

SUNAVANTAGE^{MD}

Solutions des Garanties collectives à l'intention des petites entreprises
comptant entre 3 et 49 employés



La vie est plus radieuse sous le soleil

Financière 
Sun Life

Garanties collectives



À LA FINANCIÈRE SUN LIFE, NOUS CROYONS

AUX AVANTAGES QUE PROCURENT DES EMPLOYÉS EN SANTÉ

Attirez et conservez les meilleurs talents

Attirez et conservez les meilleurs talents grâce à un régime de garanties collectives qui permettra à vos employés de rester motivés, engagés et en bonne santé.

La main-d'œuvre change – les employés s'attendent à ce que leur employeur leur fournisse les garanties de santé et de mieux-être dont ils ont besoin pour gérer leur santé et celle des membres de leur famille.

Grâce aux garanties collectives SunAvantage, vous pouvez être certain d'offrir à vos employés la couverture en matière de santé et de mieux-être la plus complète sur le marché.

Gérez vos coûts

Gérez vos coûts et le rendement de votre investissement tout en gardant vos employés en santé et au travail. Les solutions de gestion de l'invalidité aident les employés à retourner au travail plus rapidement alors que les solutions de gestion proactive des médicaments aident à contrôler la hausse des coûts des médicaments et mettent l'accent sur la durabilité à long terme.

De plus, ces garanties offrent à vos employés une couverture qui leur permet, à eux et aux membres de leur famille, de rester en santé et motivés :

- Compte Soins de santé (CSS) et compte de dépenses personnel (CDP)
- Assurance contre les maladies graves
- Garanties Frais médicaux et Frais dentaires

Vous faciliter la tâche

Votre temps est précieux. C'est pourquoi nous avons fait en sorte que votre régime SunAvantage soit facile à mettre en place et à gérer. Voici quelques-uns des moyens que nous employons pour vous faciliter la tâche :

- Soutien attitré
- Transition harmonieuse
- Guides personnalisés sur la couverture
- Aide chaleureuse en tout temps
- Services numériques

À la Financière Sun Life, nous sommes heureux de faire affaire avec vous et nous vous remercions de nous faire confiance pour fournir à vos employés les services de garanties collectives dont ils ont besoin pour rester en bonne santé.

Les prochaines sections présentent la couverture complète dont les participants de votre régime pourront bénéficier grâce aux garanties collectives SunAvantage.

Travaillons ensemble de sorte que vos employés et vous profitiez des avantages d'un effectif en santé.



TABLE DES MATIÈRES

Pour les PME, le temps, c'est de l'argent	5
Des garanties qui répondent à vos besoins	10
Assurance-vie	7
Assurance-vie des personnes à charge	8
Assurance Décès et mutilation accidentels (DMA)	8
Invalidité de courte durée (ICD)	9
Invalidité de longue durée (ILD)	10
Garantie Frais médicaux	11
Programme Voyage Assistance	12
Garantie Frais dentaires	13
Compte Soins de santé (CSS)	14
Compte de dépenses personnel (CDP)	15
Programme d'aide aux employés (PAE) : RésoSolutions Sun Life ^{MD}	16
Assurance contre les maladies graves (AMG)	17
Programme Coût majoré de frais	18
Demande de tarification	19

POUR LES PME, LE TEMPS, C'EST DE L'ARGENT

C'est pour cette raison que nous avons conçu des solutions souples et abordables en matière de garanties collectives, qui répondent à vos besoins uniques.

Le programme SunAvantage de base comprend une assurance-vie pour les salariés et pour les personnes à leur charge, ainsi qu'une assurance Décès et mutilation accidentels (DMA). En outre, la formule SunAvantage vous offre la possibilité d'adapter le programme à vos besoins, en y ajoutant une ou plusieurs des options suivantes : l'assurance Invalidité de courte durée, l'assurance Invalidité de longue durée, la garantie Frais médicaux, la garantie Frais dentaires, le compte Soins de santé, le programme d'aide aux employés, l'assurance contre les maladies graves, le programme Coût majoré de frais, ainsi que l'assurance-vie et l'assurance DMA facultatives.

CE QU'OFFRE SUNAVANTAGE...

Souplesse à prix abordable	Régimes souples adaptés à votre budget et répondant aux besoins de vos employés.
Gestion facile	Dès le départ, grâce à des services comme le dossier de gestion destiné aux promoteurs de régime, un site Web convivial à l'intention des promoteurs de régime et un accès gratuit à l'adjoint à la gestion, service clientèle qui a été désigné pour s'occuper de vous.
Traitement rapide	Remboursements rapides et exacts qui reposent entre autres sur une procédure simple de présentation des demandes de règlement par mobile ou en ligne grâce à laquelle le versement des règlements dans le compte bancaire de vos employés s'effectue dans un délai de 24 à 48 heures.
Communications claires	Notre guide ma couverture , rédigé dans un langage clair, aidera vos employés à tirer pleinement profit, dès le départ, des avantages offerts par leur régime de garanties.
Vaste gamme de services	La Financière Sun Life offre également des produits individuels de gestion de patrimoine et d'assurance visant à assurer votre sécurité financière et votre santé à long terme.

DES GARANTIES

QUI RÉPONDENT À VOS BESOINS

Caractéristiques du client recherché

La formule SunAvantage est conçue pour répondre aux besoins des clients présentant les caractéristiques suivantes :

Continuité	L'entreprise doit exercer ses activités depuis plus de 3 mois, d'un an dans le cas de l'ILD.
Stabilité	Elle doit présenter des antécédents financiers stables.
Partage des coûts	Elle doit être en mesure d'assumer 50 % des coûts de la garantie Frais médicaux et de la garantie Frais dentaires (au moins 25 % au Québec).
Lieu d'exploitation	Elle ne doit pas être située à domicile.
Taux de roulement	Le taux de roulement du personnel doit être modéré.
Âge des salariés	Les salariés doivent appartenir à différents groupes d'âge.
Participation minimale	Au moins trois salariés doivent être prêts à participer à chaque garantie.
Taux de participation	Le taux de participation des salariés admissibles doit être d'au moins 75 % (au moins 100 % au Québec).
Revenu	Le salaire versé aux salariés doit être assez élevé pour leur permettre de participer au régime. De plus, les commissions et les gratifications versées doivent représenter un faible pourcentage de leur rémunération totale.

ASSURANCE-VIE

(GARANTIE OBLIGATOIRE)

L'assurance-vie procure au bénéficiaire du participant une protection financière de base en cas de décès de ce dernier.

Le capital assuré peut correspondre à un multiple du salaire ou à un montant fixe. Le régime d'une entreprise peut comprendre jusqu'à trois catégories de participants et différentes formules.

Capital minimal	20 000 \$ (basé sur le salaire; des restrictions quant à la taille peuvent s'appliquer aux montants fixes)	
Capital maximal	Jusqu'à 750 000 \$ (des restrictions quant au régime et à la taille peuvent s'appliquer)	
Multiples du salaire	De 1 à 5 fois le salaire (des restrictions quant au régime et à la taille peuvent s'appliquer)	
Montants fixes	Jusqu'à 200 000 \$ (des restrictions s'appliquent quant au salaire)	
Réduction	50 % à 65 ans	
Cessation	À 70 ans	
Capital maximal sans justification d'assurabilité	De 3 à 4 assurés De 5 à 9 assurés De 10 à 14 assurés De 15 à 19 assurés De 20 à 24 assurés De 25 à 29 assurés De 30 à 39 assurés De 40 à 49 assurés	entre 75 000 \$ et 100 000 \$ entre 100 000 \$ et 150 000 \$ entre 125 000 \$ et 200 000 \$ entre 140 000 \$ et 225 000 \$ entre 155 000 \$ et 250 000 \$ entre 175 000 \$ et 275 000 \$ entre 200 000 \$ et 325 000 \$ entre 225 000 \$ et 375 000 \$
Exonération des primes	Incluse en cas d'invalidité totale	
Transformation	Diverses options sont prévues	
Assurance-vie facultative	Offerte en complément de l'assurance-vie de base et de l'assurance-vie des personnes à charge pour les groupes admissibles	



ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE

(GARANTIE OBLIGATOIRE POUR LES ENTREPRISES COMPTANT MOINS DE 20 SALARIÉS)

L'assurance-vie des personnes à charge peut contribuer à procurer une protection financière au participant advenant le décès de son conjoint ou d'un enfant à sa charge. Le capital assuré est un montant fixe.

Capital pour le conjoint	Tranches de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 20 000 \$
Capital par enfant à charge	La moitié du capital souscrit pour le conjoint
Couverture des enfants à charge	Dès la naissance
Exonération des primes	Incluse en cas d'invalidité totale
Transformation	Diverses options sont prévues

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS (DMA)

(GARANTIE OBLIGATOIRE POUR LES ENTREPRISES COMPTANT MOINS DE 20 SALARIÉS)

La garantie Décès et mutilation accidentels (DMA) prévoit le versement d'un capital supplémentaire si le participant décède accidentellement ou subit un accident entraînant la paralysie, la surdité, la perte d'un membre ou la perte de la vision ou de l'usage de la parole.

Le capital assuré de la garantie DMA correspond au capital de l'assurance-vie.

La garantie DMA facultative est offerte conjointement avec l'assurance-vie facultative pour les groupes admissibles.

Garanties complémentaires :

Jusqu'à 10 000 \$	Retour de la dépouille
Jusqu'à 10 000 \$	Réadaptation
Jusqu'à 5 000 \$	Formation professionnelle du conjoint
Jusqu'à 5 000 \$ par an pendant 4 ans	Études des enfants
Jusqu'à 5 000 \$	Transport d'un membre de la famille
Exonération des primes	Incluse en cas d'invalidité totale
Transformation	Diverses options sont prévues

INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE (ICD) (GARANTIE FACULTATIVE)

L'assurance Invalidité de courte durée (ICD) peut procurer au participant le remplacement du salaire qu'il perd s'il se trouve temporairement dans l'incapacité de travailler en raison d'une invalidité totale.

Elle couvre l'invalidité attribuable à une blessure ou à une maladie qui n'est pas reliée au travail, et elle procure un revenu au participant jusqu'à ce qu'il retourne au travail ou commence à toucher des prestations d'invalidité de longue durée. L'assurance ICD peut comprendre un programme de réadaptation qui aide les participants invalides à se rétablir complètement et à retourner à une vie productive qui leur permet de subvenir à leurs besoins.


Délai de carence	Accident : 0 à 14 jours civils Maladie : 3, 7 ou 14 jours civils
Durée de l'indemnisation	13, 15, 16, 17 ou 26 semaines
Formules	Prestations imposables et non imposables : 50 %, 55 %, 60 %, 66,7 % ou 67 % Prestations imposables : 70 %, 75 % ou 80 %
Périodicité des prestations	Toutes les semaines
1^{er} jour d'hospitalisation (option)	Délai de carence de 3 ou 7 jours
Prestation maximale	Jusqu'à 1 750 \$ par semaine (20 assurés et plus)
Définition d'invalidité totale	Profession habituelle



INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD)

(GARANTIE FACULTATIVE)

Délai de carence	90, 105, 112, 120 ou 180 jours civils
Durée de l'indemnisation	Jusqu'à 65 ans et pendant 2, 5 ou 10 ans
Déductions	Partielles
Définition relative à la profession habituelle	1 ou 2 ans (3 ans dans le cas de certains risques seulement)
Formules	Prestations imposables et non imposables : 50 %, 55 %, 60 %, 66,7 % ou 67 % Prestations imposables : 70 %, 75 % ou 80 % Des formules prévoyant un barème gradué sont offertes sur demande
Prestation maximale	Jusqu'à 12 000 \$ par mois
Capital maximal sans justification d'assurabilité	Jusqu'à 6 000 \$
Prestation de survie (option)	3 ou 6 mois
Plafond d'indemnisation (toutes sources)	85 % (prestations imposables et non imposables)
Indexation sur le coût de la vie (option)	1 %, 2 %, 3 %, 4 % ou 5 %
Exonération des primes	Incluse en cas d'invalidité totale

 L'assurance Invalidité de longue durée (ILD) peut assurer un soutien financier au participant qui est incapable de travailler pendant une longue période en raison d'une invalidité totale. Les prestations versées aux termes de cette garantie complètent celles qui sont prévues par les régimes de l'État.

L'assurance ILD peut comprendre un programme de réadaptation qui aide les participants invalides à se rétablir complètement et à retourner à une vie productive qui leur permet de subvenir à leurs besoins.



GARANTIE FRAIS MÉDICAUX

(GARANTIE FACULTATIVE OBLIGATOIRE AU QUÉBEC*)

La garantie Frais médicaux aide les participants et les personnes à leur charge à payer les frais de soins médicaux nécessaires qui ne sont pas couverts par les régimes provinciaux. Il est possible de choisir le montant de la franchise annuelle que le participant doit payer ainsi que le pourcentage des frais qui sera couvert.

Franchises*

• Individuelle	0 \$, 25 \$, 50 \$ ou 100 \$
• Familiale	0 \$, 25 \$, 50 \$, 100 \$ ou 200 \$
• Monoparentale ou pour couple	0 \$, 25 \$, 50 \$, 100 \$ ou 200 \$

(Sur demande, une franchise de 0 \$ s'applique aux frais d'hospitalisation, de déplacement et d'optique.)

Médicaments*

• Régime avec cartes-médicaments	De base avec le remplacement obligatoire par le générique et l'autorisation préalable. La couverture pour les médicaments nécessitant une ordonnance auxquels Santé Canada a attribué un numéro d'identification (DIN) varie en fonction de la liste de médicaments sur laquelle le programme est basé.
Franchises par ordonnance	Entre 0 \$ et 10 \$
• Plafond des frais d'exécution d'ordonnance	0 \$, entre 5 \$ et 10 \$
• Pourcentage de remboursement	Entre 50 % et 100%

Autre couverture Frais médicaux

Frais d'hospitalisation

• Hospitalisation	Chambre semi-particulière ou particulière
• Pourcentage de remboursement	50 % à 100%

Services paramédicaux¹

• Prestation maximale	Entre 100 \$ et 1 000 \$, ou 1 250 \$ (soins combinés)
• Pourcentage de remboursement	50 % à 100%

Frais d'optique (option)

• Prestation maximale	Entre 75 \$ et 500 \$
• Pourcentage de remboursement	100 %

Autres services et articles médicaux²

• Pourcentage de remboursement	50 % à 100 %
--------------------------------	--------------

Frais de soins d'urgence engagés hors de la province

60 jours (prestation viagère maximale de 3 000 000 \$)

* Nota : Dans le cas des assurés du Québec, les exigences minimales de la RAMQ en ce qui touche la structure du régime pourraient restreindre certains choix ou exclure certaines options.

¹ Soins donnés par des membres de professions paramédicales (jusqu'à concurrence d'un maximum annuel) — la garantie couvre les soins donnés par certains spécialistes paramédicaux autorisés, tels que les acupuncteurs, les audiologistes, les chiropraticiens, les diététistes, les naturopathes, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les podiatres, les psychologues/travailleurs sociaux, les orthophonistes et les massothérapeutes. Selon notre norme, une recommandation du médecin n'est pas requise pour les frais de massothérapie. Il est toutefois possible d'ajouter cette exigence sur demande.

² Services et articles médicaux — notamment les services d'infirmières exerçant à titre privé, le transport en ambulance, les examens de laboratoire, les membres artificiels et les appareils auditifs. Le cannabis thérapeutique peut faire l'objet d'une couverture facultative au titre de cette catégorie et avoir une prestation maximale distincte. Les participants devront répondre aux critères cliniques établis par la Financière Sun Life en vue d'être couverts. Une autorisation préalable est requise.



Plus rapide. Plus simple. Davantage connectés.

Nous aidons vos employés à apprécier l'investissement que vous faites dans leur régime de garanties collectives. Vos employés apprécieront la commodité de l'application ma Sun Life mobile grâce à laquelle ils peuvent présenter une demande de règlement de frais médicaux partout, en tout temps, et recevoir les prestations dans leur compte bancaire dans un délai de 24 à 48 heures.

PROGRAMME VOYAGE ASSISTANCE

(COMPLÉMENT DE LA GARANTIE FRAIS MÉDICAUX)

Médi-Passeport, notre Programme Voyage Assistance, est offert par la société Allianz Global Assistance (Services AZGA Canada Inc.).

En cas d'urgence se produisant pendant qu'un assuré se trouve à l'extérieur de la province de son domicile, la garantie Médi-Passeport complète la section de la garantie Frais médicaux relative aux services reçus en cas d'urgence.

Les services sont couverts s'ils sont reçus dans les 60 jours suivant le départ du participant de la province de son domicile.

Assistance médicale immédiate	Assistance pour trouver et obtenir les soins médicaux appropriés, y compris l'avance de fonds pour garantir les soins, au besoin
Retour au domicile ou transport vers un autre centre de soins	Déterminé d'après les renseignements médicaux disponibles et la disponibilité des services nécessaires
Nourriture et logement si le voyage de retour est retardé en raison d'une urgence médicale	Maximum de 150 \$ par personne par jour, pour une période limitée à 5 jours
Retour de personnes en difficulté en raison d'une urgence médicale, pour un participant ou un enfant qui se retrouve seul	Coût du transport, diminué de toute fraction remboursable du prix original du billet
Visite d'un membre de la famille à l'endroit où un assuré est hospitalisé	La prestation est limitée à un billet aller-retour en classe économique, si le participant est hospitalisé pendant plus de 7 jours consécutifs. La prestation maximale payable pour couvrir les frais de nourriture et de logement du membre de la famille est de 150 \$ par jour.
Retour de la dépouille d'un assuré décédé	5 000 \$ par personne décédée
Retour d'une voiture	Jusqu'à 500 \$
Bagages ou documents perdus	Aide pour communiquer avec les autorités compétentes
Coordination des prestations	Assistance en ce qui touche la coordination des prestations au titre de tous les régimes du participant assuré

La couverture prévue par Médi-Passeport est assujettie à tout maximum applicable aux services reçus en cas d'urgence de la garantie Frais médicaux. Aucun service n'est offert au cours d'un voyage entrepris pour recevoir des services médicaux.



Il suffit d'un coup de fil pour obtenir de l'aide.

Où que vous vous trouviez, vous avez accès 24 heures sur 24 à un centre de coordination disposant d'un personnel complet.



Plus rapide. Plus simple. Davantage connectés.

Outre notre excellent site Web à l'intention des participants, vos employés apprécieront la commodité de l'application ma Sun Life mobile grâce à laquelle ils peuvent voir leur carte d'assistance-voyage directement sur leur appareil mobile.

GARANTIE FRAIS DENTAIRES

(GARANTIE FACULTATIVE)

La garantie Frais dentaires couvre les soins dentaires de prévention et de diagnostic courants ainsi que les obturations, les traitements radiculaires, les extractions et les services de chirurgie buccale. En outre, des options couvrant d'autres soins dentaires et les traitements d'orthodontie sont offertes.

Comme le régime SunAvantage se caractérise par sa souplesse, vous pouvez choisir parmi divers niveaux de soins dentaires.

Inspirez-vous de notre formule la plus demandée pour répondre à tous vos besoins.

Caractéristiques offertes :

Périodicité des examens périodiques	Au choix : 5, 6, 9 ou 12 mois
Soins de base/de prévention*	Inclus
Soins majeurs (option)	Minimum de 5 assurés; 3 assurés si le groupe bénéficie déjà des Soins majeurs
Soins d'orthodontie à des personnes à charge (option)	Minimum de 10 assurés si 5 employés ont opté pour la couverture familiale et bénéficient déjà de cette garantie
Soins d'orthodontie à des adultes (option)	Minimum de 20 assurés; 10 assurés s'ils bénéficient déjà de cette garantie
Franchises	Individuelle : 0 \$, 25 \$, 50 \$ ou 100 \$ Familiale : 0 \$, 25 \$, 50 \$, 100 \$ ou 200 \$ Monoparentale ou pour couple (sur demande) : 0 \$, 25 \$, 50 \$, 100 \$ ou 200 \$
Pourcentage de remboursement	Soins de base/de prévention : 50 % à 100 % Soins majeurs : 50 % à 80 % Soins d'orthodontie : 50 % ou 60 %
Prestation maximale (limite supérieure)	Soins de base/de prévention : 2 500 \$ (Aucune limite pour les groupes admissibles) Soins majeurs : 3 000 \$ Soins combinés : 4 000 \$ Soins d'orthodontie : 3 500 \$ (prestation viagère maximale)
Tarif – Année	Année en cours ou autres options déterminées
Tarif des praticiens	Généralistes ou spécialistes
Année de référence	Année du contrat ou année civile

Soins	Notre formule la plus courante
Obturations blanches	Obturations blanches sur les dents antérieures et postérieures
Radiographies interproximales	Tous les 6 mois
Détartrage/aplanissement des racines	10 unités
Fluorure	Enfants et adultes

* Les soins de base/de prévention inclus sont les suivants :

- Soins de prévention et de diagnostic, tels que les examens buccaux, le nettoyage des dents et les radiographies.
- Soins dentaires de base, notamment les obturations, les extractions de dents et les traitements radiculaires.

En option, soins dentaires majeurs : prothèses amovibles, couronnes et ponts, et arcs dentaires (orthodontie). Les options et la couverture varient selon le nombre de salariés qui participent au régime.



Plus rapide. Plus simple.

Davantage connectés. Outre notre excellent site Web à l'intention des participants, vos employés apprécieront la commodité de l'application ma Sun Life mobile grâce à laquelle ils peuvent présenter une demande de règlement de frais dentaires partout, en tout temps, et recevoir les prestations dans leur compte bancaire dans un délai de 24 à 48 heures.



Comparez différents soins pour établir le juste équilibre entre les coûts et les avantages.

COMPTE SOINS DE SANTÉ (CSS)

(GARANTIE FACULTATIVE)

Des garanties enrichies

Le compte Soins de santé (CSS) de la Financière Sun Life est provisionné par le promoteur et géré par nous, et il permet aux participants de présenter des demandes de règlement pour couvrir :

- le montant de la franchise et de la quote-part à leur charge;
- les montants venant en excédent des prestations maximales pouvant être prévues par le programme;
- les frais médicaux et les frais dentaires que le régime collectif peut ne pas couvrir, comme les frais engagés pour des services d'orthodontie ou la correction de la vision par le laser, et les honoraires de médecins.

Structure du régime et formalités de gestion

Participation	Au minimum, 5 employés actifs doivent participer au CSS.
Gestion administrative	Pour pouvoir établir un CSS, les garanties Frais médicaux et Frais dentaires doivent toutes deux être en place. L'année de référence qui s'applique au régime est de 12 mois et doit coïncider avec l'année de référence des autres régimes de remboursement des frais médicaux ou dentaires. Les participants disposent de 90 jours à compter de la fin de l'année de référence pour présenter des demandes de règlement au titre du CSS. Tous les régimes de remboursement de frais doivent prévoir un délai de présentation des demandes de règlement de 90 jours.
Adhésion	Les employés peuvent adhérer au CSS même s'ils renoncent à la couverture prévue par la garantie Frais médicaux ou la garantie Frais dentaires.
Attribution des crédits	Les crédits sont attribués une fois par année au début de l'année de référence. Le montant minimum annuel des crédits versés à l'ensemble des employés est de 4 500 \$. Deux options vous sont offertes : Même quantité de crédits pour tous les employés Quantité différente de crédits selon l'employé
Facturation	Les factures sont envoyées par la poste une fois par mois. La facturation n'est pas combinée au relevé de primes qui est produit pour les garanties assurées.



Le compte Soins de santé (CSS) permet aux promoteurs de compléter les produits et services couverts par leur régime de garanties collectives. Il peut donner plus de souplesse aux garanties collectives Frais médicaux et Frais dentaires, à un coût prévisible et raisonnable.

Fonctionnement du CSS

Une fois par année, les promoteurs affectent des crédits au CSS des participants du régime. Les participants utilisent ensuite ces crédits pour régler divers frais médicaux et dentaires. À la fin de l'année de référence, les crédits inutilisés sont automatiquement reportés à l'année suivante. Les participants ont jusqu'à la fin de la seconde année de référence pour utiliser les crédits reportés, sans quoi ils les perdent.

COMPTE DE DÉPENSES PERSONNEL (CDP)

(GARANTIE FACULTATIVE)

Une solution simple pour demeurer concurrentiel

En tant qu'employeur, vous devez rester concurrentiel. L'une des façons d'attirer les meilleurs talents consiste à offrir des programmes donnant aux employés accès à des solutions de santé et de mieux-être améliorées. Un compte de dépenses personnel (CDP) constitue le prolongement naturel des solutions de santé et de mieux-être prévues par le programme de garanties de base que vous offrez déjà aux employés. De plus, le format numérique du CDP le rend facile à utiliser et à gérer.

Fonctionnement du CDP

L'employeur attribue un nombre défini de crédits au compte de chacun de ses employés. L'employé peut utiliser ses crédits pour régler une vaste gamme de soins de santé et de mieux-être qui ne sont pas couverts par son régime ordinaire de frais médicaux.

Solutions de santé et de mieux-être pour une main-d'œuvre moderne

Vous pouvez proposer des occasions de favoriser la santé et le mieux-être en dehors de votre régime ordinaire de garanties. Le CDP de la Financière Sun Life couvre un large éventail de frais admissibles favorisant le mieux-être physique, mental et financier des travailleurs canadiens.

Voyez quelques exemples de frais admissibles :

- Abonnements à un centre de conditionnement physique
- Tapis roulants et vélos d'exercice
- Soins aux enfants et aux aînés
- Planification successorale et frais juridiques

Caractéristiques, présentation et gestion du produit

Format numérique – L'intégration du produit à la plateforme numérique de la Financière Sun Life permet aux employés de présenter des demandes de règlement à l'aide de l'**application ma Sun Life mobile** ou du site masunlife.ca.

Simple – Une liste inclusive de sphères de la santé et du mieux-être* est offerte aux entreprises de toutes les tailles.

Gestion administrative – La simplicité de notre plateforme numérique permet à l'employé de gérer lui-même son compte.

Attribution de crédits – Un nombre défini de crédits peut être attribué au compte de chaque employé sur une base mensuelle ou annuelle*.

Options de report – Trois options de report¹ (aucun report, report du solde ou report des frais) sont proposées.

* Le report du solde pour une période illimitée s'applique uniquement aux groupes de taille importante (SunSolutions et Groupes nationaux). Pour les régimes SunAvantage, c'est le report du solde pour 12 mois qui s'applique.

¹ La même formule de report doit s'appliquer à tous les participants couverts en vertu d'un même contrat.

PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS (PAE) : RÉSOLUTIONS SUN LIFE^{MD}




(GARANTIE FACULTATIVE)

Notre programme d'aide aux employés (PAE), RésoSolutions Sun Life^{MD}, offre les services professionnels de counseling et de soutien dont les employés peuvent avoir besoin pour résoudre des problèmes susceptibles de nuire à leur performance au travail :

- Relations familiales et sociales
- Problèmes personnels
- Problèmes de dépendance
- Problèmes liés au travail
- Conseils juridiques et financiers*
- Problèmes liés au mieux-être (ex. : soutien en nutrition et encadrement en matière de santé)
- Crise

Le programme RésoSolutions Sun Life^{MD} est offert aux employés et à leur famille, et est entièrement confidentiel et accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. En ayant en tout temps accès à ce réseau de professionnels, les employés peuvent obtenir le soutien dont ils ont besoin pour résoudre différents problèmes et donner le meilleur d'eux-mêmes au travail. De plus, les employés ont accès au service RésoSolutions Sun Life^{MD} de la façon qui leur convient – que ce soit au moyen de services numériques et de ressources en ligne ou de modes traditionnels.

RésoSolutions Sun Life^{MD} est un modèle souple qui offre trois choix de formules – la formule essentielle, la formule étendue et la formule Élite.

FORMULE ESSENTIELLE	FORMULE ÉTENDUE	FORMULE ÉLITE
<ul style="list-style-type: none"> • 3 séances téléphoniques par problème • Accès au counseling en ligne, à First Chat (service de clavardage sécurisé), Mon Migo • Accès illimité aux outils et aux ressources en ligne sur le site Web RésoSolutions^{MD} 	<p>Tous les avantages de la formule essentielle et...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de séances téléphoniques approprié sur le plan clinique** • 3 séances de counseling en personne par problème • Vidéocounseling • Counseling de groupe en ligne • Outils autonomes en ligne 	<p>Tous les avantages de la formule étendue et...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de séances de counseling en personne approprié sur le plan clinique** • Service de coaching pour le gestionnaire*** 

Nota : Dans le cas des assurés du Québec, les exigences minimales de la RAMQ en ce qui touche la structure du régime pourraient restreindre certains choix ou exclure certaines options.

* Ces conseils ne couvrent pas la rédaction de testaments, les problèmes liés au travail, les lois criminelles ou fiscales, la gestion de l'actif, la planification de la retraite et les services de comptabilité.

** Sur la base de ce qui est jugé cliniquement approprié selon l'évaluation initiale, dans le cadre du modèle de counseling à court terme du PAE, axé sur la recherche de solutions.

*** Coaching sur la gestion des absences (approche démedicalisée) : service assuré par téléphone ou sous forme de médiation sur place ou de formation sur place. Le nombre de séances dépend de la formule choisie par le promoteur de régime.



Le programme d'aide aux employés (PAE) offre en tout temps des services de consultation dans des situations de crise, de problèmes personnels, familiaux ou professionnels, ou de dépendances.

ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES (AMG)

(GARANTIE FACULTATIVE)

L'assurance contre les maladies graves ne vise pas à remplacer d'autres types de garanties; elle les complète. Offrir l'assurance contre les maladies graves dans le cadre d'un régime de garanties peut contribuer à protéger les employés et les membres de leur famille en cas de maladie grave. Ils seront plus en mesure de recevoir les traitements médicaux dont ils ont besoin et pourront concentrer leurs énergies sur leur rétablissement plutôt que d'affronter des tracas financiers.

Vous avez le choix

Nos régimes d'assurance contre les maladies graves visent à permettre aux employeurs de choisir les meilleures options possible. Nous offrons deux niveaux de protection : la formule essentielle (A), qui couvre les trois affections graves les plus courantes, et la formule étendue (B), qui couvre 25 affections.

Affections couvertes	A	B
Cancer (mettant la vie en danger)	✓	✓
Crise cardiaque	✓	✓
Accident vasculaire cérébral	✓	✓
Chirurgie de l'aorte		✓
Anémie aplasique		✓
Méningite bactérienne		✓
Tumeur cérébrale bénigne		✓
Cécité		✓
Coma		✓
Chirurgie coronarienne		✓
Surdité		✓
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer		✓
Remplacement ou réparation valvulaire		✓
Insuffisance rénale		✓
Perte d'autonomie		✓
Perte de membres		✓
Perte de la parole		✓
Insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente		✓
Transplantation d'un organe vital		✓
Maladie du motoneurone		✓
Sclérose en plaques		✓
Infection professionnelle par le VIH		✓
Paralysie		✓
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques		✓
Brûlures sévères		✓

Exigences relatives à la participation	
Taille du groupe	Formule
De 3 à 24 employés	Participation obligatoire de tous les employés
De 25 à 49 employés	Participation obligatoire de tous les employés PLUS une couverture complémentaire facultative*

Couverture maximale sans attestation d'assurabilité (couverture obligatoire)	
Taille du groupe	Formule
De 3 à 24 employés	25 000 \$
De 25 à 49 employés	Jusqu'à 50 000 \$



Transformation

Pour autant que l'employé n'ait pas mis fin à sa couverture au titre de l'assurance collective contre les maladies graves, il bénéficie d'un droit de transformation lui permettant de maintenir sa protection si sa couverture au titre du régime collectif prend fin (par exemple s'il change d'emploi).

* Une attestation de bonne santé est requise pour la couverture facultative. Maximum global de 100 000 \$ pour la couverture obligatoire et la couverture facultative réunies.

PROGRAMME COÛT MAJORÉ DE FRAIS

(GARANTIE FACULTATIVE)

Les programmes de garanties collectives de la Financière Sun Life comprennent une protection qui s'étend à la plupart des services médicaux et dentaires qui sont offerts. Les frais engagés sont généralement remboursés après déduction d'une franchise et de la quote-part à la charge de l'assuré, et les prestations relatives à certains services peuvent être assujetties à un maximum. De plus, il peut y avoir des frais qui ne sont pas couverts par le programme.

Il arrive souvent que les employeurs offrent un programme du type «Coût majoré de frais» qui procure à une catégorie déterminée de salariés et aux personnes à leur charge qui y sont admissibles une couverture en complément des garanties collectives de base. Ce programme prévoit le remboursement des frais engagés pour autant qu'ils constituent des frais médicaux, dentaires ou hospitaliers admissibles aux termes de la *Loi de l'impôt sur le revenu* fédérale.

Le processus est simple. D'abord, l'employeur détermine les catégories de salariés qui sont admissibles au programme «Coût majoré de frais». Les salariés admissibles accumulent les frais qu'ils ont engagés et les présentent au gestionnaire de leur régime quelques fois par année. Le gestionnaire du régime remplit le formulaire prévu par le programme «Coût majoré de frais» et envoie celui-ci et les originaux des reçus au bureau des règlements approprié de la Financière Sun Life, accompagnés du montant demandé, des frais de gestion administrative et des taxes applicables. Les prestations sont envoyées au salarié comme dans le cas de tout autre règlement ordinaire.

Veillez consulter votre conseiller fiscal pour déterminer si un programme «Coût majoré de frais» convient à votre entreprise.



DEMANDE DE TARIFICATION

Lorsque vous présentez une demande de tarification, vous devez fournir un certain nombre de renseignements pour nous permettre d'évaluer le risque de façon appropriée et d'offrir un taux concurrentiel :

- Nom, situation géographique et nature de l'entreprise
- Pour chaque salarié : sexe, âge, revenu, profession et situation quant aux personnes à charge
- Description des garanties (structure du régime)
- Nom de l'assureur actuel et garanties offertes (le cas échéant)
- Nombre d'années à titre de client auprès de l'assureur actuel (le cas échéant) si cela dépasse 18 mois
- Aperçu historique des taux et résumé des résultats techniques, s'il y a lieu

Tout renseignement supplémentaire pouvant être fourni est aussi utile, par exemple :

- Nombre de participants qui ne sont pas effectivement au travail, en raison, par exemple, d'une invalidité ou d'un congé de maternité.
- Nombre de personnes qui participent à des activités dangereuses.

RENSEIGNEZ-VOUS TOUJOURS AUPRÈS D'UN CONSEILLER AUTORISÉ

Les renseignements contenus dans les pages précédentes présentent un aperçu des garanties pouvant être offertes.

Le nombre de salariés qui participent au régime ainsi que d'autres facteurs peuvent influencer sur les garanties offertes. Veuillez vous renseigner auprès de votre conseiller autorisé pour vous assurer que le régime répond à vos besoins.

À PROPOS DE LA FINANCIÈRE SUN LIFE

La Financière Sun Life, qui compte parmi les chefs de file du domaine des garanties collectives, sert plus d'un Canadien sur six dans plus de 12 000 entreprises, associations, groupes d'affinités et groupes liés à l'assurance créances au Canada.

Nos valeurs fondamentales, soit l'intégrité, l'excellence en matière de service, l'orientation client et l'accroissement de la valeur offerte, nous définissent et déterminent notre manière d'exercer nos activités.

Avec ses partenaires, la Financière Sun Life exerce ses activités dans 22 importants marchés du monde, notamment au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni, à Hong Kong, aux Philippines, au Japon, en Indonésie, en Inde, en Chine et aux Bermudes.



La vie est plus radieuse sous le soleil

www.sunlife.ca

Les garanties collectives sont offertes par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life. SunAvantage est une marque de commerce de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life. Imprimé au Canada. GRP1741-F 04-18 ar-mp

Financière 
Sun Life

Garanties collectives