

# Services aux promoteurs de régime

## Guide de gestion SunAvantage

*Utilisez ce guide ainsi que le Guide de gestion pour les régimes collectifs gérés par le client si vous gérez vos garanties en ligne au moyen de notre site Web des Services aux promoteurs de régime.*

*Pour consulter la version la plus récente de chaque guide, rendez-vous sur la page d'accueil de notre site des Services aux promoteurs de régime.*

La vie est plus radieuse sous le soleil

Financière   
Sun Life

# Table des matières

<b>Introduction – Services aux promoteurs de régime</b>	<b>3</b>
Votre code d'accès et votre mot de passe	3
Protection des renseignements personnels sur les participants	4
Pour commencer	5
Renseignements sur les participants	6
À propos des dates d'effet	7
<b>Types de régimes et dates d'effet</b>	<b>8</b>
Détermination des dates d'effet	8
Taux de participation de 100 % (régimes à adhésion obligatoire)	8
Taux de participation autre que 100 % (régimes à adhésion facultative)	8
À propos de la RAMQ	9
Régimes combinant l'adhésion obligatoire et l'adhésion facultative	9
Couverture nécessitant une attestation de bonne santé (voir la section <i>Adhésion au régime</i> )	9
Lorsqu'un participant refuse la couverture	9
Réintégration d'un ancien participant	10
Si votre régime comprend des garanties facultatives	10
<b>Adhésion au régime</b>	<b>11</b>
L'enveloppe d'adhésion	11
Autres renseignements sur le formulaire d'adhésion	11
Attestation de bonne santé (déclaration d'état de santé) exigée	12
Présentation d'une déclaration d'état de santé	12
<b>Désignation d'un bénéficiaire</b>	<b>13</b>
Bénéficiaires révocables et irrévocables	13
Modification d'une désignation de bénéficiaire	13
Autres renseignements sur les désignations de bénéficiaire	14
Désignation de bénéficiaire au Québec	16
<b>Tenue des dossiers sur les participants</b>	<b>17</b>
Changements concernant le participant	17
Changement de situation personnelle (passage de la couverture individuelle à la couverture familiale)	17
Ajout ou radiation de personnes à charge, de nouveau-nés, d'un conjoint, etc.	18
Mise à jour des renseignements sur les étudiants	18
Ajout d'une couverture initialement refusée par le participant parce qu'il bénéficiait d'une couverture comparable	19
Cessation de la couverture	19
Modification de la couverture en raison de l'âge ou du départ à la retraite	20
Modification d'une désignation de bénéficiaire	20
Participants dont la demande de règlement invalidité a été acceptée	20

Congé de maternité/congé parental	20
Décès d'un participant	21
Ajout ou modification de garanties Vie facultative	21
<b>Relevés administratifs</b>	<b>22</b>
Relevés administratifs disponibles	22
<b>Souscription d'une assurance individuelle à la cessation ou à la réduction de la couverture groupe</b>	<b>23</b>
<b>Demandes spéciales (dérogations administratives)</b>	<b>24</b>
Exonération de la période probatoire	24
Autres dérogations administratives	24
<b>Dans quelles circonstances les primes payées par l'employeur sont-elles un avantage imposable?</b>	<b>25</b>
<b>Primes</b>	<b>27</b>
<b>Guides et information</b>	<b>28</b>
Votre guide de gestion	28
Formulaires	28
Caractéristiques du régime	28
Régimes provinciaux d'assurance-maladie	28
<b>Présentation des demandes de règlement</b>	<b>29</b>
En ligne et par voie électronique	29
Sur papier – Par la poste	29
Coordination des prestations avec d'autres régimes	30
Règlements de frais médicaux	31
Soins médicaux reçus à l'extérieur de la province	31
Régimes de règlement direct des frais de médicaments	31
Règlements de frais dentaires	34
Règlements au titre du compte Soins de santé	35
Règlements invalidité	35
Règlements Vie	35
Prêt-secours	39
Autres demandes de règlement	39
<b>Formulaires de gestion et de demande de règlement</b>	<b>40</b>
<b>Comment nous joindre</b>	<b>41</b>

Les garanties collectives sont offertes par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

# Introduction – Services aux promoteurs de régime

## Remarques :

Pour remplacer votre mot de passe, cliquez sur *J'ai oublié mon mot de passe* à la page d'ouverture de session du site des Services aux promoteurs de régime.

Ne communiquez votre code d'accès et votre mot de passe à personne. Ils sont d'une importance cruciale pour la protection des données dont nous disposons sur vous et sur les participants de votre régime.

Le site des Services aux promoteurs de régime de la Financière Sun Life est un outil Web axé sur les clients qui vous permet de vous occuper des aspects les plus fondamentaux et les plus complexes de votre programme de garanties collectives. Il facilite et accélère la tenue des registres et met l'information à votre portée – dès que vous en avez besoin. Nous vous fournissons également un guide de gestion sur le compte Soins de santé, si celui-ci s'applique à votre régime.

**Le site des Services aux promoteurs de régime vous permet d'effectuer les opérations suivantes :**

- inscrire les participants et mettre à jour les données qui les concernent ;
- résilier ou remettre en vigueur leur couverture ;
- produire et imprimer le sommaire de la couverture à l'intention des participants ;
- voir le détail de la couverture prévue par votre régime ainsi que les caractéristiques de celui-ci ;
- télécharger et imprimer divers formulaires standard touchant la gestion des garanties ;
- visualiser et imprimer un relevé de primes mensuel.

**Pour utiliser le site des Services aux promoteurs de régime, vous avez besoin de ce qui suit :**

- Windows 2000 ou une version plus récente ;
- un accès Internet offrant une performance adéquate (modem de 56 Ko ou plus rapide) ;
- chiffrement sur 128 bits ;
- le logiciel Adobe Acrobat Reader 7.0 ou une version plus récente ;
- Internet Explorer version 8.0 ou Mozilla Firefox version 2 ou une version plus récente ;
- un code d'accès et un mot de passe ;
- le présent guide de gestion, votre contrat de garanties collectives et la brochure sur les garanties.

## Votre code d'accès et votre mot de passe

La sécurité est d'une importance cruciale lorsque vous utilisez Internet pour la gestion de votre programme de garanties. Les méthodes que nous utilisons pour assurer la protection et la confidentialité des données comprennent notamment, outre notre site protégé par mot de passe, une capacité élevée de chiffrement, des coupe-feu et des dispositifs de sécurité physique de premier ordre sur le site du serveur.

Votre adjoint à la gestion, service clientèle communiquera avec vous pour vous donner votre code d'accès et votre mot de passe.

Lorsque vous les aurez reçus, rendez-vous à l'adresse <http://www.sunlife.ca/promoteur>, inscrivez-les dans les zones appropriées et cliquez sur **Soumettre**.

Pour des raisons de sécurité, la première fois que vous utiliserez le site Web, le système vous demandera de changer votre mot de passe, d'entrer votre date de naissance, de choisir une question de contrôle dans la liste présentée et d'entrer une réponse que vous seul connaissez. Si vous venez à oublier votre mot de passe, vous pourrez en choisir un nouveau en ligne en cliquant sur **Avez-vous oublié votre code d'accès?**, en entrant votre date de naissance et en répondant correctement à la question de contrôle, ce qui permettra au système de confirmer votre identité.

## Guide de référence rapide

Ce document, qui présente aux participants un sommaire des renseignements sur les garanties les plus fréquemment consultés, est inclus dans tous les dossiers de bienvenue et d'adhésion. Les participants peuvent consulter la brochure explicative dans son intégralité en s'inscrivant en ligne à l'adresse [www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca). Ils peuvent aussi en obtenir une copie papier sur demande.

Vous devriez également fournir, si vous ne l'avez pas déjà fait, une adresse électronique valide. Lorsque ce sera fait, vous recevrez un courriel de confirmation de la Sun Life. Veuillez suivre les instructions qu'il contient afin de compléter le processus de validation.

L'utilisation des Services aux promoteurs de régime (SPR) vous permet, en votre qualité de gestionnaire de régime, de tenir les dossiers sur les participants à jour directement dans notre système de gestion en ligne. Pour notre part, nous produisons votre relevé de primes mensuel en nous basant sur ces renseignements. Le présent guide a été conçu pour vous aider. Il décrit ce que vous devez faire pour assurer la gestion quotidienne de votre régime et il doit être utilisé en conjonction avec votre contrat de garanties collectives et la brochure explicative.

Un volet essentiel de votre rôle consiste à mettre à jour sans délai tous les renseignements sur les participants dont nous avons besoin pour effectuer les règlements et produire votre relevé de prime mensuel. Vous devez conserver à vos bureaux tous les formulaires d'adhésion et les modifications apportées aux dossiers des participants, y compris les désignations de bénéficiaires.

Bien que ce guide ait été conçu pour couvrir de manière générale votre régime de garanties, il peut contenir des références à certaines garanties ou clauses qui ne s'appliquent pas à votre régime. Le cas échéant, veuillez ne pas en tenir compte.

### Note :

Le présent guide ne remplace pas les dispositions de votre contrat de garanties collectives. Vous avez la responsabilité de gérer votre régime conformément aux dispositions de votre contrat.

Lorsque vous correspondez avec nous, veuillez toujours indiquer le nom de votre entreprise et votre numéro de contrat. Si vous écrivez au sujet d'un participant, n'oubliez pas d'inscrire son nom au complet et son numéro d'identification.

## Protection des renseignements personnels sur les participants

Nous nous engageons à protéger le caractère confidentiel des renseignements personnels que nous possédons sur les participants de votre régime. Notre engagement à l'égard de la protection des renseignements personnels énonce une série commune et uniforme de principes auxquels adhèrent toutes les compagnies du groupe Financière Sun Life. Chaque année, tous nos représentants et tous nos employés sont tenus de s'engager par écrit à respecter nos Règles de conduite professionnelle, qui couvrent notamment la protection des renseignements personnels.

Nos principes directeurs et nos règles en matière de protection des renseignements personnels au Canada régissent entre autres la façon dont nous devons collecter, utiliser et communiquer les renseignements personnels. Les renseignements médicaux confidentiels des participants ne sont pas communiqués aux promoteurs de régime, aux médecins, au personnel du centre médical du lieu de travail du participant ni aux représentants légaux sans le consentement du participant et, lorsqu'ils le sont, ce n'est que dans des circonstances très précises. En votre qualité de gestionnaire du régime, vous pourriez avoir en main des documents qui contiennent des renseignements personnels sur vos employés et les personnes à leur charge. Nous comptons sur vous pour respecter de la même manière les renseignements personnels sur les participants au cours de vos activités de gestion quotidiennes.

Vous trouverez sur le site [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca) les principes directeurs et les règles en matière de protection des renseignements personnels qui régissent notre Organisation canadienne.

## Remarques :

- Sélectionnez **Garanties collectives** dans la barre de menus n'importe quand pour retourner à la page d'accueil.

**Besoin d'aide?** Consultez votre guide de gestion ou notre **Foire aux questions** pour trouver l'information voulue.

Lorsque vous avez fini, cliquez sur **Fermer la session**, pour assurer la protection de vos données.

- Conservez les renseignements sur les participants dans un endroit sûr.

Vous pouvez apporter plusieurs changements au dossier d'un participant au cours du même jour ouvrable, s'ils ont tous la même date d'effet.

Un relevé Sommaire de la couverture doit être remis au participant chaque fois que des modifications sont apportées aux renseignements.

## Pour commencer

Lorsque vous avez entré votre code d'accès et votre mot de passe, la page d'accueil du site des **Services aux promoteurs** s'affiche. À partir de cette page, vous pouvez :

- choisir une application ;
- lire des messages visant à vous renseigner sur divers sujets ;
- sélectionner des liens vers des renseignements utiles.

Cliquez sur **Gestion des garanties collectives** pour accéder aux fonctions de gestion en ligne.

La page d'accueil de l'outil Gestion des garanties collectives vous donne accès à diverses fonctions concernant les participants et la gestion administrative du régime. Les options offertes peuvent varier selon le droit d'accès dont vous disposez et les caractéristiques de votre régime.

### Barre de navigation

Barre de menus située au haut de l'écran et à partir de laquelle vous pouvez accéder à toutes les options de gestion des garanties. Lorsque vous sélectionnez les rubriques **Participants, Facturation et relevés** ou **Guides et information**, un menu déroulant s'affiche.

### Garanties collectives

Commande de la barre de navigation que vous pouvez sélectionner n'importe quand pour retourner à la page d'accueil de l'outil.

### Aide

Option que vous pouvez sélectionner pour trouver de l'information sur la façon de changer la langue d'affichage ou de modifier votre profil et sur beaucoup d'autres sujets.

### Communiquez avec vous

Option que vous pouvez sélectionner pour trouver le numéro de téléphone à composer si vous avez des questions.

### Profil

Option que vous pouvez sélectionner pour changer votre mot de passe, vos renseignements de vérification ou votre adresse électronique. (Pour modifier votre mot de passe en ligne, vous devez avoir indiqué votre adresse électronique.)

### Fermer la session

Bouton à sélectionner pour sortir du site et protéger vos données.

### Liens rapides

Accès direct aux fonctions les plus utilisées

### Afficher les données sur un participant

Section qui permet de chercher l'enregistrement d'un participant par nom, par code d'identification ou à l'aide de caractères de remplacement (fonction utile lorsque vous ne disposez que de renseignements incomplets).

### Participants

Section qui permet d'accéder rapidement aux fonctions les plus souvent utilisées.

### Guides et information

Section qui permet d'accéder rapidement à des ressources utiles.

---

## Renseignements sur les participants

Vous trouverez à la section Participants les fonctions utilisées pour la gestion des renseignements sur les participants :

- Afficher les données sur un participant
- Ajouter un participant
- Modifier les données sur un participant
- Réintégrer un participant
- Radier un participant
- Demandes spéciales
- Mettre à jour des salaires

L'accès en mode interrogation vous permet de visualiser les renseignements sur les participants et d'accéder aux demandes spéciales.

## À propos des dates d'effet

La plupart des modifications que vous pouvez apporter sur le site des Services aux promoteurs exigent que vous entriez une date d'effet (la date à laquelle vous désirez que le changement s'applique).

### Façon de procéder

---

Ajout d'un participant

#### Renseignements sur le participant

- Inscrivez la date d'embauche du participant, et le système appliquera la période probatoire, s'il y a lieu, pour établir la date d'effet.

#### Renseignements sur les garanties

- Le système établit les dates d'effet des garanties.
  - Lorsqu'une période probatoire s'applique, la date d'effet est arrêtée au jour suivant l'expiration de la période probatoire.
- 

Modification des données sur un participant

#### Renseignements sur le participant

- La date d'effet est la date à laquelle l'événement (naissance, adoption, mariage, etc.) s'est produit.

#### Renseignements sur les garanties

- La date d'effet ne peut pas être antérieure aux dates d'effet des garanties ou à la date d'embauche du participant.
- 

Réintégration d'un participant

#### Renseignements sur le participant

- La date d'effet est la date à laquelle le participant retourne au travail.

#### Renseignements sur les garanties

- Si aucune période probatoire ne s'applique, la date d'effet est la date à laquelle le participant retourne au travail.
  - Si une période probatoire s'applique, la date d'effet est le jour qui suit l'expiration de la période probatoire.
- 

Radiation d'un participant

#### Renseignements sur le participant

- La date d'effet est la date à laquelle la couverture du participant prend fin.
-



# Types de régimes et dates d'effet

Quel type de régime avez-vous? Il est important de le savoir, puisque certains détails d'ordre administratif, comme les dates d'effet, reposent sur le type de régime que vous avez souscrit. Veuillez vous reporter au taux de participation prévu par votre contrat pour vous assurer que tous les salariés admissibles adhèrent au régime conformément aux dispositions du contrat.

## Détermination des dates d'effet

Si votre contrat prévoit une période probatoire, les participants doivent satisfaire à cette période avant que leur couverture n'entre en vigueur.

Pour que la couverture entre en vigueur, le participant doit être activement au travail à la date où sa couverture devrait normalement commencer.

## Taux de participation de 100 % (régimes à adhésion obligatoire)

La couverture entre en vigueur le lendemain de la date à laquelle le participant satisfait à la période probatoire et aux autres exigences liées à l'admissibilité.

## Taux de participation autre que 100 % (régimes à adhésion facultative)

Veillez à ce que les adhésions soient traitées sans délai. La date d'effet de la couverture est déterminée comme suit :

Si vous recevez le formulaire d'adhésion...	La date d'effet est...
<ul style="list-style-type: none"><li>• au plus tard à la date où le salarié devient admissible</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• la date à laquelle le salarié devient admissible</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• dans les 31 jours suivant la date où le salarié est devenu admissible</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• la date à laquelle le formulaire d'adhésion a été signé</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• plus de 31 jours après la date à laquelle le salarié est devenu admissible. Le participant est alors considéré comme un adhérent tardif. Le participant et les personnes à sa charge admissibles doivent remplir une Déclaration d'état de santé en guise d'attestation de bonne santé.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• la date à laquelle nous acceptons la Déclaration d'état de santé. Dans le cas de la garantie Frais dentaires, la prestation maximale peut être réduite. Nous vous informerons par écrit de notre décision.</li></ul>

## Remarque :

Si votre contrat comprend des garanties maladie, accident ou invalidité et si vous avez un établissement au Québec, votre contrat doit satisfaire aux exigences du Régime d'assurance-médicaments du Québec. Autrement dit, la protection à l'égard des frais de médicaments offerte par la garantie Frais médicaux de votre régime doit être au moins égale à celle du régime général qu'offre le gouvernement du Québec, et la participation à votre régime doit être une condition d'emploi, tant en ce qui touche la couverture des participants que celle des personnes à charge (à moins que les participants et les personnes à charge bénéficient d'une couverture comparable au titre d'un autre régime – par exemple, le régime du conjoint).

## À propos de la RAMQ

Si votre contrat comprend des garanties en cas de maladie, d'accident ou d'invalidité et si vous avez un établissement au Québec, votre contrat doit satisfaire aux exigences du Régime d'assurance-médicaments du Québec. Autrement dit, la protection à l'égard des frais de médicaments offerte en vertu de la garantie Frais médicaux de votre régime doit être au moins égale à celle du régime général qu'offre le gouvernement du Québec, et la participation à votre régime doit être une condition d'emploi, tant en ce qui touche la couverture des participants que celle des personnes à charge (à moins que les participants et les personnes à charge bénéficient d'une couverture comparable au titre d'un autre régime – par exemple, le régime du conjoint).

## Régime combinant l'adhésion obligatoire et l'adhésion facultative

La date d'effet des garanties est établie d'après les règles énoncées ci-dessus en ce qui touche chaque type de régime.

## Couverture nécessitant une attestation de bonne santé (voir la section *Adhésion au régime*)

Les garanties entrent en vigueur à la date à laquelle le salarié devient admissible ou à la date d'acceptation de la Déclaration d'état de santé, si cette date est postérieure.

## Lorsqu'un participant refuse la couverture

### Couverture comparable :

- Les participants peuvent refuser la couverture prévue par la garantie Frais médicaux ou Frais dentaires parce qu'ils bénéficient déjà d'une couverture comparable au titre d'un autre régime collectif\*. Ils peuvent refuser la couverture pour eux-mêmes et les personnes à leur charge, ou pour les personnes à leur charge seulement.

### Toute autre raison :

- Régime à adhésion obligatoire – Les participants ne peuvent pas refuser la couverture s'il s'agit d'un régime à adhésion obligatoire.
- Régime à adhésion facultative – Les participants peuvent refuser globalement la couverture prévue par le régime, ou la couverture de toutes les personnes à charge seulement, mais ils ne peuvent pas adhérer à certaines garanties et en refuser d'autres.

\* Le plus souvent, le participant bénéficie d'une couverture comparable au titre du régime de son conjoint. Toutefois, il arrive qu'un participant soit également couvert par un autre régime collectif à titre d'employé actif ou de retraité.

---

Régime à adhésion facultative : Dans tous les cas où le participant refuse d'adhérer à une garantie, il doit le faire par écrit. Faites-lui remplir et signer le formulaire *Refus d'assurance*, qui atteste que la couverture lui a été offerte mais qu'il l'a refusée.

## Réintégration d'un ancien participant

- Si votre contrat contient des dispositions relatives à la réembauche (ex. : six mois), le salarié qui est réembauché à l'intérieur du nombre de mois indiqué dans le contrat n'a pas à satisfaire de nouveau à la période probatoire.
- La couverture doit être remise en vigueur à la date de réembauche.
- Si le salarié est réembauché après le nombre de mois indiqué dans le contrat, il doit satisfaire de nouveau à la période probatoire, à partir de la date à laquelle il est réembauché.
- Le participant réintégré bénéficie de la même couverture que celle qu'il avait avant d'être radié.

La réintégration d'un participant s'effectue conformément aux règles énoncées ci-dessus en ce qui touche les régimes à adhésion obligatoire ou facultative.

## Si votre régime comprend des garanties facultatives

Votre régime offre peut-être des garanties facultatives telles que l'assurance-vie facultative et la garantie Décès et mutilation accidentels facultative. Pour adhérer à certaines de ces garanties, les participants doivent présenter une attestation de bonne santé et remplir une Déclaration d'état de santé. La couverture entre en vigueur à la date à laquelle le participant (ou la personne à charge) devient admissible ou à la date d'acceptation de sa Déclaration d'état de santé si cette date est postérieure. (Consultez votre brochure explicative pour plus de précisions.)

# Adhésion au régime

## Remarque :

Une fois que les données sur les participants sont ajoutées à notre système de gestion administrative, nous les transférons dès la nuit suivante à notre système de gestion des règlements et, la nuit d'après, à notre système de paiement direct des médicaments. Les demandes de règlement qui sont traitées durant cette période ne tiennent pas compte des nouvelles données.

Il est bon d'inscrire les participants au régime dès leur embauche, même s'ils doivent attendre que la période probatoire soit écoulée avant d'être admissibles à la couverture.

## L'enveloppe d'adhésion

- Étape 1** Remplissez la première section du Formulaire d'adhésion (qui se trouve à la fin du guide d'adhésion) pour le participant.
- Étape 2** Remettez l'enveloppe d'adhésion au participant et demandez-lui de remplir les autres sections et de vous retourner le formulaire.
- Étape 3** Passez le formulaire en revue pour vérifier que le participant l'a rempli en entier et signé.
- Étape 4** Entrez les données sur le participant dans le système par l'intermédiaire du site des Services aux promoteurs de régime ([www.sunlife.ca/promoteur](http://www.sunlife.ca/promoteur)). Le système produira automatiquement un sommaire de la couverture que vous devez imprimer et remettre au participant.
- Étape 5** Classez le formulaire dans vos dossiers sur les participants.

Veillez noter que le guide d'adhésion contient une carte-médicaments à l'intention du participant (si votre régime la prévoit) ainsi que des renseignements importants sur la façon d'accéder aux données sur la couverture en ligne. L'enveloppe contient un guide de référence rapide donnant une vue d'ensemble des garanties. La brochure explicative, qui présente les garanties en détail, est accessible sur notre site Web à l'adresse [www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca). Si un participant a besoin de cartes supplémentaires, il peut ouvrir une session sur notre site au [www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca) pour en imprimer. Vous pouvez également imprimer des cartes-médicaments pour les participants sur le site des Services aux promoteurs de régime.

Nota : Si un participant ou une personne à sa charge est couvert par la garantie Frais médicaux ou Frais dentaires d'un autre régime collectif et a refusé l'une ou l'autre de ces couvertures au titre de votre régime, il est possible que certaines sections du guide ne s'appliquent pas (par exemple, la partie portant sur la carte-médicaments, le cas échéant).

## Autres renseignements sur le formulaire d'adhésion

Des renseignements détaillés sur les personnes à charge sont entrés dans notre système de gestion des règlements pour valider l'admissibilité des demandeurs. La section du formulaire d'adhésion portant sur le conjoint et les enfants doit être remplie au complet.

Les participants qui refusent la garantie Frais médicaux ou Frais dentaires parce qu'ils bénéficient déjà d'une couverture comparable (par exemple, au titre du régime de leur conjoint) doivent remplir la section « refus » du formulaire.

Le participant doit remplir, signer et dater à l'encre sa désignation de bénéficiaire, car il s'agit d'un document de portée juridique. (Voir la section *Désignation d'un bénéficiaire*.)

## Remarques :

- Le Sommaire de la couverture indique si un formulaire Déclaration d'état de santé doit être rempli pour que le plein montant de la couverture prenne effet. Toute garantie assujettie à cette exigence sera marquée d'un astérisque (\*).
- Si le participant a précédemment été autorisé à souscrire une couverture excédentaire (qui dépasse le maximum sans justification d'assurabilité), il ne doit remplir la Déclaration d'état de santé que si une modification de son salaire vient majorer sa couverture actuelle de plus de 25 %, ou de plus de 25 000 \$ dans le cas de l'assurance-vie, ou de plus 500 \$ par mois en ce qui touche la garantie Invalidité de longue durée.

## Attestation de bonne santé (déclaration d'état de santé) exigée

Il faut remplir le formulaire *Déclaration d'état de santé* lorsque :

- Le participant adhère tardivement au régime (voir *Détermination des dates d'effet*).
- Le participant qui avait initialement refusé une garantie d'un régime à adhésion facultative demande maintenant cette garantie.
- Le participant demande l'assurance-vie facultative ou d'autres garanties à adhésion facultative.
- Le participant demande un montant d'assurance-vie ou d'assurance Invalidité de longue durée qui dépasse le maximum pouvant être souscrit sans attestation de bonne santé. (Ce renseignement est indiqué dans votre guide de référence rapide.)
- Couverture initiale venant en excédent du maximum sans attestation de bonne santé et, par la suite, s'il y a :
  - Majoration de 25 % de la couverture au titre de l'assurance-vie ou de 25 000 \$, si ce montant est supérieur ;
  - Majoration d'au moins 25 % de la couverture au titre de la garantie Invalidité de longue durée ou de 500 \$ par mois, si ce montant est supérieur.

## Présentation d'une déclaration d'état de santé

- Étape 1** Remplissez la section 1 – Renseignements à fournir par le gestionnaire du régime, puis remettez le formulaire au participant pour qu'il finisse de le remplir.
- Étape 2** Recommandez au participant de répondre à toutes les questions pour éviter tout retard dans l'entrée en vigueur de sa couverture. S'il y a lieu, le participant doit également remplir les sections sur le conjoint et les personnes à charge.
- Étape 3** Les renseignements qui sont demandés sur la Déclaration d'état de santé sont hautement confidentiels. Recommandez au participant de nous envoyer directement le formulaire lorsqu'il l'aura rempli. L'adresse postale est inscrite sur le formulaire.
- Étape 4** Nous vous informons, vous et le participant, de notre décision.
- Étape 5** Si nous acceptons la demande, nous faisons la mise à jour des données sur le participant dans notre système.

Tant que vous n'avez pas reçu de nous la confirmation écrite que nous acceptons de couvrir le participant pour le montant demandé, n'effectuez aucune retenue salariale ni remise de prime relativement à la couverture à l'étude. Si nous acceptons la demande, la couverture entrera en vigueur à la date d'acceptation de la demande et les primes seront appliquées en conséquence.

**Si nous acceptons la demande de couverture :** Nous envoyons au participant une lettre confidentielle pour l'informer de notre décision.

**Si nous refusons la demande de couverture :** Nous envoyons au participant une lettre confidentielle pour l'informer de notre décision et lui expliquer les raisons de notre refus.

**Si nous avons besoin de renseignements complémentaires :** Nous envoyons au participant une lettre confidentielle pour lui demander les renseignements nécessaires. Si le participant ne nous fournit pas les renseignements demandés, nous l'informons que son dossier sera classé.

**Nous vous informerons par écrit de notre décision d'accepter ou non la demande.**

# Désignation d'un bénéficiaire

## Remarques :

- Lorsque le participant désigne un ou plusieurs bénéficiaires, vous devez vérifier que sa désignation ne vient pas modifier une désignation de bénéficiaire irrévocable effectuée antérieurement. (Voir ci-dessous les précisions sur les bénéficiaires irrévocables.)
- Les participants ne peuvent pas désigner une banque ou un établissement financier comme bénéficiaire dans le but de garantir un prêt.

Si votre contrat groupe comprend des garanties d'assurance-vie, le participant doit désigner un bénéficiaire sur son formulaire d'adhésion, en indiquant le nom complet du bénéficiaire ainsi que le lien de celui-ci avec le participant.

Le participant doit remplir, signer et dater à l'encre la section du formulaire qui est réservée à la désignation de bénéficiaire, car il s'agit d'un document de portée juridique. Il doit en outre parapher toutes les modifications ou corrections apportées, aussi minimes soient-elles. L'utilisation de liquide correcteur n'est pas acceptée.

## Bénéficiaires révocables et irrévocables

En désignant un bénéficiaire révocable, l'assuré (le participant) a la possibilité de modifier sa désignation à toute époque. Le bénéficiaire est considéré comme révocable dans toutes les provinces, sauf au Québec.

En désignant un bénéficiaire irrévocable, le participant ne peut modifier sa désignation de bénéficiaire sans satisfaire au préalable à certaines exigences particulières. Une désignation de bénéficiaire peut être :

- **Irrévocable en vertu de la loi** – Au Québec, la désignation par le participant du conjoint légitime ou de fait est irrévocable, à moins que le participant n'indique expressément que la désignation est révocable. Si la case « Désignation révocable » n'est pas cochée sur le formulaire d'adhésion ou sur la Désignation de bénéficiaire, la désignation est irrévocable.
- **Irrévocable en vertu d'une stipulation du participant** – Si le participant souhaite désigner son bénéficiaire à titre irrévocable, il doit simplement préciser sur la désignation de bénéficiaire qu'elle est irrévocable, en inscrivant par exemple « Jean Untel, conjoint, bénéficiaire irrévocable ».
- **Irrévocable par ordre du tribunal** – Une désignation de bénéficiaire peut être rendue irrévocable par ordre du tribunal. Par exemple, un jugement de divorce pourrait stipuler que le conjoint doit demeurer bénéficiaire et que la désignation ne peut être modifiée sans son accord. Le document émis par le tribunal doit être conservé avec la désignation de bénéficiaire pour référence ultérieure.

## Modification d'une désignation de bénéficiaire

**Si la désignation est révocable** : Le participant doit remplir, dater et signer le formulaire Désignation de bénéficiaire.

**Si la désignation est irrévocable** : Le participant doit remplir, dater et signer le formulaire Désignation de bénéficiaire. Le participant qui souhaite modifier une désignation de bénéficiaire irrévocable ou transformer une désignation de bénéficiaire irrévocable en une désignation révocable doit également présenter l'un des documents suivants :

- Le formulaire *Consentement du bénéficiaire*, signé par le bénéficiaire, dans lequel celui-ci renonce à ses droits.
- Le jugement définitif de divorce, si le bénéficiaire irrévocable était le conjoint du participant (au Québec seulement).
- Une attestation du décès du bénéficiaire irrévocable.

## Autres renseignements sur les désignations de bénéficiaire

Circonstance	Renseignements complémentaires
Si votre régime offre des garanties d'assurance-vie facultative	Le participant peut désigner des bénéficiaires distincts pour l'assurance-vie de base et facultative du personnel et pour l'assurance-vie facultative du conjoint. Il doit remplir toutes les sections applicables du formulaire d'adhésion ou du formulaire de désignation de bénéficiaire, même s'il souhaite désigner le même bénéficiaire pour les garanties de base et facultatives.
Désignation d'un seul bénéficiaire	Pour désigner un seul bénéficiaire, le participant doit inscrire le nom du bénéficiaire et son lien avec l'assuré, et indiquer 100 % dans la zone réservée au pourcentage.
Désignation de plusieurs bénéficiaires	Pour désigner plusieurs bénéficiaires, le participant doit inscrire sur le formulaire le nom de chaque bénéficiaire, son lien avec l'assuré et le pourcentage qui lui est attribué. Le total des parts doit être égal à 100 %.
Désignation d'un bénéficiaire en sous-ordre	Pour désigner un bénéficiaire en sous-ordre, le participant doit remplir la section « Désignation de bénéficiaire en sous-ordre » du formulaire d'adhésion ou du formulaire de désignation de bénéficiaire.  (Le bénéficiaire en sous-ordre est la personne qui est désignée pour recevoir le capital-décès si le bénéficiaire en premier ordre décède avant l'assuré.)
Désignation d'un enfant mineur	Dans toutes les provinces sauf au Québec, le participant doit désigner un fiduciaire s'il désigne un enfant mineur à titre de bénéficiaire. Au Québec, aucune loi ne stipule qu'un fiduciaire doit être désigné, mais dans le cas où un fiduciaire est désigné, une fiducie doit être établie en vertu d'un acte de fiducie distinct ou d'un testament.
Désignation des ayants droit	Le participant qui veut désigner ses ayants droit à titre de bénéficiaires devrait prendre en considération les points suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le capital-décès pourrait être assujéti à des droits de succession.</li> <li>• Lorsqu'il est versé aux ayants droit, le capital-décès est assujéti aux prétentions des créanciers, mais lorsqu'il est versé à un bénéficiaire désigné, il peut être protégé contre les créanciers.</li> <li>• Les frais d'homologation varient d'une province à l'autre et ils sont établis en fonction de la valeur totale de la succession. Ces frais ne sont pas appliqués lorsque le capital-décès est versé à un seul bénéficiaire.</li> </ul>
Aucun bénéficiaire n'a été désigné	Le capital-décès est versé aux ayants droit du participant. La demande de règlement doit être accompagnée d'un testament à jour et rédigé en bonne et due forme, pour éviter tout retard dans le traitement.

---

**Autres éléments à prendre en considération quand plusieurs bénéficiaires sont désignés :**

---

Un bénéficiaire décède avant le participant et aucune disposition n'est indiquée en ce qui touche la part du bénéficiaire décédé.

La part du bénéficiaire décédé est versée :

- a. au bénéficiaire survivant,
- b. ou, s'il y a plusieurs bénéficiaires, par parts égales aux bénéficiaires survivants,
- c. ou, s'il n'y a aucun bénéficiaire survivant, aux ayants droit du participant.

---

Les participants devraient s'adresser à un avocat avant de rédiger une désignation de bénéficiaire complexe ou s'ils ont besoin de conseils en raison de leur situation personnelle.



## Désignation de bénéficiaire au Québec

Le tableau qui suit a été conçu par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) pour vous aider à répondre aux questions que les participants du Québec pourraient vous poser sur les désignations de bénéficiaires. Il vous aidera à comprendre dans quelles circonstances un changement de bénéficiaire est autorisé.

Désignation de bénéficiaire courante	Peut être modifiée par ce qui suit...
Conjoint nommé le ou après le 20 octobre 1976 si indiqué révoquant sur la demande d'adhésion	N'importe quel bénéficiaire
Conjoint nommé le ou après le 20 octobre 1976 avec stipulation d'irrévocabilité OU sans stipulation de révocabilité	La désignation ne peut être modifiée sauf : <ul style="list-style-type: none"> <li>• si une renonciation a été signée,</li> <li>• si le divorce prononçant la déchéance des droits du conjoint a été accordé le ou après le 20 octobre 1976 et avant le 1<sup>er</sup> décembre 1982,</li> <li>• ou si le divorce a été accordé le ou après le 1<sup>er</sup> décembre 1982.</li> </ul>
Mari nommé le ou après le 1 <sup>er</sup> juillet 1970 mais avant le 20 octobre 1976 avec ou sans stipulation de révocabilité	Pour désigner plus d'un bénéficiaire, le participant doit inscrire sur le formulaire le nom de chaque bénéficiaire, son lien avec l'assuré et le pourcentage qui lui est attribué. Le total des parts doit être égal à 100 %.
Mari nommé le ou après le 1 <sup>er</sup> juillet 1970 mais avant le 20 octobre 1976 avec stipulation d'irrévocabilité	La désignation ne peut être modifiée sauf : <ul style="list-style-type: none"> <li>• si une renonciation a été signée,</li> <li>• si le divorce prononçant la déchéance des droits du mari a été accordé le ou après le 20 octobre 1976 et avant le 1<sup>er</sup> décembre 1982,</li> <li>• ou si le divorce a été accordé le ou après le 1<sup>er</sup> décembre 1982.</li> </ul>
Mari nommé avant le 1 <sup>er</sup> juillet 1970	N'importe quel bénéficiaire
Épouse nommée avant le 20 octobre 1976, et jugement de divorce prononcé avant le 20 octobre 1976	N'importe quel bénéficiaire
Épouse nommée avant le 20 octobre 1976, mais jugement de divorce prononcé le ou après le 20 octobre 1976 mais avant le 1 <sup>er</sup> décembre 1982	Enfant jusqu'au 20 octobre 1977 ; sinon l'épouse est irrévocable sauf si elle a renoncé à son droit ou le jugement de divorce l'a déchu de ses droits.

# Tenue des dossiers sur les participants

## Remarques :

Une fois que les données sur les participants sont ajoutées à notre système de gestion, nous les transférons dès la nuit suivante à notre système de gestion des règlements et, la nuit d'après, à notre système de paiement direct des médicaments. Les demandes de règlement qui sont traitées durant cette période ne tiennent pas compte des nouvelles données.

- Lorsque le dossier du participant a été mis à jour, le système produit automatiquement un nouveau sommaire de la couverture qui peut être imprimé et remis au participant.
- Le participant doit être activement au travail à la date d'effet du rajustement de salaire.

Il est essentiel de tenir à jour les renseignements sur les participants. Servez-vous de l'option « Modifier les données sur un participant » pour entrer les modifications dès que vous êtes informé du changement afin que le règlement des demandes ne soit pas interrompu et que vos relevés de facturation soient exacts.

## Changements concernant le participant

Vous devez noter la date d'effet de tous les changements qui ont une incidence sur la couverture du participant, notamment les suivants :

- tout rajustement de salaire (lorsque la couverture est fonction du salaire) ;
- changement de catégorie/d'emplacement ;
- changement de situation personnelle (ex. : passage de la couverture individuelle à la couverture familiale) ;
- ajout de personnes à charge (nouveau-né, nouveau conjoint, etc.) ;
- modification de la couverture du conjoint ;
- renseignements sur les enfants aux études ;
- cessation de la couverture.

Vous trouverez ci-après les directives générales dont vous devez tenir compte au moment d'effectuer certaines modifications concernant le participant.

## Changement de situation personnelle (passage de la couverture individuelle à la couverture familiale)

Lorsqu'un participant adhère au régime en demandant la couverture individuelle et qu'il demande par la suite de passer à la couverture familiale, les règles suivantes s'appliquent en ce qui touche les régimes à adhésion obligatoire et les régimes à adhésion facultative :

### • Régime de garanties à adhésion obligatoire

La date d'effet du changement est la date à laquelle la situation du participant a changé (par ex., date du mariage, ou encore de l'adoption ou de la naissance d'un enfant, etc.)

### • Régime de garanties à adhésion facultative

Si le participant demande à passer de la couverture individuelle à la couverture familiale par suite d'un événement tel qu'une naissance, une adoption ou un mariage :	La date d'effet du changement est :
Avant l'événement ou le jour de l'événement	La date de l'événement*
Dans les 31 jours suivant l'événement	La date de l'événement*
Plus de 31 jours après la date de l'événement – les personnes à la charge du participant sont considérées comme des adhérents tardifs et elles doivent remplir une déclaration d'état de santé en guise d'attestation de bonne santé.	La date à laquelle nous acceptons la déclaration d'état de santé. Nous vous informons par écrit de notre décision. (Dans le cas de la garantie Frais dentaires, la prestation maximale peut être réduite.)

\* Une déclaration d'état de santé est exigée pour toute personne à charge qui n'est pas déjà couverte.

## Ajout ou radiation de personnes à charge, de nouveau-nés, d'un conjoint, etc.

Vous devez entrer les données sur les nouvelles personnes à charge, à défaut de quoi les demandes de règlement qui les concernent seront refusées.

## Mise à jour des renseignements sur les étudiants

La couverture d'un enfant à charge prend fin à la limite d'âge inférieure qui est indiquée dans votre contrat, à moins que l'enfant à charge n'ait la qualité d'étudiant ayant passé l'âge limite.

Lorsque la couverture d'un enfant à charge doit être maintenue au delà de la limite d'âge inférieure, vous devez nous le signaler. Vous pouvez nous transmettre cette information jusqu'à un an avant la date à laquelle l'enfant atteindra l'âge limite inférieure.

Une fois que notre système est mis à jour pour tenir compte du fait que l'enfant à charge est désormais couvert à titre d'étudiant ayant passé l'âge limite, vous devez communiquer de nouveau avec nous si la situation de l'étudiant vient à changer.

Nous vous recommandons de communiquer chaque année avec les participants de votre régime pour leur faire valider l'exactitude des données sur la couverture des personnes à leur charge, et plus particulièrement celle des étudiants ayant passé l'âge limite.

En ce qui touche les demandes présentées au moyen d'un formulaire de demande de règlement, le participant doit indiquer que l'enfant à charge est un étudiant ayant passé l'âge limite chaque fois qu'il présente une demande de règlement qui porte sur des frais engagés pour cette personne. Si la case « Étudiant ayant passé l'âge limite » n'est pas cochée sur le formulaire, le remboursement sera refusé.

## Remarques :

- Une fois que les données sur les participants sont ajoutées à notre système de gestion, nous les transférons dès la nuit suivante à notre système de gestion des règlements et, la nuit d'après, à notre système de paiement direct des médicaments. Si des demandes de règlement sont traitées durant la période de transfert, elles ne tiendront pas compte des nouvelles données sur les participants.
- Lorsque le dossier du participant a été mis à jour, le système produit automatiquement un nouveau sommaire de la couverture qui peut être imprimé et remis au participant.
- Le participant doit être activement au travail à la date d'effet du rajustement de salaire.

## Ajout d'une couverture initialement refusée par le participant parce qu'il bénéficiait d'une couverture comparable

Événement	Régime à adhésion obligatoire	Régime à adhésion facultative
L'autre couverture prend fin (ex. : couverture prévue par le régime du conjoint)	La date d'effet de la couverture devrait être la date à laquelle l'autre couverture prend fin.	<ul style="list-style-type: none"><li>• La date d'effet de la couverture devrait être le lendemain de la date à laquelle l'autre couverture prend fin. Le participant doit demander la couverture dans les 31 jours suivant la cessation de l'autre couverture.</li><li>• S'il ne demande pas la couverture dans les 31 jours suivant la cessation de l'autre couverture, le participant est considéré comme un adhérent tardif. Le participant et les personnes à sa charge admissibles doivent remplir une <i>Déclaration d'état de santé</i> en guise d'attestation de bonne santé. Dans le cas de la garantie Frais dentaires, la prestation maximale peut être réduite.</li></ul>
L'autre couverture ne prend pas fin, mais le participant demande la couverture après l'avoir refusée initialement	La date d'effet de la couverture devrait être la date d'effet initiale	Le participant est considéré comme un adhérent tardif. Le participant et les personnes à sa charge admissibles doivent remplir une <i>Déclaration d'état de santé</i> en guise d'attestation de bonne santé. Dans le cas de la garantie Frais dentaires, la prestation maximale peut être réduite.

## Cessation de la couverture

Vous devez indiquer dans le système des SPR la date de cessation de la couverture lorsque l'emploi du participant prend fin ou lorsque le participant cesse d'être activement au travail. Votre contrat précise à quel moment la couverture d'un participant prend fin.

Il vous incombe également de signaler aux participants admissibles qu'ils ont le droit de faire transformer leur couverture Vie en un contrat d'assurance-vie individuelle. (Voir la section ***Souscription d'une assurance individuelle à la cessation ou à la réduction de la couverture groupe.***)

## Modification de la couverture en raison de l'âge ou du départ à la retraite

La couverture du participant peut diminuer ou prendre fin lorsque celui-ci atteint un âge déterminé ou qu'il prend sa retraite. Les dates exactes varient d'une garantie à l'autre.

Le participant et son conjoint peuvent, s'ils le souhaitent, demander que leur couverture Vie groupe soit transformée en un contrat d'assurance-vie individuelle lorsque leur couverture est réduite ou qu'elle prend fin. (Voir la section *Souscription d'une assurance individuelle à la cessation ou à la réduction de la couverture groupe.*)

## Modification d'une désignation de bénéficiaire

Vous devez demander au participant de remplir, de dater et de signer un formulaire de désignation de bénéficiaire, entrer les données qui y figurent dans le système des SPR et le classer avec la demande d'adhésion originale dans vos dossiers sur les participants. (Voir la section *Désignation d'un bénéficiaire.*)

## Participants dont la demande de règlement invalidité a été acceptée

Si le participant reçoit des prestations d'invalidité de longue durée ou qu'il bénéficie de l'exonération des primes de l'assurance-vie, la Sun Life met les données à jour dans son système pour que celui-ci tienne compte de l'exonération des primes des garanties appropriées.

## Congé de maternité/congé parental

Toutes les couvertures devraient être maintenues durant un congé de maternité ou un congé parental. Vous devez prendre les dispositions nécessaires pour percevoir les primes exigibles auprès du participant en congé. Toutefois, si votre régime offre des garanties facultatives qui peuvent être souscrites séparément (par exemple, l'assurance-vie facultative), le participant peut, s'il le souhaite, faire cesser sa couverture au titre des garanties facultatives pendant la durée de son congé.

### Maintien de la couverture durant un congé

- Vous n'avez pas à nous envoyer d'avis si le participant décide de maintenir toutes ses couvertures en vigueur durant la période de congé de maternité/congé parental prescrite par la loi provinciale.
- Si le participant souhaite interrompre sa couverture au titre des garanties facultatives, la cessation sera considérée comme un refus de couverture et le participant devra présenter une Déclaration d'état de santé lorsqu'il choisira de nouveau la ou les garanties en cause.
- Reportez-vous à la section *Dérogations administratives* si le participant demande que sa couverture soit maintenue au delà de la durée du congé de maternité/congé parental qui est prescrite par la loi provinciale. Dans le cas des régimes dans le cadre desquels les participants assument une partie de la prime, si le participant ne veut pas payer sa partie de la prime durant son congé, il ne peut pas choisir de continuer à payer la prime de certaines garanties tout en mettant fin à certaines autres. Il doit mettre fin à toutes ses couvertures.

## Remarque :

Si votre contrat comprend des garanties maladie, accident ou invalidité et si vous avez un établissement au Québec, votre contrat doit satisfaire aux exigences du Régime d'assurance-médicaments du Québec.

Autrement dit, la protection à l'égard des frais de médicaments offerte en vertu de la garantie Frais médicaux de votre régime doit être au moins égale à celle du régime général qu'offre le gouvernement du Québec, et la participation à votre régime doit être une condition d'emploi, tant en ce qui touche la couverture des participants que celle des personnes à charge (à moins que les participants et les personnes à charge bénéficient d'une couverture comparable au titre d'un autre régime – par exemple, le régime du conjoint).

### **Si le participant avait mis fin à toutes ses couvertures durant son congé de maternité/congé parental et qu'il retourne au travail au terme de la période de congé prescrite par la loi provinciale :**

- Les garanties qui étaient en vigueur avant le congé doivent être rétablies dès le retour au travail. Le participant n'a pas à satisfaire de nouveau à la période probatoire.
- Le rétablissement de la couverture s'effectue conformément aux règles concernant les régimes à adhésion obligatoire et à adhésion facultative qui sont énoncées plus haut. (Voir la section *Types de régimes et dates d'effet.*)

## Décès d'un participant

Lorsqu'un participant décède, veuillez nous informer de la date de son décès. Nous maintiendrons la couverture des personnes à sa charge conformément aux dispositions de votre contrat, pour autant que votre contrat contienne cette clause. Demandez aux personnes à charge survivantes de continuer à inscrire le numéro de contrat et le numéro d'identification du participant sur leurs demandes de règlement. Nous mettrons fin automatiquement à leur couverture à la fin de la période de prolongation prévue pour les survivants.

Le maintien des garanties pour les personnes à charge ne s'applique cependant pas à la couverture du conjoint au titre de l'assurance-vie facultative, de la garantie Décès et mutilation accidentels facultative et de l'assurance contre les maladies graves.

Pour présenter une demande de règlement au titre de l'assurance-vie collective, veuillez suivre les instructions qui figurent à la section *Présentation des demandes de règlement.*

## Ajout ou modification de garanties Vie facultative

Si votre régime comprend des garanties facultatives, le participant peut décider de les ajouter à sa couverture après son adhésion initiale ou il peut choisir de majorer le montant de couverture qu'il avait choisi au départ.

- Le participant doit remplir la section réservée aux garanties facultatives sur le formulaire d'adhésion. Il doit également remplir une déclaration d'état de santé. (Voir la section *Présentation d'une déclaration d'état de santé.*)
- Si c'est la première fois que le participant sélectionne des garanties facultatives, vérifiez qu'il a désigné un bénéficiaire relativement à ces garanties.

# Relevés administratifs

Vous trouverez, sous cette rubrique, nos relevés administratifs standards, qui sont accessibles en tout temps. Vous n'avez qu'à en lancer la production lorsque vous en avez besoin. Il est à noter que les modifications de données sur les participants ne paraissent sur les relevés, comme la Couverture des participants, que le jour suivant leur traitement.

## Relevés administratifs disponibles

- Les **sommaires de la couverture** contiennent l'adresse du participant, le détail des garanties et des renseignements sur les personnes à charge et les bénéficiaires. Ils indiquent si une déclaration d'état de santé doit être remplie pour que le plein montant de la couverture soit approuvé. Un exemplaire du relevé doit être remis au participant chaque fois que des modifications sont apportées aux renseignements.
- Les **formulaires de modification des données sur les participants** présentent, du côté gauche, les renseignements sur le participant. Le participant peut entrer, du côté droit, de nouveaux renseignements ou des modifications.
- Le relevé **Couverture des participants** contient des renseignements à jour sur la couverture de tous les participants du régime, répartis par emplacement. Il indique également le nombre total d'assurés et le volume d'assurance\*, par garantie. (\* Le volume d'assurance s'entend du montant de la couverture du participant, tel qu'il est indiqué à la section *Conditions particulières* de la brochure sur les garanties. Si le taux de prime est exprimé en pourcentage du salaire, le volume d'assurance correspond alors au salaire admissible du participant, et non au montant de la couverture.)
- Le **Relevé des salariés ayant des garanties à l'étude** contient la liste de tous les participants ayant des garanties à l'étude. Vous devriez passer ce relevé en revue périodiquement et rappeler aux participants qu'ils doivent présenter une déclaration d'état de santé. Pour accéder à ce formulaire, sélectionnez **Formulaire** dans le menu **Guides et information**.
- Le relevé **Liste des personnes à charge ayant passé l'âge limite** contient la liste de toutes les personnes dans cette situation. Si vous avez reçu la confirmation que ces personnes sont des étudiants, vous devez mettre à jour leur situation de personne à charge à l'écran **Modifier les données sur un participant**. Si la personne à charge ayant dépassé l'âge limite n'est pas un étudiant, vous devez mettre fin à sa couverture à l'écran **Modifier les données sur un participant**.

# Souscription d'une assurance individuelle à la cessation ou à la réduction de la couverture groupe

Au moment de la cessation ou de la réduction de la couverture Vie, le participant et/ou son conjoint peuvent demander le maintien de la couverture Vie groupe dont ils bénéficiaient en la transformant :

- en un contrat d'assurance-vie individuelle de la Financière Sun Life – la demande doit alors être présentée dans les 31 jours suivant la cessation ou la réduction de la couverture groupe. Aucune attestation de bonne santé n'est exigée. La clause de transformation est assujettie à certaines conditions qui sont indiquées dans votre contrat.
- **en une assurance temporaire Mes CHOIX vie – la demande doit alors être présentée dans les 31 jours suivant la cessation ou la réduction de la couverture groupe. Selon le montant de couverture demandé, le participant et/ou son conjoint peuvent avoir ou non à répondre à des questions sur leur état de santé. Cette option est assujettie à certaines règles et conditions.**

Le participant a également la possibilité de souscrire, sans attestation de bonne santé, notre assurance Mes CHOIX santé qui couvre les frais médicaux et dentaires, pour autant qu'il en fasse la demande dans les 60 jours suivant la date où sa couverture groupe des frais médicaux et dentaires prend fin.

**Si l'assurance contre les maladies graves prend fin, le participant et/ou son conjoint peuvent maintenir leur couverture dans le cadre d'un contrat collectif d'assurance contre les maladies graves offert par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé. La demande doit nous parvenir par écrit dans les 31 jours de la cessation de la couverture. La clause de transférabilité est assujettie à certaines conditions qui sont indiquées dans votre contrat.**

Vous avez la responsabilité de faire savoir aux participants admissibles qu'ils ont le droit de demander la transformation de leur couverture, c'est-à-dire :

- informer le participant du délai de 31 jours dont il dispose pour faire transformer son assurance-vie groupe et celle de son conjoint ou demander la couverture Mes CHOIX vie ;
- informer le participant du délai de 31 jours dont il dispose pour se prévaloir de la clause de transférabilité de son assurance contre les maladies graves ou de celle de son conjoint ;
- et informer le participant du délai de 60 jours dont il dispose pour souscrire un contrat Mes CHOIX santé pour lui-même ou pour son conjoint.

**Il incombe au participant d'informer son conjoint qu'il a le droit de rester couvert par toute assurance de conjoint.**

Vous devez également remplir le formulaire *Options d'assurance offertes aux participants* à la cessation de leur couverture collective, afin de vérifier l'admissibilité du participant et/ou celle de son conjoint.

Assurez-vous d'informer le participant de ces privilèges le plus tôt possible après la cessation ou la réduction de ses garanties, pour lui éviter de manquer la date d'échéance.



# Demandes spéciales (dérogations administratives)

Notre site Web est conçu de manière à rendre la gestion des garanties aussi simple que possible. Cependant, certaines opérations qui nécessitent une attention particulière doivent être effectuées par le personnel de la Financière Sun Life. Vous n'avez qu'à nous transmettre les renseignements nécessaires au moyen de la fonction Demandes spéciales du menu Participants, et nous apportons pour vous les modifications voulues. Puis, nous vous envoyons un message dans les 48 heures pour confirmer que les modifications ont été apportées.

## Exonération de la période probatoire

Les demandes d'exonération de la période probatoire doivent être présentées au moyen de la fonction Demandes spéciales du site des SPR. Nous étudierons la demande et vous ferons part de notre décision.

## Autres dérogations administratives

**Étape 1** Pour toute autre exception d'ordre administratif, veuillez présenter votre demande, accompagnée des renseignements pertinents, au moyen de la fonction Demandes spéciales du site des SPR.

**Étape 2** Nous vous informerons de notre décision. Si la demande est acceptée, nous décrirons les dispositions de la couverture.

- **Couverture durant une interruption de travail temporaire** telle qu'une mise à pied, une grève, un congé de maternité/congé parental, un congé autorisé ou un congé sabbatique. Une autorisation est nécessaire si la période de couverture exceptionnelle dépasse un mois ou la période limite spécifiée au contrat, si cette dernière période est plus longue ; ou, dans le cas d'un congé de maternité ou d'un congé parental, la période de congé prévue par la loi provinciale ou la période limite spécifiée au contrat, si cette dernière période est plus longue.
- Couverture durant une grève ou un lock-out.
- **Couverture durant une interruption de travail permanente** telle qu'une mise à pied permanente ou une cessation d'emploi non prévue au contrat.
- **Prolongation de la couverture à l'extérieur du pays.** Une autorisation est nécessaire pour couvrir, durant une période plus longue que celle prévue au contrat de garanties collectives, tout participant ou toute personne à charge qui voyage ou séjourne à l'étranger pour affaires, par agrément ou dans le but de poursuivre des études.

# Dans quelles circonstances les primes payées par l'employeur sont-elles un avantage imposable?

Les renseignements ci-dessous ne remplacent pas les conseils d'un spécialiste de la fiscalité. **Nous vous recommandons de consulter un conseiller fiscal pour connaître les circonstances dans lesquelles les primes payées par le promoteur de régime doivent être déclarées comme un avantage imposable entre les mains des participants.**

Le tableau ci-dessous s'applique aux situations où le promoteur du régime est l'employeur et où les participants sont les employés.

Lorsqu'elle est payée par l'employeur, la prime de certaines garanties collectives doit être ajoutée au revenu de l'employé à titre d'avantage imposable, selon la province où celui-ci habite ou travaille. Vous devez inscrire la valeur de ces avantages imposables lorsque vous déclarez le revenu des employés à la fin de l'année d'imposition et lorsque vous produisez leurs feuillets fiscaux.

**Le tableau qui suit résume les situations où les primes des garanties collectives assurées par un contrat d'assurance sont considérées comme un avantage imposable pour les employés.**

Situation	Régime à adhésion obligatoire	Régime à adhésion facultative
Primes payées par l'employeur qui constituent un avantage imposable	Les primes et la taxe de vente payées par l'employeur relativement à une assurance-vie collective constituent un avantage imposable pour les employés, actuels et anciens.	Les primes et la taxe de vente payées par l'employeur relativement à une assurance-vie collective, à un régime privé d'assurance-maladie (frais médicaux, frais dentaires, compte Soins de santé), et à toute autre couverture collective, comme la garantie DMA et l'assurance contre les maladies graves, constituent un avantage imposable pour les employés actuels, anciens et futurs qui vivent ou qui travaillent au Québec.
Primes payées par l'employeur qui ne constituent pas un avantage imposable	Les primes payées par l'employeur pour une assurance DMA, un régime privé d'assurance-maladie (frais médicaux, frais dentaires, compte Soins de santé), une assurance-invalidité et une assurance contre les maladies graves* ne sont pas considérées comme un avantage imposable.	Les primes payées par l'employeur relativement à une assurance-invalidité ne sont pas considérées comme un avantage imposable. Les primes payées par l'employeur relativement à un régime privé d'assurance-maladie (frais médicaux, frais dentaires, compte Soins de santé) au profit du conjoint survivant d'un employé décédé ne sont pas considérées comme un avantage imposable.

Calcul des avantages imposables	De manière générale, la valeur de l'avantage imposable est calculée comme suit :  le total des primes (y compris la taxe de vente s'y rapportant) MOINS les primes (y compris la taxe de vente s'y rapportant) payées par l'employé	De manière générale, la valeur de l'avantage imposable est calculée comme suit :  le total des primes (y compris la taxe de vente s'y rapportant) payées pour la couverture de l'employé (ex. individuelle, monoparentale ou familiale) et pour les garanties (ex. frais médicaux, frais d'hospitalisation ou frais dentaires) MOINS les primes (y compris la taxe de vente s'y rapportant) payées par l'employé et les remises de primes (dividende, ristourne ou remboursement de prime) reçues au cours de l'année relativement à la couverture et aux garanties dont bénéficie l'employé.
---------------------------------	---	---

\* En ce moment, le caractère imposable de l'assurance contre les maladies graves est incertain ; toutefois, il semble que lorsque la définition d'accident et de maladie est satisfaisante et qu'il n'y a aucune clause de remboursement garanti de la prime, la prime de cette assurance ne soit pas considérée comme un avantage imposable.

Chaque année, l'Agence du revenu du Canada (ARC) et Revenu Québec publient des directives faisant état des avantages imposables devant être pris en compte dans le revenu imposable en vertu des lois fiscales pertinentes.

- Vous trouverez les directives de l'ARC à l'adresse [www.cra-arc.gc.ca](http://www.cra-arc.gc.ca)
- Vous trouverez les directives de Revenu Québec à l'adresse [www.revenu.gouv.qc.ca/fr/ministere/index.asp](http://www.revenu.gouv.qc.ca/fr/ministere/index.asp)

# Primes

Vous trouverez votre relevé de primes mensuel dans la section Facturation et relevés. Chaque mois, vous devez imprimer votre relevé de primes à partir du site Web. Vous recevrez un courriel vous indiquant que le relevé mensuel se trouve sur le site, à condition que vous nous ayez transmis une adresse électronique valide.

Les primes sont payables le premier jour du mois. Vous devez les régler à l'intérieur du délai de grâce indiqué dans votre contrat, à défaut de quoi nous pourrions mettre en suspens les demandes de règlement jusqu'à ce que nous recevions votre paiement.

## Débit préautorisé

Vous pouvez, si vous le désirez, régler vos primes par débit préautorisé. Si vous optez pour ce mode de paiement, remplissez le formulaire d'entente de débits préautorisés qui se trouve sur notre site Web. (Voir la rubrique Formulaires à la section *Guides et information*.)

## Calcul des primes

Les primes sont calculées pour des mois complets seulement.

Aucune prime n'est exigible pour le premier mois de couverture lorsque la date d'effet n'est pas le premier jour du mois. Par exemple :

- Si la couverture du participant entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier, la prime est exigible à effet du 1<sup>er</sup> janvier.
- Si la couverture du participant entre en vigueur le 2 janvier, la prime est exigible à effet du 1<sup>er</sup> février.

La prime du dernier mois de couverture est exigible lorsque la date de cessation se situe après le premier jour du mois. Par exemple :

- Si la couverture du participant prend fin le 1<sup>er</sup> janvier, la dernière prime exigible est celle du mois de décembre.
- Si la couverture du participant prend fin le 2 janvier, la dernière prime exigible est celle du mois de janvier.

# Guides et information

---

Vous trouverez sous cette rubrique des renseignements utiles et des instructions pour gérer votre programme de garanties.

## Quoi de neuf

Cette section vous donne de l'information sur les améliorations apportées à notre site des Services aux promoteurs et sur d'autres sujets. Visitez-la de temps à autre pour savoir ce qu'il y a de nouveau.

## Votre guide de gestion

Le guide de gestion administrative en ligne contient des renseignements sur les processus de gestion.

## Formulaires

Cette section contient les formulaires dont vous avez besoin pour gérer votre régime. Si vous ne trouvez pas celui que vous cherchez ou si vous avez besoin de plus de formulaires, veuillez communiquer avec votre adjoint à la gestion, service clientèle.

## Caractéristiques du régime

Obtenez, d'un simple clic de souris, des renseignements détaillés sur les caractéristiques de votre régime.

## Régimes provinciaux d'assurance-maladie

Renseignez-vous sur les régimes publics d'assurance-maladie offerts au Canada. Cette section vous donne une description détaillée de la couverture prévue par chacun des régimes provinciaux.

# Présentation des demandes de règlement

Aux Garanties collectives de la Financière Sun Life, nous voulons que la présentation des demandes de règlement soit facile, c'est pourquoi nous offrons aux participants et aux fournisseurs la possibilité de présenter les demandes de diverses façons.

## En ligne et par voie électronique

**Frais médicaux, frais dentaires et compte Soins de santé** : Si votre régime permet la transmission des demandes de règlement par Internet, les participants peuvent présenter en ligne certaines demandes au titre de la garantie Frais médicaux, de la garantie Frais dentaires et du compte Soins de santé sur notre site des Services aux participants, qui est protégé par mot de passe, à l'adresse [www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca).

**Frais dentaires** : Les dentistes peuvent présenter les demandes de règlement par voie électronique pour le compte de leurs patients, au moyen du système d'échange de documents informatisés (EDI). Ainsi, les participants n'ont pas à remplir de formulaire de demande de règlement après une consultation chez le dentiste, et nous pouvons recevoir et traiter les demandes plus rapidement – souvent en quelques secondes.

**Médicaments sur ordonnance** : Les pharmaciens peuvent présenter, par voie électronique, les demandes de règlement de frais de médicaments des clients qui sont couverts par un régime de règlement direct ou différé des frais de médicaments. Grâce au traitement instantané des demandes de règlement, le participant n'a pratiquement pas à intervenir. Les titulaires de cartes-médicaments paient uniquement le montant des frais qui n'est pas couvert par le régime (comme la franchise ou la partie des frais qui vient en excédent du maximum remboursable). Dans le cas d'un régime de règlement différé, les participants doivent payer les médicaments à la pharmacie, mais leurs demandes de règlement sont transmises immédiatement et elles sont traitées plus rapidement.

**ma Sun Life Mobile** : Les participants qui ont un téléphone intelligent peuvent télécharger l'application ma Sun Life Mobile et présenter des demandes de règlement ou en faire le suivi lorsqu'ils sont en déplacement. Ils peuvent même utiliser leur téléphone intelligent comme une carte-médicaments.

**Service de demandes de règlement en ligne de TELUS Solutions en santé** : Les participants peuvent demander à leurs physiothérapeutes, chiropraticiens et fournisseurs de soins d'optique de transmettre des demandes de règlement en ligne à la Sun Life en leur nom. Figurant parmi les technologies de prévention de la fraude utilisées par la Sun Life, cette option sécurisée de transmission en ligne permettra aux participants de recevoir leurs prestations plus rapidement, tout en aidant à réduire le risque de perte liée à la fraude.

Les participants qui égarent leur carte-médicaments ou qui ont besoin de cartes supplémentaires pour les membres de leur famille peuvent en imprimer une copie papier sur notre site Web, à l'adresse [www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca).

## Sur papier – Par la poste

Les participants peuvent expédier par la poste leurs formulaires de demande de règlement relatifs à la garantie Frais médicaux, à la garantie Frais dentaires ou au compte Soins de santé, accompagnés des reçus originaux, au Bureau des règlements groupe indiqué au verso du formulaire. Ils peuvent télécharger des formulaires personnalisés sur notre site Web à l'adresse [www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca). Comme nous étudions les demandes de règlement en nous basant sur les renseignements que vous ou les

participants nous envoyez, il est important que vous preniez soin de tenir à jour les données sur les participants, de vérifier que les formulaires sont remplis au complet et de vous assurer qu'ils nous sont transmis avant l'expiration du délai indiqué dans votre contrat.

## Coordination des prestations avec d'autres régimes

Les participants peuvent coordonner le remboursement de leurs frais médicaux et dentaires avec d'autres régimes, afin de tirer le maximum des garanties dont ils bénéficient. L'industrie de l'assurance a établi des normes que tous les assureurs utilisent pour déterminer le régime au titre duquel la demande de règlement doit être envoyée en premier. Voici un aperçu de ces normes :

Frais engagés pour le participant et son conjoint : Le régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel paie en premier. Si la personne est couverte par deux régimes, l'ordre suivant prévaut :

- Le régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel actif à temps plein.
- Le régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel actif à temps partiel.
- Le régime qui couvre la personne à titre de retraité.
- Le régime qui couvre la personne à titre de personne à charge paie en dernier.

Les demandes de règlement portant sur des frais engagés pour les enfants à charge doivent être présentées dans l'ordre suivant :

- Le régime qui couvre l'enfant à titre de membre du personnel.
- Le régime d'assurance maladie ou dentaire offert par l'entremise d'un établissement d'enseignement qui couvre l'enfant à titre d'étudiant.
- Le régime du parent dont l'anniversaire de naissance (jour/mois) arrive en premier dans l'année civile paie avant le régime du parent dont l'anniversaire (jour/mois) arrive plus tard dans l'année (par exemple, si l'anniversaire de naissance du participant est en juin et celui de son conjoint en mars, c'est le régime du conjoint qui paie en premier).
- Dans le cas où les parents ont le même anniversaire de naissance, le régime de celui d'entre eux dont le prénom commence par la lettre qui vient en premier dans l'alphabet paie en premier.
- L'ordre ci-dessus s'applique dans tous les cas, sauf si les parents sont séparés ou divorcés et qu'ils ne se partagent pas la garde de l'enfant, auquel cas l'ordre suivant prévaut :
- régime du parent qui a la garde de l'enfant (le participant devrait indiquer sur le formulaire qu'il a la garde de l'enfant) ;
- régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant (le participant devrait indiquer sur le formulaire qu'il a la garde de l'enfant) ;
- régime du parent qui n'a PAS la garde de l'enfant (le participant devrait indiquer sur le formulaire qu'il n'a pas la garde de l'enfant) ;
- régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant (le participant devrait indiquer sur le formulaire qu'il n'a pas la garde de l'enfant).

En cas de blessure accidentelle aux dents, les régimes de soins de santé qui couvrent les frais dentaires engagés par suite d'un accident remboursent les frais admissibles avant la garantie Frais dentaires.

## Remarque :

La carte-médicaments peut être utilisée au Canada seulement. Si le participant achète des médicaments sur ordonnance au cours d'un voyage, il devra, à son retour au Canada, présenter une demande de règlement de frais médicaux. Nous étudierons sa demande et convertirons les frais admissibles en dollars canadiens.

Les prestations payables au titre du deuxième régime ne peuvent être supérieures au total des frais admissibles engagés DIMINUÉ du montant remboursé par le premier régime.

Pour demander le remboursement du solde impayé par le premier régime, le participant doit nous faire parvenir l'original du relevé des prestations versées par le premier assureur, accompagné d'une photocopie des reçus ou de la demande de règlement de frais dentaires initiale. Les reçus doivent indiquer le nom du patient, la nature du traitement ou du produit médical, le nom du médecin prescripteur, la date et la somme facturée.

Si le participant et son conjoint sont tous deux couverts au titre de régimes gérés par la Financière Sun Life : Le participant peut nous demander d'effectuer le règlement au titre des deux régimes en même temps. Il lui suffit de remplir la section appropriée de la demande de règlement de frais médicaux ou dentaires, et d'inscrire le numéro de contrat de l'autre régime et le numéro de participant de son conjoint. Le conjoint doit signer le formulaire pour nous autoriser à traiter la demande de règlement au titre de son régime également. En cas de blessure accidentelle aux dents, les régimes de soins de santé qui couvrent les frais dentaires engagés par suite d'un accident remboursent les frais admissibles avant la garantie Frais dentaires.

## Règlements de frais médicaux

La garantie Frais médicaux couvre les soins médicaux nécessaires qui ne sont pas couverts par les régimes provinciaux d'assurance hospitalisation et maladie. (Pour plus de précisions, veuillez vous reporter à la brochure sur les garanties.) En ce qui touche tous les frais médicaux autres que les frais de médicaments sur ordonnance couverts par un programme de carte-médicaments, les participants doivent présenter une demande de règlement de frais médicaux de l'une ou l'autre des façons indiquées ci-dessus et dans le guide *ma couverture*. Les demandes de règlement se rapportant à des frais d'hospitalisation nous sont généralement présentées directement par l'hôpital, et nous remboursons directement l'hôpital. Nous envoyons au participant un relevé de prestations qui fait état du montant demandé et de la somme remboursée. Note : Les participants devraient toujours vérifier ce relevé et s'assurer que les services faisant l'objet de la demande de règlement sont effectivement ceux qu'ils ont reçus. Si le participant demande le remboursement de frais qui ont été engagés pour son conjoint ou un enfant à charge, veuillez vous reporter à la section *Coordination des prestations avec d'autres régimes*.

## Soins médicaux reçus à l'extérieur de la province

Pour demander le remboursement de frais médicaux engagés d'urgence à l'extérieur de la province, le participant doit communiquer immédiatement avec la société Europ Assistance USA, Inc., notre fournisseur d'assistance-voyage, et suivre les instructions qui sont données dans la brochure sur la garantie d'assistance-voyage. Cette brochure est accessible sur notre site Web à l'adresse [www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca). Pour demander le règlement de frais médicaux non urgents engagés à l'extérieur de la province, le participant doit présenter une demande de règlement de frais médicaux de l'une ou l'autre des façons indiquées ci-dessus et dans le guide *ma couverture*.

## Régimes de règlement direct des frais de médicaments

La carte-médicaments simplifie le processus de règlement des frais de médicaments sur ordonnance en éliminant l'utilisation de formulaires papier et en réduisant les frais à la charge du participant.



Une carte-médicaments est fournie dans le guide *ma couverture*. Si un participant a besoin de cartes supplémentaires, il peut ouvrir une session sur notre site, à l'adresse [www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca), pour en imprimer des copies. Vous pouvez également imprimer des cartes-médicaments pour les participants sur le site des Services aux promoteurs de régime. La carte-médicaments sert uniquement à régler des frais de médicaments sur ordonnance. Elle est acceptée dans la majorité des pharmacies du Canada. Le participant n'a qu'à remettre sa carte au pharmacien et, pour autant que le médicament est admissible, il ne paiera que le montant qui n'est pas couvert par le régime (par ex. : la franchise ou la somme venant en excédent du maximum remboursable par le régime).

#### Carte-médicaments refusée à la pharmacie

Voici les principales raisons pour lesquelles la carte-médicaments pourrait être refusée :

Problème	Solution
La date de naissance qui a été entrée est inexacte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lorsqu'on lui remet une ordonnance, le pharmacien demande la date de naissance du patient. Il doit entrer cette donnée dans le système lorsqu'il envoie la demande de règlement par voie électronique. Si la date de naissance indiquée par le pharmacien ne correspond pas à celle qui figure dans notre système, la demande de règlement est refusée.</li> <li>Le participant devrait demander au pharmacien de vérifier la date de naissance. Si la bonne date a été entrée et que la demande de règlement est toujours refusée, vérifiez la date de naissance qui est inscrite dans notre système. Au besoin, faites-la corriger.</li> <li>Étant donné que le système de règlement direct des frais de médicaments utilise la date de naissance pour identifier les demandeurs, des dispositions particulières doivent être prises dans les cas de naissances multiples (par ex. : des jumeaux).</li> </ul>
Le code de lien qui a été entré est inexact	Des codes différents sont utilisés pour identifier le participant, son conjoint, un enfant à charge, un étudiant ayant passé l'âge limite et un enfant handicapé. Le participant devrait demander au pharmacien de vérifier que le code approprié a été entré.
La coordination des prestations est activée, et votre régime est le deuxième payeur	La coordination des demandes de règlement de frais de médicaments peut se faire à la pharmacie UNIQUEMENT si le participant et son conjoint sont tous deux titulaires d'une carte-médicaments au titre d'un régime de règlement direct des frais de médicaments reconnu au Canada. Si ce n'est pas le cas, le conjoint doit présenter la demande de règlement au titre de son régime en premier lieu, et le participant doit ensuite présenter à votre régime une demande papier pour le solde non remboursé par le régime du conjoint.
Le médicament prescrit n'est pas couvert par le régime	Selon les caractéristiques de votre régime de garanties, certains médicaments sur ordonnance ne sont pas couverts. Le pharmacien peut communiquer avec le médecin pour savoir s'il serait possible de prescrire un médicament ayant un effet thérapeutique équivalent (qui serait couvert).

### **Remboursement moins élevé que prévu**

Il est possible que le participant reçoive des prestations moins élevées que celles qui sont prévues par votre régime si :

- il a acheté un médicament de marque plutôt qu'un équivalent générique et que votre régime couvre uniquement le coût des médicaments génériques.
- le pharmacien applique des frais supérieurs aux « frais raisonnables et de pratique courante » qui ont cours dans la région en ce qui touche l'exécution d'une ordonnance ou le coût des ingrédients. (Le remboursement d'un grand nombre de frais est limité aux « frais raisonnables et de pratique courante » pour éviter que votre régime n'engage inutilement des frais lorsque les fournisseurs appliquent des tarifs excessifs.)

### **Quantité maximale de médicaments pouvant être achetée en une seule fois**

On peut normalement se procurer une quantité de médicaments équivalente à 100 jours de traitement à la fois. Toutefois, il est possible que votre régime limite à 34 jours la réserve de médicaments pour maladies de courte durée que le participant peut se procurer.

### **Produits ne pouvant être achetés au moyen de la carte-médicaments**

Il se peut que certains frais couverts par votre régime ne puissent être réglés au moyen de la carte-médicaments. Vous en trouverez une liste dans votre brochure sur les garanties. Dans un tel cas, le participant doit régler lui-même les frais à la pharmacie et en demander ensuite le remboursement en présentant une demande de règlement de frais médicaux.

### **Tenue à jour des données sur les personnes à charge**

Nous devons refuser les demandes de règlement qui s'appliquent aux personnes à charge dont les données n'ont pas été entrées dans notre système. Vous avez la responsabilité de vérifier que les enfants à charge qui ont passé l'âge limite continuent de satisfaire aux critères d'admissibilité du régime (c.-à-d. qu'il s'agit d'un étudiant à temps plein ou d'un enfant handicapé qui dépend entièrement du soutien du participant sur le plan financier) et de nous signaler le moment où leur couverture prend fin.

### **Départ d'un participant**

Lorsqu'un participant quitte le service de votre entreprise, vous devez lui demander de vous remettre immédiatement sa ou ses cartes-médicaments. Suivez le processus habituel pour nous informer du départ de l'employé. Il est à noter que la carte-médicaments cesse d'être acceptée dans les pharmacies à partir de la date de cessation de la couverture qui a été entrée dans notre système.

### **À qui téléphoner**

Si le participant a des problèmes lorsqu'il utilise sa carte-médicaments à la pharmacie, dites-lui de demander au pharmacien d'appeler le Service d'assistance aux pharmaciens d'Emergis (notre fournisseur de cartes-médicaments) pour obtenir de l'aide.

## Remarque :

La détermination préalable des frais ne constitue pas une garantie. Dans certains cas, la prestation versée différera du montant approuvé lorsque le dentiste a soumis son estimation. (Par exemple : Le demandeur a reçu entre-temps des soins dont le coût vient en excédent du maximum remboursable annuellement par votre régime, ou les soins donnés sont différents de ceux qui figuraient dans l'estimation.)

Si un participant communique avec vous parce qu'il éprouve des difficultés lorsqu'il utilise sa carte, dites-lui de téléphoner à notre Centre de service à la clientèle. Au moment de son appel, il devra fournir les renseignements suivants :

- son nom, son numéro de participant et le numéro de son contrat groupe ;
- les détails du problème et la date de sa visite à la pharmacie ;
- le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la pharmacie (s'il y a lieu).

## Règlements de frais dentaires

La garantie Frais dentaires prévoit le remboursement des frais admissibles engagés en cours de couverture pour les soins donnés par un dentiste, un denturologiste, un hygiéniste dentaire ou un anesthésiste autorisés. Elle couvre les soins de prévention et de restauration prévus par le régime et décrits dans votre brochure explicative, compte tenu de divers éléments tels que la franchise, la quote-part de l'assuré, les tarifs en vigueur et les plafonds de remboursement.

Seuls les frais raisonnables sont couverts, à concurrence de la somme correspondant au service ou au traitement équivalent le moins coûteux qui est conforme à la pratique dentaire généralement reconnue. Les frais admissibles ne peuvent en aucun cas dépasser le montant inscrit dans le tarif de l'association dentaire appropriée.

Pour présenter une demande de règlement au titre de la garantie Frais dentaires :

- Étape 1** Le dentiste peut nous envoyer directement la demande de règlement par voie électronique. Il doit remettre au participant une copie de la demande qu'il nous a envoyée.
- Étape 2** Si le dentiste ne présente pas la demande de règlement par voie électronique, le participant et le dentiste doivent remplir leur section respective du formulaire Demande règlement – Garantie Frais dentaires.
- Étape 3** Le participant doit présenter la demande de règlement avant l'expiration du délai indiqué dans votre contrat groupe.

Si le participant demande le remboursement de frais qui ont été engagés pour son conjoint ou un enfant à charge, consultez la section *Coordination des prestations avec d'autres régimes*.

### Estimation des frais

Dans le cas des traitements dont le coût excède un certain montant (précisé dans votre contrat), le demandeur doit s'assurer que son dentiste nous envoie une estimation des frais (appelée « détermination préalable des prestations ») pour que nous puissions informer à l'avance le demandeur et le dentiste du montant couvert (le cas échéant) au titre du régime.

### Soins d'orthodontie

Nous remboursons les participants au fur et à mesure que les frais sont engagés, jusqu'à concurrence d'environ un tiers du total des frais admissibles pour le premier paiement.

## Remarques :

- Si le participant est couvert par la garantie Vie et la garantie Invalidité de longue durée de la Financière Sun Life, nous étudierons la demande d'exonération de primes au titre de la garantie Vie en même temps que la demande de prestations d'invalidité de longue durée.
- Il n'est pas nécessaire de remplir une Déclaration de sinistre relativement à la garantie Invalidité de longue durée si le participant touche déjà des prestations d'invalidité de courte durée de la Financière Sun Life.
- Si le participant reçoit des prestations d'invalidité au titre d'un régime de l'État, vous devez nous en informer, car le participant pourrait avoir droit à l'exonération de primes.

## Règlements au titre du compte Soins de santé

Si votre régime offre le compte Soins de santé, veuillez vous reporter au Guide sur la gestion des comptes Soins de santé.

### Règlements invalidité

Les garanties Invalidité de courte durée et Invalidité de longue durée procurent aux participants des prestations destinées à remplacer en partie le revenu perdu durant les périodes d'invalidité totale (après expiration du délai de carence prévu par votre contrat et si le participant y a droit aux termes du contrat).

Les formulaires de demande de prestations d'invalidité de courte durée et d'invalidité de longue durée se divisent en trois sections :

- la déclaration du participant, qui doit être remplie par le participant ;
- la déclaration du médecin traitant, qui doit être remplie par le médecin qui supervise le traitement du participant ;
- la déclaration du promoteur de régime, qui doit être remplie par vous, le gestionnaire du régime.

Une fois remplie, chaque section peut être envoyée séparément, mais la Déclaration du participant et la Déclaration du médecin traitant devraient être envoyées directement à notre Bureau des règlements invalidité groupe. Les formulaires doivent nous parvenir avant l'expiration du délai indiqué dans votre brochure sur les garanties.

Lorsqu'un participant retourne au travail, veuillez nous en informer immédiatement. Si le participant (ou vous) reçoit des prestations couvrant une période durant laquelle il était capable de travailler (et était, par conséquent, non admissible aux prestations), il doit nous retourner le paiement, et nous effectuerons le rajustement nécessaire.

Dans le cas d'une demande de prestations d'invalidité de longue durée ou d'exonération des primes des garanties Vie et Décès et mutilation accidentels, veuillez vérifier que les formulaires de demande appropriés sont remplis et qu'ils nous sont transmis entre six et huit semaines avant le début du versement des prestations d'invalidité de longue durée.

### Règlements Vie

Les renseignements qui suivent vous sont fournis à titre indicatif seulement ; ils ne visent pas à remplacer les conseils d'un avocat. Le gestionnaire du régime doit se garder d'émettre des opinions en ce qui touche le règlement du capital-décès. Toute question concernant une demande de règlement particulière doit être adressée à notre Service des règlements vie groupe.

#### Règlement partiel (anticipé) immédiat

Lorsque le bénéficiaire est un membre de la famille du participant (par ex. : son conjoint) et qu'il a besoin d'encaisser immédiatement une partie des fonds, nous pouvons lui verser, dans les 24 heures, un paiement partiel anticipé (pouvant atteindre 10 000 \$), avant même d'avoir reçu la demande de règlement décès. Cette mesure vise à aider la famille à faire face à des obligations financières pressantes, telles que des dettes en souffrance.

## Remarque :

Après examen de la demande de règlement, nous pouvons exiger qu'on nous fournisse des renseignements supplémentaires lorsque des circonstances particulières entourent le décès du participant.

La décision d'offrir ou non un paiement anticipé est laissée à la discrétion du gestionnaire du régime. Aucun règlement anticipé n'est accordé lorsque des circonstances inhabituelles entourent le décès du participant.

Nous avons besoin des renseignements suivants pour pouvoir accorder un paiement partiel anticipé :

- numéro du contrat groupe ;
- numéro de participant ;
- nom de la personne décédée ;
- date de naissance de la personne décédée ;
- date du décès ;
- cause du décès ;
- capital assuré en vigueur à la date du décès ;
- nom du bénéficiaire ;
- lien entre le bénéficiaire et le participant décédé ;
- dernier jour de travail et raison ;
- formulaire Déclaration de décès ;
- formulaire d'adhésion du participant ;
- formulaire(s) de changement de bénéficiaire (le cas échéant).

Nous avons besoin des documents suivants pour verser le capital-décès :

- le formulaire Déclaration de décès (voir ci-dessous) ;
- l'attestation de décès (soit une déclaration du médecin, l'original ou une copie certifiée d'un certificat de décès provincial ou d'une déclaration de l'entrepreneur de pompes funèbres) ;
- le formulaire *Choix du mode de règlement et déclaration de sinistre* (voir ci-dessous) ;
- le formulaire d'adhésion original et toute désignation de bénéficiaire remplie ultérieurement par le participant.
- Dans le cas d'une demande de règlement au titre de l'assurance-vie facultative, nous avons également besoin des documents suivants :
- l'avis d'approbation original établi par la Financière Sun Life, qui confirme que la demande de couverture du participant au titre de l'assurance-vie facultative a été acceptée
- et une Déclaration du médecin, si le décès survient moins de deux ans après l'approbation de la couverture ou si le capital est supérieur à 250 000 \$ et la couverture est en vigueur depuis moins de cinq ans. Un certificat de décès officiel est également exigé.

### Formulaire Déclaration de décès

Au décès d'un participant ou d'une personne à sa charge, vous devez remplir les sections appropriées du formulaire Déclaration de décès. Prenez soin d'indiquer correctement le numéro de participant, le numéro du contrat groupe, le numéro de l'unité de facturation et la catégorie. Vous devez signer et dater le formulaire afin de confirmer la couverture. Vous devez également nous envoyer tous les formulaires de désignation de bénéficiaire.

## Remarques :

- La déclaration signée et datée du demandeur constitue un document juridique. Elle accorde à la Financière Sun Life l'autorisation de demander des renseignements médicaux, le rapport de police, le rapport du coroner, etc.
- Le gestionnaire du régime doit s'abstenir de tout commentaire au sujet de l'application des dispositions testamentaires. Lorsque nous aurons examiné le testament, nous communiquerons l'information pertinente.

### Formulaire *Choix du mode de règlement et déclaration de sinistre*

Si le participant a désigné plus d'un bénéficiaire, un formulaire *Choix du mode de règlement et déclaration de sinistre* doit être rempli pour chacun d'eux.

#### Règlement aux ayants droit

Lorsque le capital-décès est payable aux ayants droit du participant, les règles sont les suivantes :

Montant du capital-décès	Documents requis
Moins de 50 000 \$	Aucun document supplémentaire à produire
Plus de 50 000 \$	Copie notariée du testament
mais moins de 100 000 \$	Note : Si le participant décédé était un résident du Québec qui avait désigné ses ayants droit comme bénéficiaires et que le capital-décès est supérieur à 50 000 \$, nous exigeons une copie certifiée conforme du testament notarié.

#### Plus de 100 000 \$, si le participant décédé était un résident...

de l'Ontario	Copie notariée du certificat de nomination à titre de fiduciaire de la succession et testament
du Québec	Copie notariée du testament homologué
d'une autre province	Copie notariée du testament homologué
En l'absence de testament	

Montant du capital-décès	Documents requis
Ontario	Copie notariée du certificat de nomination à titre de fiduciaire de la succession, sans testament
Québec	Copie notariée de la déclaration des droits héréditaires
Toute autre province	Copie notariée des lettres d'administration

#### Autres renseignements sur les testaments

Pour que nous puissions verser les sommes dues en vertu du contrat collectif d'assurance-vie conformément au libellé du testament, la date du testament doit être ultérieure à celle de la signature du formulaire d'adhésion (lorsque le bénéficiaire désigné dans ce formulaire n'est pas le même que celui qui est indiqué dans le testament).

#### Si les ayants droit sont les bénéficiaires

Si le capital-décès est payable aux ayants droit, le représentant légal de la succession doit remplir la Déclaration du demandeur.

## Remarques :

- Chaque province a ses propres règles concernant le versement de paiements à un tuteur légal pour le compte d'un mineur.
- Si le bénéficiaire désire se renseigner sur les autres options de règlement offertes, nous lui recommanderons un conseiller de la Financière Sun Life de sa région.

### Si le bénéficiaire est mineur

- Si un fiduciaire a été désigné, celui-ci doit remplir le formulaire de demande de règlement et y annexer les documents qui attestent sa désignation. Nous verserons les sommes payables au fiduciaire pour le compte du bénéficiaire mineur.
- Au Québec, le parent survivant est le seul tuteur du mineur et il doit remplir la demande de règlement pour le compte du mineur. En l'absence d'un parent survivant, si aucun administrateur n'a été désigné, le tuteur désigné par le tribunal doit présenter la demande de règlement pour le compte du mineur.
- En l'absence d'un fiduciaire et si un tuteur légal a été désigné pour le mineur, le tuteur légal doit remplir le formulaire de demande de règlement et fournir les documents qui attestent sa désignation.
- Si aucun tuteur légal n'a été désigné, les sommes dues sont déposées au tribunal ou auprès du curateur public pour être détenues en fiducie pour le bénéficiaire mineur.

### Modes de règlement du capital-décès

Bien que nous offrions plusieurs modes de règlement, la majorité des bénéficiaires optent pour le paiement par chèque. Nous libellons alors le chèque au nom du bénéficiaire et nous vous l'envoyons pour que vous le lui remettiez. Il vous incombe de faire parvenir le chèque au bénéficiaire.

### Acte criminel

Si le bénéficiaire est inculpé d'un acte criminel en lien avec la demande de règlement décès, nous ne pouvons effectuer le règlement tant que les accusations criminelles n'ont pas été retirées. En vertu de la loi canadienne, personne ne peut tirer profit d'un acte criminel.

### Décès du bénéficiaire antérieur à celui du participant

Si le bénéficiaire décède avant le participant, nous devons recevoir une attestation du décès du bénéficiaire (par ex. : une attestation de l'entrepreneur de pompes funèbres). En pareil cas, nous versons le capital-décès aux ayants droit du participant. Si plusieurs bénéficiaires ont été désignés, le capital-décès peut être partagé entre les bénéficiaires survivants, ou la part du bénéficiaire décédé peut être versée aux ayants droit du participant. (Voir la section *Désignation d'un bénéficiaire*.)

### Décès simultanés

Si le bénéficiaire et le participant décèdent simultanément (par exemple, dans le même accident), nous devons tenter de connaître le moment exact du décès pour déterminer lequel est décédé le premier. S'il est impossible de déterminer lequel du participant ou du bénéficiaire est décédé le premier, le bénéficiaire est présumé être décédé le premier en vertu de la Loi sur les assurances et du Code civil du Québec. En pareil cas, la part du bénéficiaire est réglée aux ayants droit du participant ou, s'il y a plusieurs bénéficiaires, le capital-décès peut être partagé entre les bénéficiaires survivants, ou la part du bénéficiaire décédé peut être versée aux ayants droit du participant. (Voir la section *Désignation d'un bénéficiaire*.)

Si le bénéficiaire est décédé après le participant, sa part est réglée aux ayants droit du bénéficiaire.

## Remarques :

- Le participant dont la demande est présentée dans les cinq années précédant la date prévue de la cessation de ses services n'est pas admissible au programme.
- Si le prêt est accepté, vous devez continuer de verser des primes sur le montant total de la couverture et non sur le montant réduit.
- Avant de transmettre une demande de prêt-secours, vous devez communiquer avec votre représentant groupe Financière Sun Life pour savoir quelles pourraient en être les incidences financières sur votre contrat.
- Une copie de la ou des demandes d'adhésion doit être présentée pour toutes les demandes d'exonération de primes Vie, que la garantie Invalidité de longue durée soit ou non offerte par la Financière Sun Life.

## Prêt-secours

Dans le cadre de notre Programme de prêt-secours, le participant qui en est à la phase terminale d'une maladie et dont l'espérance de vie ne dépasse pas 24 mois peut demander un prêt pouvant atteindre 50 % du capital prévu par l'assurance-vie de base, à concurrence de 100 000 \$. Si la demande du participant est présentée dans les cinq années précédant une réduction prévue de l'assurance-vie de base, le montant maximal du prêt s'établit à 50 % du capital d'assurance-vie le moins élevé qui résulterait des réductions prévues. Au décès du participant, les sommes dues au(x) bénéficiaire(s) sont réduites du montant du prêt-secours augmenté des intérêts.

## Autres demandes de règlement

### Demande d'exonération des primes Vie

L'option « exonération des primes » offerte dans le cadre de la garantie Vie permet à un participant atteint d'invalidité de maintenir sa couverture Vie (ou celle des personnes à sa charge) sans avoir à payer de primes pendant la durée de l'invalidité, sous réserve des dispositions du contrat qui était en vigueur à la date où le participant est devenu invalide, y compris des clauses concernant la réduction et la cessation de la couverture. Lorsque la Financière Sun Life est le fournisseur de la garantie Vie mais non de la garantie Invalidité de longue durée, nous avons besoin des documents suivants pour étudier la demande d'exonération des primes Vie :

- Déclaration de l'employeur
- Exonération de prime – Déclaration de l'intéressé
- Exonération de prime – Déclaration d'invalidité du médecin traitant

### Garantie Décès et mutilation accidentels (DMA)

Pour présenter une demande de règlement au titre de la garantie Décès et mutilation accidentels, contactez-nous, et nous vous enverrons les formulaires appropriés. Nos formulaires de demande de règlement sont clairs et complets, et nous communiquons avec le participant et son médecin, s'il y a lieu, pour vérifier que nous avons en main tous les renseignements nécessaires à l'étude de la demande de règlement. Nous tenons le participant au courant de la situation de sa demande et de nos décisions.

### Assurance contre les maladies graves

Pour présenter une demande de règlement au titre de l'assurance contre les maladies graves, le participant doit communiquer avec nous afin que nous lui envoyions les formulaires appropriés. Nos formulaires de demande de règlement sont clairs et complets, et nous communiquons avec le participant tout au long du processus de traitement de la demande pour le tenir au courant de la situation de sa demande. Nous contactons directement le médecin et/ou l'hôpital, s'il y a lieu, pour obtenir les renseignements médicaux supplémentaires dont nous avons besoin.



# Formulaires de gestion et de demande de règlement

---

Pour vous aider à gérer votre régime, nous mettons nos formulaires standard à votre disposition sur notre site Web des Services aux promoteurs de régime, sous la rubrique Guides et information.

Vous pouvez aussi accéder aux formulaires sans code d'accès ni de mot de passe :

**Étape 1** Rendez-vous sur notre site à l'adresse [www.regimespme.sunlife.ca](http://www.regimespme.sunlife.ca)

**Étape 2** Sélectionnez « Formulaires ».

**Étape 3** La page qui s'affiche présente la liste des formulaires que vous pouvez télécharger et imprimer.

# Comment nous joindre

---

Nous sommes votre partenaire en matière de garanties collectives, c'est pourquoi nous comprenons que vous avez besoin d'accéder rapidement et facilement à l'information sur tous les aspects de votre régime. Voici comment nous joindre lorsque vous avez des questions à poser ou des préoccupations à formuler :

Visitez notre site Web, à l'adresse [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca), où vous trouverez une foule de renseignements utiles et toute l'information nécessaire pour communiquer avec nous.

## Pour joindre le Service clientèle SunAvantage :

---

### Heures d'ouverture :

8 h 30 – 16 h 30 (heure de l'Est) régions de l'Est, d'Ottawa et du Centre

9 h 30 – 18 h 30 (heure de l'Est) région de l'Ouest

Numéro de téléphone : 1-877-786-7227

Numéro de télécopieur : 1-877-823-6605 ou 514-399-1107

---

### Adresse postale :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

Service SunAvantage

C. P. 11010, succ. CV

Montréal (Québec) H3C 4T9

---

### Adresse pour les services de messagerie :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

Service SunAvantage

1155, rue Metcalfe

Montréal (Québec) H3B 2V9

---

Site Web : [www.regimespme.sunlife.ca](http://www.regimespme.sunlife.ca)

---



Garanties collectives | [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca)

Les garanties collectives sont offertes par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

Imprimé au Canada

GB10053-F 07-12 mr-cw