	17,54	5,84	8,29

## Considérations

Les facteurs suivants peuvent avoir une incidence sur vos besoins d'assurance vie :

Le nombre de vos personnes à charge : si vous n'avez pas de personnes à charge, vous n'avez peut-être pas besoin d'un capital assuré supplémentaire; toutefois, si plusieurs personnes dépendent de vous comme soutien financier, il peut être préférable de souscrire un capital assuré plus élevé.

- L'âge de vos personnes à charge : si vous avez de jeunes enfants, vous voudrez peut-être souscrire un capital assuré suffisant pour payer leurs études.
- Le degré d'autonomie des membres de votre famille : si votre conjoint travaille et que vous n'avez pas de jeunes enfants, le capital assuré peut être moindre.
- Les dettes que vous laisseriez : un emprunt hypothécaire important pourrait justifier un capital assuré plus élevé.
- Les dépenses auxquelles vos survivants pourraient faire face à votre décès : immédiates (p. ex., frais funéraires, transport des parents) et à

long terme (p. ex., garderie, soins aux personnes âgées, ménage).

- Les legs de biens personnels spéciaux que vous souhaitez faire (p. ex., université, organisme de bienfaisance, ami).

Vous devez aussi considérer ce qui suit :

- Toute aide financière provenant d'autres sources comme une police d'assurance individuelle, une assurance souscrite dans le cadre du programme d'avantages sociaux de votre conjoint ou une police souscrite auprès d'une association professionnelle ou de toute autre organisation.
- Les prestations versées par des régimes gouvernementaux : votre succession peut être admissible à un montant forfaitaire du Régime de pensions du Canada (RPC) ou du Régime des rentes du Québec (RRQ), et votre conjoint et vos enfants à charge peuvent avoir droit à une rente du RPC/RRQ.
- Selon votre âge et vos années de service, vous pourriez recevoir des prestations dans le cadre de votre régime de retraite.

## Bénéficiaires

Il est préférable de nommer une personne en particulier comme bénéficiaire plutôt qu'une succession afin d'assurer le paiement rapide et direct du capital assuré. Si le capital assuré est versé à votre succession, il servira d'abord à payer les dettes avant d'être versé aux bénéficiaires de votre succession.

Si vous nommez un enfant de moins de 18 ans comme bénéficiaire, vous devez aussi nommer un fiduciaire pour gérer les fonds, sinon un fiduciaire sera nommé par l'État.

Vous pouvez aussi nommer un bénéficiaire subsidiaire. Celui-ci touche le capital assuré dans l'éventualité où le premier bénéficiaire décède avant vous ou en même temps que vous.

Si les personnes désignées comme bénéficiaires et bénéficiaires subsidiaires décèdent avant vous, le capital assuré est versé à votre succession.

Vous pouvez désigner plusieurs bénéficiaires. Vous devez alors préciser le pourcentage du capital assuré pour chacun d'eux. Le total ne doit pas excéder 100 % du capital assuré.

## Assurance vie du conjoint

L'assurance vie du conjoint vous verse le capital assuré en cas de décès de votre conjoint.

Si vous décidez de souscrire une assurance vie du conjoint par l'intermédiaire de l'entreprise, vous pouvez souscrire des tranches de capital assuré de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$. Les primes sont établies en fonction de l'âge, du sexe et du statut de fumeur ou de non-fumeur de votre conjoint.

Vous pouvez augmenter le capital assuré en tout temps (jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$), mais pour ce faire, vous devez remplir une déclaration d'état de santé. La couverture qui nécessite une déclaration d'état de santé n'entrera pas en vigueur tant que la compagnie d'assurance n'a pas approuvé la demande.

Si vous quittez l'entreprise, votre conjoint peut transformer l'assurance vie du conjoint en une assurance vie individuelle d'un capital assuré égal ou inférieur à celui de l'assurance vie du conjoint, jusqu'à concurrence de 200 000 \$, sans devoir fournir une déclaration d'état de santé.

Coût mensuel par tranche de 10 000 \$				
Votre âge	Hom		Femme	
	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur
Moins de 30 ans	0,25	0,42	0,15	0,24
De 30 à 34 ans	0,25	0,45	0,20	0,30
De 35 à 39 ans	0,27	0,54	0,24	0,40
De 40 à 44 ans	0,46	0,91	0,36	0,59
De 45 à 49 ans	0,84	1,63	0,59	0,94
De 50 à 54 ans	1,50	2,59	0,96	1,47
De 55 à 59 ans	2,47	4,25	1,59	2,34
De 60 à 64 ans	3,57	6,10	2,27	3,27
De 65 à 69 ans	5,42	8,77	2,92	4,14
De 70 à 72 ans	10,83	17,54	5,84	8,29

## Assurance vie des enfants

L'assurance vie des enfants vous verse le capital assuré en cas de décès de votre enfant.

## Considérations

Avant de souscrire une assurance vie pour vos enfants, prenez en compte les facteurs suivants :

- Frais funéraires
- Frais de déplacement et d'hébergement à l'hôtel pour les membres de la famille de l'extérieur.
- Absence de travail non rémunérée.

Si vous décidez de souscrire une assurance vie des enfants par l'intermédiaire de l'entreprise, vous pouvez le faire par tranches de capital assuré de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 20 000 \$. Le coût de cette couverture est de 0,82 \$ par mois par tranche de capital assuré. Ce coût est basé sur le niveau de protection choisi et non le nombre d'enfants que vous avez.

Il n'est pas nécessaire de remplir une déclaration d'état de santé pour souscrire cette assurance.

# Assurance maladies graves

L'assurance maladies graves prévoit le versement d'un montant forfaitaire dans le cas où l'employé, le conjoint ou l'enfant est frappé par une maladie grave, par exemple, le cancer, une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral et qu'il survit au diagnostic tel qu'il est décrit dans la partie Frais remboursés. L'assurance maladies graves vise à assurer les personnes qui sont actuellement en bonne santé. Elle peut vous aider à composer avec les coûts supplémentaires associés aux traitements et à la période de convalescence que les régimes provinciaux de soins de santé complémentaires ne couvrent pas, notamment :

- Garde d'enfants
- Perte de revenu pour vous ou la personne responsable des soins
- Nouvelles options de traitement
- Frais de déplacement, comme le transport et l'hébergement

## Seconde opinion médicale

Le programme de seconde opinion médicale vous fournit les services suivants :

- Deuxième avis médical
- Recommandation médicale
- Services administratifs
- Assistance pour admission hospitalière et hébergement à l'extérieur de la province ou du pays
- Soutien psychologique
- Assistance médicale
- Assistance en cas de convalescence
- Services de concierge
- Assistance juridique, y compris en cas de vol d'identité

Si vous bénéficiez de la couverture d'assurance maladies graves, que vous avez reçu un diagnostic pour l'une des maladies couvertes et que vous désirez bénéficier des services du programme de seconde opinion médicale, vous devez communiquer avec AXA Assistance et avoir les renseignements suivants sous la main :

- Le nom de la personne qui appelle, le numéro de téléphone et son lien avec l'assuré;
- Le nom de l'assuré et son numéro de police;
- Le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du lieu de travail du médecin traitant et, le cas échéant, ces mêmes renseignements pour les spécialistes.

Le numéro de téléphone utilisé est le 1-877-266-6550.

## **Assurance maladies graves de l'employé**

Il n'y a pas de régime de base. La couverture est facultative. Vous devez être âgé de moins de 70 ans la première fois que vous souscrivez cette assurance.

Vous pouvez souscrire une assurance maladies graves de l'employé par tranches de capital assuré de 10 000 \$. Il est nécessaire de présenter une déclaration d'état de santé pour toute demande d'augmentation de la protection, à l'exception d'une nouvelle embauche, d'un événement marquant ou durant la période d'inscription annuelle où la couverture n'excédant pas 50 000 \$ est offerte sans présentation d'une déclaration d'état de santé. Vous pouvez acheter une protection minimale de 20 000 \$, jusqu'à un maximum de 200 000 \$. Le coût varie selon les facteurs suivants :

- Votre âge au 1er mars de chaque année;
- Votre sexe et le fait que vous fumez ou non.

## **Assurance maladies graves du conjoint**

Il n'y a pas de régime de base. La couverture est facultative. Votre conjoint et vous devez être âgés de moins de 70 ans la première fois que vous souscrivez cette assurance.

Vous pouvez souscrire une assurance maladies graves du conjoint par tranches de capital assuré de 10 000 \$. Il est nécessaire de présenter une déclaration d'état de santé pour toute demande d'augmentation de la protection, à l'exception d'une nouvelle embauche, d'un événement marquant ou durant la période d'inscription annuelle où la couverture n'excédant pas 50 000 \$ est offerte sans présentation d'une déclaration d'état de santé. Vous pouvez acheter une protection minimale de 20 000 \$, jusqu'à un maximum de 200 000 \$. Le coût varie selon les facteurs suivants :

- L'âge de votre conjoint au 1er mars de chaque année;
- Le sexe de votre conjoint;
- Le fait qu'il fume ou non.

**Coût mensuel par tranche de 10 000 \$ pour employé et conjoint**

Âge	Hommes		Femmes	
	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur
Moins de 30 ans	1,01 \$	1,19 \$	0,95 \$	1,12 \$
De 30 à 34 ans	1,40 \$	1,93 \$	1,66 \$	2,22 \$
De 35 à 39 ans	1,71 \$	2,46 \$	2,05 \$	3,15 \$
De 40 à 44 ans	2,49 \$	4,17 \$	2,76 \$	5,01 \$
De 45 à 49 ans	4,08 \$	8,06 \$	3,86 \$	7,87 \$
De 50 à 54 ans	6,54 \$	14,79 \$	5,15 \$	10,97 \$
De 55 à 59 ans	10,21 \$	24,74 \$	6,85 \$	14,21 \$
De 60 à 64 ans	16,68 \$	39,49 \$	9,63 \$	18,19 \$
De 65 à 69 ans	31,82 \$	68,97 \$	16,51 \$	28,63 \$
De 70 à 72 ans	60,72 \$	123,12 \$	30,47 \$	50,43 \$

## Assurance maladies graves des enfants

L'assurance maladies graves des enfants couvre six autres maladies touchant particulièrement les enfants. Il n'y a pas de régime de base. La couverture est facultative, toutefois, vous devez avoir souscrit une assurance maladies graves de l'employé ou du conjoint pour acheter une assurance maladies graves des enfants. Vous devez être âgé de moins de 72 ans la première fois que vous souscrivez cette assurance.

Vous pouvez souscrire une assurance maladies graves des enfants par tranches de capital assuré de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 20 000 \$.

L'assurance maladies graves des enfants peut uniquement être achetée au moment de l'embauche, de l'inscription annuelle ou à la suite d'un événement marquant. Il n'est pas nécessaire de fournir une déclaration d'état de santé pour s'inscrire à cette protection.

L'assurance maladies graves des enfants protège tous vos enfants admissibles, quel que soit leur nombre.

Seuls les enfants qui répondent à la définition d'enfants à charge admissibles dans le cadre du régime Flex Équipe TELUS peuvent être protégés en vertu d'une assurance maladies graves des enfants.

## Frais remboursés

On entend par maladies graves la détérioration de la santé ou un trouble physique qui, alors que l'assurance de la personne était en vigueur, mène à un diagnostic initial de l'une des maladies ou l'un des problèmes de santé couverts en vertu de l'assurance ou à une chirurgie

couverte, selon la liste de maladies graves présentée plus bas. De plus, pour que la maladie diagnostiquée soit reconnue comme une maladie grave en vertu du régime, le diagnostic doit être posé par un spécialiste et répondre aux critères indiqués dans la section « Définitions des maladies couvertes ». Pour toute chirurgie couverte, un spécialiste doit en confirmer la nécessité sur le plan médical.

## Maladies couvertes

Accident vasculaire cérébral	Insuffisance rénale
Anémie aplastique	Lupus érythémateux disséminé
Angioplastie coronarienne	Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie
Brûlures graves	Maladie de Parkinson ou syndrome parkinsonien atypique
Cancer (mettant la vie en danger)	Maladie du motoneurone
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)	Mélanome au stade 1A
Carcinome intracanalair du sein	Méningite bactérienne
Cécité	Myocardiopathie dilatée
Chirurgie de l'aorte	Paralysie
Chirurgie de remplacement de la hanche	Perte d'autonomie
Chirurgie de remplacement du genou	Perte de la parole
Coma	Perte de membres
Crise cardiaque	Polyarthrite rhumatoïde grave
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	Pontage coronarien
Dystrophie musculaire	Remplacement ou réparation valvulaire
Hépatite virale fulminante	Sclérodermie généralisée
Hypertension artérielle pulmonaire primitive	Sclérose en plaques
Infection professionnelle par le VIH	Surdité
Insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente	Transplantation d'un organe vital
Insuffisance hépatique à un stade avancé	Tumeur cérébrale bénigne

On entend par maladies graves d'un enfant à charge assuré l'une des maladies, conditions ou interventions chirurgicales suivantes qui, alors que l'assurance de la personne était en vigueur, mène à un diagnostic initial de l'une des maladies ou l'un des problèmes de santé couverts en vertu de l'assurance ou à une chirurgie couverte, selon la liste de maladies graves présentée plus bas. De plus, pour que la maladie diagnostiquée soit reconnue comme une maladie grave en vertu du régime, le diagnostic doit être posé par un spécialiste

et répondre aux critères indiqués dans la section « Définitions des maladies couvertes ». Pour toute chirurgie couverte, un spécialiste doit en confirmer la nécessité sur le plan médical.

Brûlures graves	Insuffisance rénale
Cancer (mettant la vie en danger)	Paralyse
Cardiopathie congénitale nécessitant une chirurgie	Paralyse cérébrale
Cécité	Perte de la parole
Coma	Spina bifida
Dystrophie musculaire	Surdité
Fibrose kystique	Syndrome de Down
Handicap intellectuel	Transplantation d'un organe vital
Insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente	Tumeur cérébrale bénigne

Les maladies ou problèmes de santé graves non définis dans les présentes dispositions ne sont pas couverts en vertu de cet avantage. Par conséquent, aucune prestation n'est versée pour une telle maladie.

## Frais non remboursés

Exclusion pour problème de santé préexistant :

- La présence des symptômes dans les douze (12) mois précédant la date d'entrée en vigueur de la couverture individuelle de la personne assurée pour lesquels une personne raisonnablement prudente chercherait à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement;
- Une maladie ou un état de santé pour lesquels la personne assurée, durant les douze (12) mois précédant la date d'entrée en vigueur de sa couverture individuelle, a engagé des frais médicaux, reçu un traitement médical, pris des médicaments sous ordonnance ou sans ordonnance ou consulté un médecin.

## Transformation de la protection

Si vous ou votre conjoint perdez votre couverture d'assurance en raison d'une perte d'emploi, d'un changement de statut matrimonial ou d'un départ à la retraite, vous pouvez maintenir votre protection jusqu'à 100 000 \$ pour vous et votre conjoint et jusqu'à 20 000 \$ pour votre enfant en communiquant avec la SSQ dans les 31 jours suivant la perte de votre assurance.

## Preuve d'assurabilité

En déclarant que vous êtes en bonne santé, vous indiquez à l'assureur que vous ne constituez pas un risque important pour lui en matière d'assurance maladies graves. Pour ce faire, vous devez remplir le formulaire Déclaration d'état de santé du membre, que vous pouvez vous procurer sur le site mesRH.

Vous devez remplir une Déclaration d'état de santé si vous augmentez votre protection au-delà des montants maximaux supérieurs sans preuve d'assurabilité au moment de l'inscription annuelle, en tant que nouvel employé ou à la suite d'un événement marquant.

En plus de cette déclaration, SSQ peut demander un supplément d'information, notamment un prélèvement sanguin ou un examen médical.

## Echéances

Entrée en vigueur de la protection

Si, au moment de l'inscription annuelle, vous souscrivez une assurance pour laquelle vous n'êtes pas tenu de fournir une déclaration d'état de santé, celle-ci entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mars. Si, lors d'une nouvelle embauche ou d'un changement à la suite d'un événement marquant, vous souscrivez une assurance pour laquelle vous n'êtes pas tenu de fournir une déclaration d'état de santé, celle-ci entre en vigueur au début de la période de paie suivant l'inscription.

Toute couverture pour laquelle vous êtes tenu de fournir une preuve d'assurabilité entre en vigueur dès l'approbation de la preuve d'état de santé par SSQ.

## Fin de la protection

L'assurance maladies graves de l'employé prend fin à la première des éventualités ci-dessous :

- la fin de votre emploi;
- vous ou votre conjoint atteignez l'âge de 72 ans;
- votre conjoint ou votre enfant ne correspond plus à la définition de personne à charge admissible.

**Remarque** : L'assurance maladies graves des enfants prend fin lors du paiement d'une demande de règlement pour un enfant. La protection demeure en vigueur pour les autres enfants admissibles pour lesquels aucune demande de règlement n'a été présentée.

## Considérations

Si vous envisagez de souscrire une assurance maladies graves de l'employé, du conjoint ou des enfants, vous devriez prendre en considération quelques-uns des points suivants :

- La situation financière pour les membres de la famille si vous, votre conjoint ou votre enfant deviez tomber soudainement malade.
- La possibilité d'absence de travail non rémunérée.
- La possibilité d'embaucher une personne responsable des soins.
- Les frais pour soins d'enfant.
- Les dépenses liées aux nouvelles options de traitement.
- Les possibles frais de déplacement, comme le transport et l'hébergement.

## Questions fiscales

Vous n'avez pas à payer l'impôt sur le montant forfaitaire versé par l'assurance maladies graves.

Cette assurance facultative que vous souscrivez n'est pas un avantage imposable puisque vous en payez le coût par voie de retenues salariales après impôt.

Les membres de l'équipe au Manitoba, en Ontario et au Québec doivent payer la taxe de vente provinciale sur les primes d'assurance maladies graves.

# Assurance accidents

## Assurance accidents de l'entreprise

Le régime verse le capital assuré à vos bénéficiaires si vous décédez dans un accident admissible n'importe où dans le monde, dans le cadre d'un voyage d'affaires ou d'agrément, 24 h sur 24. Les prestations sont également versées en cas de perte d'un membre ou d'une invalidité permanente. Les prestations fournies par ce régime sont payables en sus de toute autre assurance en vigueur.

## Capital assuré

Le capital assuré est égal à trois fois votre salaire annuel, arrondi à la prochaine tranche supérieure de 1 000 \$.

## Autres avantages

- Si vous devenez invalide, selon la définition de la police d'assurance, à la suite d'un accident admissible, le montant du capital assuré vous sera versé.
- Une couverture en cas de guerre mondiale est fournie, mais exclut les pertes au Canada et aux É.-U.

## Exclusions

Le régime ne fournit pas d'indemnité dans les cas suivants :

- Accident alors que vous êtes en service actif à temps plein dans les forces armées.
- Accident qui survient à bord de tout avion n'ayant pas été essayé, testé ou approuvé auparavant.
- Maladie, grossesse, naissance ou fausse couche, ou toute infection bactérienne sauf celle se produisant à la suite d'une coupure ou d'une blessure accidentelle.
- Suicide ou tentative de suicide, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non.
- Blessures résultant d'un acte de guerre au Canada ou aux É.-U.
- Accident qui se produit alors que vous pilotez ou prenez place à bord d'un avion en tant que membre de l'équipage, sauf dans le cas d'un appareil appartenant à l'entreprise.

## Limitations

- L'invalidité doit être permanente et totale, c'est-à-dire que vous ne pouvez plus occuper d'emploi rémunéré pour le reste de votre vie; l'indemnité est versée après un an d'invalidité et que l'état a été déclaré permanent.
- Toutes les pertes doivent se produire dans l'année suivant la date de l'accident.
- L'indemnité globale maximale payable par suite de tout accident subi dans un avion est de 15 000 000 \$. Si le montant total payable dépasse cette limite, l'indemnité sera versée en montants proportionnels.

## Assurance accidents de l'employé

Vous pouvez aussi souscrire une assurance accidents additionnelle, administrée par la compagnie d'assurance SSQ. Le capital assuré est versé advenant :

- votre décès accidentel;
- une perte ou une perte d'usage accidentelle d'un membre, de la vue, de l'ouïe ou de la mobilité.

Si vous choisissez l'assurance accidents additionnelle par l'intermédiaire de l'entreprise, vous pouvez souscrire un capital assuré par tranches de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 500 000 \$. Le coût de cette assurance est de 0,09 \$ par mois par tranche de capital assuré.

## Bénéficiaires

Les prestations en cas de décès sont versées au(x) bénéficiaire(s) que vous désignez.

Si la personne que vous avez nommée à titre de bénéficiaire n'est plus vivante et que vous n'avez pas nommé de bénéficiaire subsidiaire, les prestations seront versées à votre succession.

Les prestations en cas de tout type de perte vous sont versées à vous-même.

## Assurance accidents du conjoint

Vous pouvez également souscrire une assurance accidents du conjoint. Si vous choisissez de le faire, vous pouvez souscrire un capital assuré par tranches de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 500 000 \$. Le coût de cette assurance est de 0,09 \$ par mois par tranche de capital assuré.

## Assurance accidents des enfants

Vous pouvez également souscrire une assurance accidents des enfants. Si vous choisissez de le faire, vous pouvez souscrire un capital assuré par tranches de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 50 000 \$. Le coût de cette assurance est de 0,09 \$ par mois par tranche de capital assuré, peu importe le nombre d'enfants.

Veillez noter que pour toute perte autre que celle de la vie, les prestations versées dans le cadre de l'assurance accidents des enfants correspondent au double du montant indiqué dans le tableau ci-dessous.

## Considérations

Si votre enfant pratique des sports à l'école, vous devriez comparer le coût de ce régime à celui offert par l'école.

## Détails de la couverture

Consultez le tableau suivant pour obtenir plus d'information sur les montants versés dans le cadre de votre assurance accidents pour des pertes résultant d'un accident ou survenues dans les 365 jours suivant un accident.

Type de perte	% du capital assuré
Vie	100 %
Vision complète des deux yeux	100 %
Parole et ouïe des deux oreilles	100 %
Vision complète d'un œil	66 2/3 %
Parole	66 2/3 %
Ouïe des deux oreilles	66 2/3 %
Ouïe d'une oreille	33 1/3 %
Tous les orteils et un pied	25 %

Type de perte ou de perte d'usage	% du capital assuré
Une main et un pied	100 %
Une main et vision complète d'un œil	100 %
Un pied et vision complète d'un œil	100 %
Un bras ou une jambe	75 %
Une main ou un pied	66 2/3 %
Pouce et index ou au moins quatre doigts de la même main	33 1/3 %
Quadriplégie (paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs)	200 %
Paraplégie (paralysie totale des membres inférieurs)	200 %
Hémiplégie (paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs d'un côté du	200 %

Si vous devez faire une demande de règlement, veuillez communiquer avec un conseiller, Personnes et culture au 604-695-6533.

# Vacances

À TELUS, nous sommes conscients de l'importance de l'équilibre entre le travail et la vie personnelle et du rôle du repos pour refaire le plein, sur le plan tant physique que psychique. Les journées de vacances correspondent aux valeurs essentielles de l'entreprise, et favorisent la santé et le bien-être à long terme tant des membres de l'équipe que de l'entreprise. La philosophie de TELUS a toujours été d'encourager les membres de la haute direction à prendre tous leurs jours de vacances. Dans cette optique, toute journée de vacances non utilisée dans une année civile ne sera pas payée ni reportée.

Nombre d'années de service	Nombre de jours de vacances
De 1 à 24	25
25 et plus	30

# Cessation d'emploi

## Départ volontaire

Si vous quittez volontairement TELUS, les modalités du contrat avec l'assureur et celles de votre entente d'emploi pour membre de la haute direction s'appliqueront.

## Départ involontaire

Si vous êtes licencié par TELUS sans motifs valables, les modalités de votre entente d'emploi pour membre de la haute direction s'appliqueront.

## Décès

Si vous décédez pendant que vous êtes employé à TELUS, les modalités du contrat avec l'assureur et celles de votre entente d'emploi pour membre de la haute direction s'appliqueront.