



Site Web Flexit Croix Bleue Medavie – Guide utilisateur

Programme d'assurance
collective

KDP

Employés non syndiqués –
Keurig Canada Inc.

Employés non syndiqués –
Van Houtte Services de Café Inc.

Employés non syndiqués –
Canada Dry Mott's Inc.

2019

Table des matières

Information générale	3
Accéder au site Web Flexit – Croix Bleue Medavie.....	3
Mot de passe oublié?	3
Changer la langue pour la session	4
Navigation sur les différentes pages du site Web :	4
Adhésion sauvegardée si vous fermez votre session avant d’avoir terminé.....	4
Problèmes techniques :	4
Questions sur les couvertures d’assurance	4
Accès sur le site Web Flexit	5
1. Étape1 : Page Bienvenue au régime de KDP – Je veux m’inscrire, entrer un événement de vie ou visionner mes protections actuelles (après la période d’adhésion terminée).....	5
2. Étape 2 : Page Vérification des renseignements personnels et statut fumeur	8
3. Étape 3 : Page Vérifiez les renseignements sur les personnes à charge et statut fumeur conjoint	8
4. Étape 4 : Page Soins médicaux et dentaires – choix des options.....	11
5. Étape 5 : Page Assurance vie de base, facultative, DMA – Employé/Conjoint/Enfants et désignation des bénéficiaires	12
6. Étape 6 : Page Invalidité de courte durée et de longue durée – Choix des options	15
7. Étape 7 : Page Allocation de la contribution Employeur (dollars Flex) restante parmi trois options	16
8. Étape 8 : Confirmer l’adhésion	17
9. Étape 9 : Impression des formulaires/relevé - Désignation des bénéficiaires et autres.....	18
Annexe A : Compte Mieux-être - Liste des cours ou types d’abonnement éligibles	19

Information générale

Accéder au site Web Flexit – Croix Bleue Medavie

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

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

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



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

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

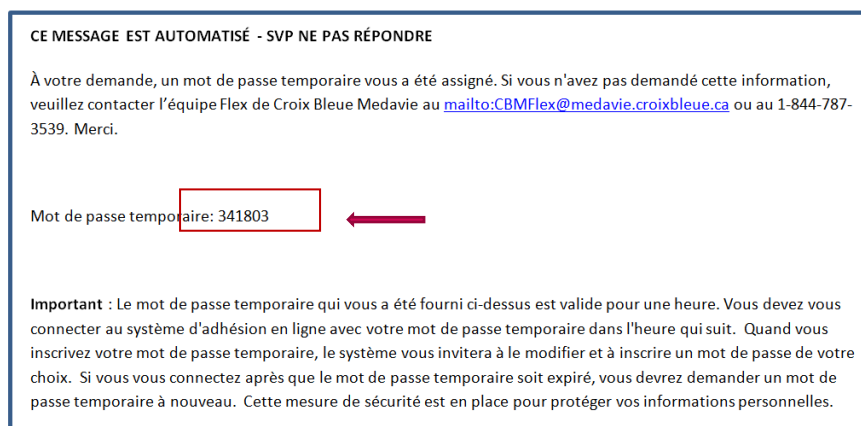
Mot de passe oublié?

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

- Dans la fenêtre **Mot de passe oublié**, veillez entrer votre **Numéro d'employé** et cliquez sur **Envoyer**

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

c. Voici un exemple du courriel que vous recevrez avec votre mot de passe temporaire.



Changer la langue pour la session

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

Je suis fumeur Je suis non fumeur

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Date de naissance : 1965-01-15 Sexe : Féminin Langue : Français

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

Domicile : Travail :

ADRESSE

12 rue Villeray Repentigny, Québec, Canada H2L4J8

ADRESSE ÉLECTRONIQUE

Travail : julia.smith@gmcr.com Pers. :

Si d'autres changements sont requis, communiquez avec votre Partenaire d'affaires ressources humaines au numéro de téléphone ou courriel correspondant.



Annuler

Changer


Suivant


2016 Croix Bleue Medavie. English Protection des renseignements personnel Mentions légales

Navigation sur les différentes pages du site Web :

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

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

Durant le processus d'adhésion, si vous n'avez pas le temps de finaliser votre adhésion en cliquant sur , l'information que vous aurez déjà entrée sera sauvegardée dans le système. À votre prochaine connexion au site

Web, sur la page d'accueil, veuillez cliquer sur  pour finaliser votre adhésion.

Problèmes techniques :

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

Questions sur les couvertures d'assurance

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

Veuillez contacter votre responsable des ressources humaines si vous n'avez pas trouvé la réponse à vos questions au sein des documents fournis.

Accès sur le site Web Flexit

Note importante :

Vous aurez accès aux pages du site Web décrites plus-bas seulement si vous êtes en mode adhésion, ré-adhésion annuelle ou si vous avez un événement de vie (exemple : mariage, naissance, divorce, etc.). Sinon, voici les actions que vous pouvez effectuer sur le site :

1. Consulter les documents d'aide (exemple : brochure).
2. Visionner mes protections actuelles afin de consulter votre relevé de confirmation des couvertures choisies lors de l'adhésion.
3. Visionner vos bénéficiaires pour l'assurance-vie et imprimer le formulaire des bénéficiaires, si vous n'avez pas déjà envoyé à Medavie Croix Bleue, votre formulaire rempli et signé.
4. Visionner, imprimer et remplir le formulaire de preuve d'assurabilité (PA) (ou déclaration de santé) pour toute demande d'assurance-vie en attente d'approbation.
5. Imprimer les formulaires, médical et dentaire pour les réclamations.

Dans le cas d'un événement de vie, nouvelle embauche ou ré-adhésion annuelle, voici les différentes pages qui seront affichées sur le site Web de Croix Bleue Medavie. Voir le détail des étapes suivantes plus-bas :

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

1. Étape1 : Page Bienvenue au régime de KDP – Je veux m'inscrire, entrer un événement de vie ou visionner mes protections actuelles (après la période d'adhésion terminée)

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

The screenshot shows the 'Bienvenue au régime de KDP' page. At the top, there is a navigation bar with 'CROIX BLEUE MEDAVIE' and 'KDP' logos, along with 'Information' and 'Fin de session' links. Below the navigation bar, the user's name 'Julie Smith' is displayed. On the left, there are three menu items: 'Votre dossier personnel', 'Détails sur le régime', and 'Autres formulaires'. The main content area features a large pink banner with the word 'BIENVENUE' and a photo of a group of people. Below the banner, there is a small text box with instructions: 'Si, au cours de l'inscription, vous choisissez "Fin de session", vos données seront enregistrées et vous pourrez reprendre l'inscription plus tard (à l'intérieur de la période d'inscription). Quand vous choisissez "Confirmer", vos choix sont soumis et votre inscription est terminée.' At the bottom, there is a large button labeled 'Je veux m'inscrire' with a right-pointing arrow.

- b. Après la période d'adhésion terminée, voici les choix qui seront affichés :

Two buttons are shown: 'Visualiser mes protections actuelles' and 'Événements de vie', both with right-pointing arrows.

1. Cliquez sur **Visualiser mes protections actuelles** afin d'afficher votre relevé de confirmation de votre dernière adhésion
2. Cliquez sur **Événements de vie**, lorsque votre situation familiale a changé. Vous avez le droit de changer vos couvertures d'assurance pour les événements de vie suivants seulement:
 - i. Mariage, vie commune ou union civile
 - ii. Naissance, adoption ou ajout d'un enfant
 - iii. Divorce, séparation légale ou fin d'une union de fait
 - iv. Décès d'une personne à charge
 - v. Gain ou perte de protection sous le régime du conjoint
 - vi. Fin de l'admissibilité d'un enfant à charge
 - a. En cliquant sur **Événements de vie**, la fenêtre suivante sera affichée :

- i. Veuillez sélectionner la **Date de l'événement de vie** en cliquant sur l'icône du calendrier et ensuite en double-cliquant sur la date :

- ii. Veuillez sélectionner l'événement de vie en cliquant sur un des six choix listés et cliquez sur **Suivant** pour continuer ou cliquez sur **Annuler**, si vous désirez annuler l'entrée d'événement de vie.


- b. En cliquant sur **Suivant**, la fenêtre suivante sera affichée :

- i. Veuillez lire attentivement le texte affiché sous le titre : **Désistement**. Vous devez cliquer sur **J'accepte** lorsque vous attestez avoir bien lu l'information reliée à l'événement de vie que vous venez de déclarer. Sinon, cliquez sur **Je refuse** pour ne plus continuer.
- ii. En cliquant sur **J'accepte**, la page sur les renseignements personnels s'affichera. Cliquez sur **Suivant** pour continuer

c. Sur la page **Événement de vie** :

i. Cliquez sur **+ Pour ajouter une personne à charge** pour ajouter la personne à charge :

1. Entrez le prénom, nom de famille, le lien de parenté avec vous, date de naissance en sélectionnant le mois, le jour et l'année ainsi que le genre et cliquer sur **Enregistrer**

ii. Sinon, cliquer sur  pour inactiver une personne à charge déjà existante

iii. Cliquez sur **Suivant** pour continuer

iv. Allez à l'étape 4 de ce document pour continuer le processus de vos choix jusqu'à la confirmation à la fin pour votre événement de vie

1. Note : Si à la fin de vos sélections, vous recevez des dollars Flex en sus, vous pouvez assigner ces dollars Flex en sus dans le compte REER.

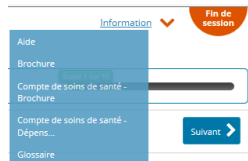
c. Documents d'aide :

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

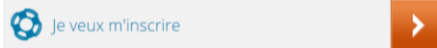
1. **Votre dossier personnel** : Renseignements de votre dossier
2. **Détails sur le régime** : Liste des différents documents disponibles comme la brochure, guide utilisateur, etc.

3. **Autres formulaires** : En cliquant sur ce lien, une liste de formulaires disponibles que vous pourrez remplir et imprimer s'affiche, ex. : Règlement - soins de santé et règlement - soins dentaires

2. En cliquant sur le lien **Information**, une liste de documents de référence est également offerte

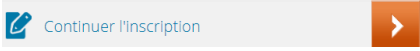


d. Pour une nouvelle adhésion ou pour la réadhésion annuelle, pour débuter l'adhésion, cliquez sur

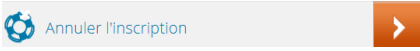


qui se trouve au bas de l'écran

1. Si vous aviez déjà sauvegardé votre adhésion et que vous désirez continuer celle-ci, cliquez

sur  qui se trouve au bas de l'écran

2. Si vous aviez déjà sauvegardé votre adhésion et que vous désirez annuler celle-ci et

recommencer le tout, cliquez sur  qui se trouve au bas de l'écran

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

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

Vérification des renseignements personnels



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

b. Veuillez vérifier si vos renseignements personnels sont exacts dans les sections :

Renseignements personnels, Adresse et Adresse électronique au travail

i. **NOTE IMPORTANTE** : Veuillez vérifier que votre adresse est exacte car votre carte vous sera envoyée par la poste à la maison

ii. Si les renseignements sont incorrects :

- Si l'adresse courriel du travail ou votre adresse postale est incorrecte, veuillez contacter votre responsable des ressources humaines

c. Lorsque vous avez terminé la vérification des renseignements personnels dans Flexit, cliquez sur



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

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

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

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

Je soussigné déclare m'être abstenu de faire usage de tabac sous toutes ses formes dans les douze (12) derniers mois, quelle que soit la fréquence de cet usage.

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

- c. Pour ajouter une personne à charge :

1. Cliquez sur 

Pour ajouter une personne à charge


Prénom : Nom :

Initiale du 2e prénom :

Lien de parenté :

Date de naissance : février 4 1993 Sexe : Féminin

Couverte sous ce régime Couverte sous un autre régime

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

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

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

2. Note2 : Si vous avez un enfant avec une déficience fonctionnelle, veuillez contacter votre responsable des ressources humaines, car votre enfant doit être ajouté par un administrateur



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

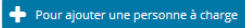
- d. Pour modifier une personne à charge ou inactiver une personne à charge:


Simon Allen



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


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

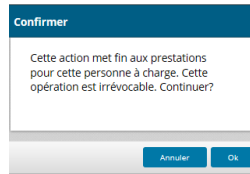


1. Veuillez cliquer sur  pour modifier les renseignements de la personne à charge

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

2. Veuillez cliquer sur  pour inactiver une personne à charge

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



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

[Ok](#)

iii. Sinon, si vous ne désirez pas inactiver cette personne à charge, cliquez sur [Annuler](#)

e. Pour passer à la page suivante, cliquez sur [Suivant >](#)

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

Veillez vous référer à la brochure (en cliquant sur **Information** en haut de l'écran du site Flexit)

Option	Protection	Catégorie	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenue par paie	Choisir
1	Renonciation	-	0,00 \$			<input type="radio"/>
2	Torrification légère	Familial	1 695,96 \$	1 695,96 \$	0,00 \$	<input checked="" type="radio"/>
3	Torrification moyenne	Familial	2 299,60 \$			<input type="radio"/>
4	Torrification foncée	Familial	3 111,72 \$			<input type="radio"/>

Option	Protection	Catégorie	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenue par paie	Choisir
1	Renonciation	-	0,00 \$			<input type="radio"/>
2	Torrification légère	Familial	775,32 \$	775,32 \$	0,00 \$	<input checked="" type="radio"/>
3	Torrification moyenne	Familial	1 222,60 \$			<input type="radio"/>
4	Torrification foncée	Familial	2 014,56 \$			<input type="radio"/>

a. La section **Soins médicaux**

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

i. Option 1 : Renonciation

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

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

Renonciation à la garantie Soins médicaux

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

Raison de la renonciation :

Preuve de protection

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

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

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

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

2. Pour modifier la protection des personnes à charge, veuillez cliquer sur

Modifier la protection des personnes à charge

dans la section Soins médicaux. Une fenêtre s'ouvrira afin de faire les modifications nécessaires.

b. La section **Soins dentaires**

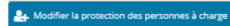
1. Colonne **Choisir** : vous pouvez sélectionner parmi les options suivantes (vous pouvez consulter le détail en vous positionnant sur le symbole **i** vis-à-vis l'option ou consultez votre brochure). Veuillez cocher la case **Choisir** pour l'une des options suivantes :

i. Option 1 : Renonciation

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

- i. La raison, le nom de l'autre assureur ainsi que le no. de la police
- ii. Option 2 : Torréfaction légère
- iii. Option 3 : Torréfaction moyenne
- iv. Option 4 : Torréfaction foncée

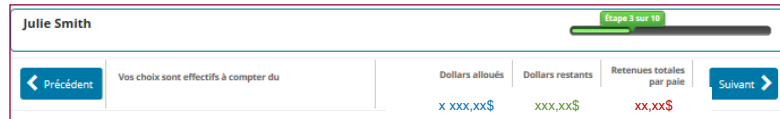
2. Pour modifier la protection des personnes à charge, veuillez cliquer sur



dans la section Soins dentaires. Une fenêtre s'ouvrira afin de faire les modifications nécessaires.

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

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




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


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





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

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

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



ii. Veuillez entrer le pourcentage que vous désirez octroyer à ce bénéficiaire dans le champ %. Si vous avez plusieurs bénéficiaires, le total des % doit évaluer 100% et cliquez sur  sinon cliquez sur 

iii. Pour inactiver un bénéficiaire (révocable seulement), veuillez cliquer sur 

- v. Si le bénéficiaire que vous désirez désigner ne fait pas partie de la liste courante, veuillez cliquer sur [+ Ajouter un nouveau bénéficiaire](#)

Ajouter un nouveau bénéficiaire

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

Le bénéficiaire est : Personne Succession Organisme de charité

Prénom :

Initiale du 2e prénom :

Nom de famille :

Lien de parenté : Choisir

Date de naissance : Choisir Choisir Choisir

Fiduciaire :

Désignation : Révocable Irrévocable

[Annuler](#) [Ajouter](#)

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

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

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

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

[Bénéficiaires](#) [En attente](#)

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

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

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

Assurance vie facultative - Conjoint

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

Montrer/Cacher la liste complète des options

- i. Cliquez sur **Montrer/Cacher la liste complète des options** afin d'afficher toute la liste des couvertures de garanties disponibles par tranche de 10 000\$
- ii. Colonne **Choisir** : vous pouvez sélectionner de l'assurance vie facultative pour le conjoint jusqu'à 300 000 \$ en cochant la case **Choisir** correspondant à la couverture de la garantie désirée

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

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

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

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

Assurance vie facultative - Enfants

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

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

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

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

Option	Description	Protection	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenue par paie	Choisir
1	1 x le salaire annuel	57 000,00 \$	20,52 \$	0,00 \$	0,79 \$	<input checked="" type="radio"/>

Bénéficiaires

Assurance décès et mutilation accidentels facultative (DMA) – Employé

Option	Description	Protection	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenue par paie	Choisir
1	Aucune protection	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	<input checked="" type="radio"/>
2	1 x le salaire annuel	57 000,00 \$	23,94 \$			<input type="radio"/>
3	2 x le salaire annuel	113 000,00 \$	47,66 \$			<input type="radio"/>
4	3 x le salaire annuel	169 000,00 \$	70,98 \$			<input type="radio"/>
5	4 x le salaire annuel	226 000,00 \$	94,92 \$			<input type="radio"/>
6	5 x le salaire annuel	282 000,00 \$	118,44 \$			<input type="radio"/>

Assurance décès et mutilation accidentels facultative (DMA) – Conjoint

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

Montrer/Cacher la liste complète des options

1. Dans la section *Assurance décès et mutilation accidentels de base (DMA) – Employé*

- i. La garantie 1 x le salaire annuel est automatiquement sélectionné
- ii. Pour l'assurance décès et mutilation accidentels, vous devez désigner également un (des) bénéficiaire(s) pour cette garantie en cliquant sur **Désignation de bénéficiaire** (voir instructions au point 5.b.3)

3. Dans la section *Assurance décès et mutilation accidentels facultative (DMA) – Employé*
 - i. Colonne **Choisir** : vous pouvez sélectionner de l'assurance vie MMA jusqu'à 5 x votre salaire en cochant la case **Choisir** correspondant à la couverture de la garantie désirée
 4. Dans la section *Assurance décès et mutilation accidentels facultative (DMA) – Conjoint*
 - i. Cliquez sur **Montrer/Cacher la liste complète des options** afin d'afficher toute la liste des couvertures de garanties disponibles par tranche de 10,000 \$
 - ii. Colonne **Choisir** : vous pouvez sélectionner de l'assurance vie facultative pour le conjoint jusqu'à 300 000 \$ en cochant la case **Choisir** correspondant à la couverture de la garantie désirée
- g. La section **Assurance maladies graves – Employé et Conjoint**

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

Montrer/Cacher la liste complète des options

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

Montrer/Cacher la liste complète des options

1. Dans la section *Assurance maladies graves - Employé*:
 - i. Cliquez sur **Montrer/Cacher la liste complète des options** afin d'afficher toute la liste des couvertures de garanties par tranche de 5 000 \$
 - ii. Colonne **Choisir** : vous pouvez sélectionner de l'assurance Maladies graves jusqu'à 200 000 \$ en cochant la case **Choisir** correspondant à la couverture de la garantie désirée
2. Dans la section *Assurance maladies graves – Conjoint* :
 - i. Cliquez sur **Montrer/Cacher la liste complète des options** afin d'afficher toute la liste des couvertures de garanties par tranche de 5 000 \$
 - ii. Colonne **Choisir** : vous pouvez sélectionner de l'assurance Maladies graves jusqu'à 200 000 \$ en cochant la case **Choisir** correspondant à la couverture de la garantie désirée
 1. Lorsque qu'un * est affiché dans la case **Choisir** :
 - a. Si vous avez sélectionné par exemple, une assurance vie facultative et que le montant représente plus que 50 000 \$, l'excédant entre 50 000\$ et la couverture demandée doit être approuvé par l'assureur. Vous devez remplir le formulaire de demande d'assurabilité et l'envoyer à l'assureur (voir point 9.b.3) à la fin toute fin du processus

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

Assurance invalidité							
La garantie d'invalidité de courte durée est entièrement payée par votre employeur.							
Invalidité de courte durée							
Option	Protection	Versement de prestations libre d'impôt	Preuve d'assurabilité requise	Coût annuel	Dollars appliqués	Retenue par paie	Choisir
1	813,00 \$ par semaine	Non	Non	499,51 \$	499,51 \$	0,00 \$	<input checked="" type="radio"/>

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

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

1. La garantie de courte durée est automatiquement sélectionnée

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

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

i. Option 1 :

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

ii. Option 2 :

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

iii. Option 3 :

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

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

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

Employeur dollars flex

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

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

TOTAL : 0,00 \$

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


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

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

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














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


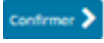
1. **Compte gestion santé** : vous pouvez allouer un certain montant ou le montant total dans ce compte lorsque vous aurez des factures de réclamation pour des frais médicaux ou dentaires raisonnables qui ne sont pas couverts par votre régime courant. Le montant remboursé est un avantage imposable au palier provincial des résidents du Québec.
2. **Compte mieux-être** : vous pouvez allouer un certain montant ou le montant total dans ce compte lorsque vous aurez une facture pour un abonnement à une gym ou un cours de yoga par exemple, au cours de l'année de la couverture d'assurance. Le montant remboursé est un avantage imposable au palier provincial des résidents du Québec.



1. Note : Voir la liste des cours ou les types d'abonnement éligibles pour ce compte à l'Annexe A.
3. **Régime enregistré d'épargne retraite (REER)** : vous pouvez allouer un certain montant ou le montant total dans ce compte. Pour ce type de compte, vous devez obligatoirement participer au REER collectif
 - b. Selon les explications citées précédemment, veuillez entrer le **montant** ou les montants dans un ou plusieurs champs suivants :
 1. **Compte gestion santé, Compte mieux-être** et/ou **REER**
 2. Si le montant **contient des décimales, vous devez entrer une ',' (virgule) pour désigner les décimales**, ex. : 236,99
 3. Le champ **Total** au bas de l'écran doit évaluer le montant en haut de l'écran : **Dollars restants** car vous devez allouer tous les dollars restants dans un ou plusieurs comptes
 - c. Vous pouvez également visionner une autre fois le montant qui sera prélevé sur votre paie dans le champ **Retenues totales par paie** au haut de l'écran
 - d. Une fois que vous avez terminé d'entrer les montants sur cette page, cliquez sur 

8. Étape 8 : Confirmer l'adhésion

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



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

- b. Si vous désirez faire des changements sur une de vos garanties, avant de confirmer, cliquez sur  (qui se trouve dans la dernière colonne **Action**) pour la garantie que vous désirez changer
- c. **Confirmer l'adhésion** : En visionnant ces garanties, si vous êtes satisfait avec vos choix, veuillez cliquer sur  pour compléter votre adhésion. Une fois que vous avez confirmé, pendant la période d'adhésion, vous pourrez modifier votre adhésion et reconfirmer vos choix. Par contre, après la période d'adhésion, vous ne pourrez plus faire de changements.

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

Confirmez votre inscription

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

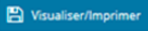
9. Étape 9 : Impression des formulaires/relevé - Désignation des bénéficiaires et autres

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

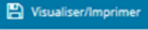
Le processus de sélection de vos choix est maintenant terminé.

Merci Julie Smith.

Vos nouveaux choix sont confirmés et transmis.

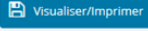
Relevé de confirmation 

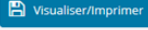
La désignation de bénéficiaire n'est effective que sur signature, datage et retour du formulaire

Désignation de bénéficiaire 

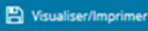
Ces formulaires sont nécessaires pour obtenir la protection demandée

Assurance vie facultative - Employé

Lettre de présentation 

Questionnaire 

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

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

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

2. Désignation de bénéficiaire:

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

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

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

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

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

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

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