Guide de gestion

des garanties collectives SunAvantage

Publié en mars 2024

Utilisez ce guide pour les régimes collectifs gérés par le Client si vous gérez vos garanties en ligne au moyen de l'outil Gestion des Garanties collectives sur le site des Services aux promoteurs de régime.

Nos guides sont accessibles à la page destinée aux gestionnaires de garanties collectives du site des Services aux promoteurs de régime et ils font périodiquement l'objet d'une mise à jour.

Sun Life

Table des matières

Introduction – Services aux promoteurs de régime **1**
Votre code d'accès et votre mot de passe 2
Protection des renseignements personnels des participants 3
Pour commencer 3
Renseignements sur le participant 4
À propos des dates d'effet 5

Qui est admissible? **6**

Types de régimes et dates d'effet **7**
Détermination des dates d'effet 7
Taux de participation de 100 % (régimes à adhésion obligatoire) 7
Taux de participation autre que 100 % (régimes à adhésion facultative) 7
La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) 7
Régimes combinant l'adhésion obligatoire et l'adhésion facultative 8
Couverture nécessitant une attestation de bonne santé (voir la section Adhésion au régime) 8
Lorsqu'un participant refuse la couverture 8
Réintégration d'un ancien participant 8
Si votre régime comprend des garanties facultatives 9
Annulation de l'assurance facultative 9

Adhésion au régime **10**
Guide de bienvenue 10
Autres renseignements sur le formulaire d'adhésion 10
Pour les Clients qui utilisent l'outil Adhésion 11
Quand une attestation de bonne santé (Déclaration d'état de santé) est exigée 12
Soumettre un formulaire Déclaration d'état de santé 12
Lorsque nous prenons notre décision 12

Désignation d'un bénéficiaire **13**
L'outil de désignation de bénéficiaire en ligne de la Sun Life 13
Utilisation de l'outil de désignation de bénéficiaire en ligne de la Sun Life 14
Désignations de bénéficiaire électroniques, signatures électroniques et versions numérisées 14
Versions numérisées 15
Exigences liées aux désignations 15
Bénéficiaires révocables et irrévocables 16

Désignation de bénéficiaire au Québec 17
Autres renseignements sur les désignations de bénéficiaire 18

Tenue des dossiers sur les participants 19
Consignation des changements concernant le participant 19
Changement de situation personnelle (Passage de la couverture individuelle à la couverture familiale) 19
Ajout ou radiation de personnes à charge, de nouveau-nés, d'un conjoint, etc. 20
Mise à jour des renseignements sur un étudiant 20
Ajout d'une couverture initialement refusée en raison d'une couverture comparable existante 22
Cessation de la couverture 23
Changements en raison de l'âge ou du départ à la retraite 23
Modification d'une désignation de bénéficiaire 23
Participants dont la demande de règlement invalidité a été acceptée 23
Congé légal 24
Décès d'un participant 25
Ajout ou modification de garanties d'assurance-vie facultatives 25

Relevés administratifs 26
Relevés administratifs 26

Souscription d'une assurance individuelle à la cessation ou à la réduction de la couverture groupe 27

Demandes spéciales 28

Cotisations de l'employeur et garanties imposables 29

Primes 30
Débit préautorisé 30
Calcul des primes 30
Radiation de participants 30
Exonération de primes pour les participants invalides 31

Ressources 32
Formulaires 32
Contrat et documents 32
Caractéristiques du régime 32
Régimes provinciaux d'assurance maladie 32
Coordination des prestations avec d'autres régimes 33

Présentation des demandes de règlement **33**
Frais médicaux 34
Soins médicaux reçus à l'extérieur de la province 34
Régimes avec carte-médicaments à paiement direct 35
Frais dentaires 36
Compte Soins de santé 37
Compte de dépenses personnel 37
Invalidité 37
Assurance-vie 38
Programme de paiement immédiat 38
Prêt-secours 41
Autres demandes de règlement 42

Formulaires de gestion et de demande de règlement **43**

Contacts **44**

Annexe A - Mises à jour du guide **45**

Annexe B — Processus de l'ACCAP relatif aux déclarations électroniques **46**
Processus de l'ACCAP relatif aux déclarations électroniques 46

Comment nous joindre **49**
Pour joindre le Service clientèle SunAvantage : 49

Introduction – Services aux promoteurs de régime

Nous vous présentons l'outil Gestion des Garanties collectives du site des Services aux promoteurs de régime de la Sun Life (le « site des promoteurs »). C'est notre portail Web axé sur les Clients. Il vous permet de gérer les aspects les plus simples et les plus complexes de votre régime de garanties collectives. Il facilite et accélère la tenue des registres. Et il met l'information à votre portée – dès que vous en avez besoin. Nous vous fournissons également des guides de gestion sur le compte Soins de santé et sur le compte de dépenses personnel, si cette ou ces options sont offertes dans le cadre de votre régime.

Les promoteurs qui gèrent leurs régimes peuvent bénéficier de la fonction d'accès étendu. Avec cet accès, ils pourront ajouter, modifier ou désactiver leurs gestionnaires de garanties. Et ce sans avoir à communiquer avec la Sun Life.

Pour bénéficier de la fonction d'accès étendu, les gestionnaires doivent avoir un accès illimité à tout le site. Communiquez avec votre représentant au service clientèle pour vérifier votre admissibilité.

Cette fonction n'est pas proposée aux tiers gestionnaires et aux conseillers.

Le site des promoteurs vous permet de faire ce qui suit :

- Inscrire les participants et mettre à jour les données qui les concernent.
- Résilier ou remettre en vigueur leur couverture.
- Voir, imprimer ou enregistrer le sommaire de la couverture des participants et les cartes-médicaments (le cas échéant).
- Voir le détail de la couverture prévue par votre régime ainsi que les caractéristiques de celui-ci.
- Télécharger les contrats, les brochures et les documents du régime.
- Télécharger et imprimer divers formulaires standards touchant la gestion des garanties.
- Afficher et imprimer un relevé de primes mensuel.

Pour utiliser le site des promoteurs, vous avez besoin de ce qui suit :

- Code d'accès et mot de passe de promoteur.
- Ce guide de gestion, votre contrat de garanties collectives et votre brochure explicative.

Votre code d'accès et votre mot de passe

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

Quand vous les aurez reçus, rendez-vous au sunlife.ca/promoteur, inscrivez-les dans les zones appropriées et cliquez sur **Soumettre**.

La première fois que vous utiliserez le site Web, nous vous demanderons :

- de changer immédiatement votre mot de passe pour des raisons de sécurité;
- 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.

Ne donnez 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.

Si vous oubliez ou égarez votre mot de passe, vous pourrez le réactiver en ligne en cliquant sur **Avez-vous oublié votre code d'accès?**. Entrez la date de naissance que vous avez fournie et répondez à la question de contrôle. Cela permettra au système de valider votre identité.

Si vous ne l'avez pas déjà fait, vous devriez également fournir une adresse courriel valide. Quand vous l'aurez fait, vous recevrez un courriel de la Sun Life. Cela confirmera que votre mot de passe a été réinitialisé. Veuillez suivre les instructions qu'il contient pour terminer le processus de validation.

Nous avons conçu ce guide pour vous aider à gérer les dossiers des participants dans notre système. Il décrit les procédures à suivre pour assurer la gestion quotidienne de votre régime. Vous pouvez l'utiliser en conjonction avec votre contrat de garanties collectives et la brochure explicative.

En votre qualité de gestionnaire de régime, il vous incombe de tenir les dossiers sur les participants à jour directement dans notre système de gestion. Nous produisons votre relevé de primes mensuel en nous basant sur ces renseignements.

Une autre partie importante de votre rôle est de mettre à jour rapidement, tous les renseignements nécessaires sur les participants. Cela nous permet de verser les règlements et de produire votre relevé de prime mensuel à temps.

Pour ceux d'entre vous qui n'utilisent pas l'outil d'adhésion en ligne, les participants de votre régime devront remplir les formulaires requis.

Nous avons rédigé ce guide en essayant de couvrir, de manière générale, votre régime de garanties. Toutefois, vous pourriez y trouver des références à des garanties ou à des dispositions qui ne s'appliquent pas à vous. Le cas échéant, veuillez ne pas en tenir compte.

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

Quand vous communiquez avec nous, vous devez toujours nous fournir 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 des participants

Nous nous engageons à protéger les renseignements personnels des participants. Notre engagement mondial à l'égard de la protection des renseignements personnels énonce une série commune et uniforme de principes auxquels adhèrent toutes les compagnies du groupe Sun Life. Tous nos représentants doivent respecter nos règles de conduite.

Nos principes directeurs et nos règles en matière de protection des renseignements personnels au Canada se trouvent sur notre site Web, à l'adresse sunlife.ca. Ils régissent entre autres la façon dont nous devons collecter, utiliser et communiquer les renseignements personnels. À moins d'avoir le consentement du participant, nous ne communiquons pas les renseignements personnels le concernant à des tiers. Voici des exemples de tiers :

- Promoteurs de régime
- Médecins
- Personnel du centre médical du lieu de travail

Même lorsque nous avons le consentement du participant, nous communiquons ces renseignements uniquement dans certaines situations précises. En tant que gestionnaire de régime, vous pourriez devoir traiter des documents contenant des renseignements personnels. Veuillez respecter de la même manière tous les renseignements personnels des participants.

Pour commencer

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

- choisir une application
- lire des messages sur divers sujets d'importance
- sélectionner des liens vers des renseignements utiles

Cliquez sur **Gestion des Garanties collectives** pour accéder aux fonctions de gestion en ligne. Cliquez sur **Garanties collectives** en tout temps pour retourner à la page d'accueil. Lorsque vous avez fini de travailler en ligne, cliquez sur **Fermer la session**. Cela assure la protection de vos données.

Vous pouvez accéder à diverses fonctions concernant les participants et la gestion administrative du régime à la page d'accueil de l'outil Gestion des Garanties collectives. 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	Cliquez sur **Garanties collectives** en tout temps pour retourner à la page d'accueil de l'outil Gestion des Garanties collectives.
Aide	Pour savoir comment passer d'une langue à l'autre ou changer votre profil, ou pour vous renseigner sur divers autres sujets, sur le site Web.
Communiquez avec nous	Pour trouver le numéro de téléphone à composer si vous avez des questions.
Profil	Pour changer votre mot de passe, vos données de vérification ou votre adresse courriel. (Vous devez entrer votre adresse courriel avant de pouvoir réinitialiser votre mot de passe.)
Fermer la session	Pour quitter le site et protéger vos données.
Liens rapides	Pour accéder facilement aux fonctions les plus utilisées.
Afficher les données sur un participant	Pour chercher un participant par nom, par code ou à l'aide de caractères de remplacement (fonction utile lorsque vous avez des renseignements partiels). Enregistrez et/ou imprimez le sommaire de couverture et la carte-médicaments (le cas échéant) du participant. sur un participant
Participants	Pour accéder rapidement aux fonctions les plus souvent utilisées relativement aux participants.
Ressources	Pour accéder rapidement à des ressources utiles y compris votre contrat, la brochure sur les garanties et tout autre document se rapportant à votre régime.

Renseignements sur le participant

Le tableau ci-dessous présente les fonctionnalités offertes aux Clients qui utilisent l'outil (colonne Outil Adhésion) et ceux qui ne l'utilisent pas (colonne Sans outil Adhésion). Ces fonctionnalités vous aident à gérer les renseignements sur les participants :

Fonctionnalités	Outil Adhésion	Sans outil Adhésion
Afficher les données sur un participant	Oui	Oui
Ajouter un participant	Oui	Oui
Modifier les données sur un participant	Oui	Oui
Réintégrer un participant	Oui	Oui

Fonctionnalités	Outil Adhésion	Sans outil Adhésion
Mettre fin à la couverture d'un participant	Oui	Oui
Faire des demandes spéciales	Oui	Oui
Mettre à jour des salaires	Oui	Oui
Gérer l'accès du participant	Oui	Non
Écran participant	Oui	Non

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

Pour la plupart des modifications que vous pouvez apporter grâce à l'outil Gestion des Garanties collectives, vous devrez entrer une date d'effet (la date à laquelle vous voulez que le changement s'applique).

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.

Conseils

Ajout d'un participant
Renseignements sur le participant
- Entrez 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 la garantie
- 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 la garantie
- 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
- 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.

Cette section vous aidera à établir l'admissibilité des participants et des personnes à charge. Vous devrez toutefois vous reporter au contrat pour avoir toutes les précisions.

Qui est admissible?

Participant
- Pour être admissible à la couverture, le participant doit être un employé permanent à temps plein qui réside et travaille au Canada; il doit également être activement au travail et satisfaire à tous les critères d'admissibilité qui sont énoncés dans votre contrat.
- Pour être admissible à la garantie Frais médicaux, le participant doit être couvert par un régime d'assurance-maladie provincial ou fédéral.

Conjoint
Veuillez vous reporter à la définition de «conjoint» qui figure au contrat. Un participant ne peut couvrir qu'un conjoint à la fois.

Enfants à charge
Les enfants du participant et les enfants de son conjoint sont des personnes à charge admissibles, pour autant qu'ils ne soient pas liés à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi et qu'ils n'aient pas atteint l'âge limite spécifié dans votre contrat. Les enfants admissibles comprennent les enfants naturels et les enfants adoptés légalement.

Notes :
- Les enfants placés en foyer nourricier ne sont pas des personnes à charge admissibles. Ils sont couverts par le régime de la province.
- Les autres enfants dont le participant a la garde (qui ne sont pas ses enfants naturels) ne sont pas automatiquement couverts. Vous devez demander une dérogation administrative pour ce type de couverture. (Voir la rubrique **Dérogations administratives**.)

Étudiants ayant passé l'âge limite
Les enfants à charge restent admissibles jusqu'à ce qu'ils atteignent la limite d'âge supérieure spécifiée au contrat, à condition qu'ils ne soient pas liés à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi, et pour autant qu'ils étudient à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu au titre de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada). Les étudiants n'ont pas à vivre avec le participant ni même à fréquenter une école de la province de résidence de celui-ci pour conserver la qualité de personne à charge. Toutefois, ils doivent être couverts par un régime d'assurance-maladie provincial ou fédéral (pour être admissibles à la garantie Frais médicaux) et dépendre entièrement du soutien du participant sur le plan financier. (Consultez votre contrat pour connaître les limites d'âge applicables et les autres détails.)

Notes :
- L'enfant à charge qui a passé l'âge limite, qui n'est pas couvert par le régime et qui retourne aux études à temps plein est admissible à la couverture tant qu'il reste aux études, jusqu'à ce qu'il atteigne la limite d'âge supérieure indiquée dans le contrat.
- L'enfant à charge qui a passé l'âge limite et qui fréquente un établissement d'enseignement situé à l'extérieur du Canada doit demander une dérogation administrative pour bénéficier du maintien de la couverture. (Voir la rubrique **Dérogations administratives**.)

Personnes à charge invalides
L'enfant qui souffre d'un handicap avant l'âge limite stipulé dans le contrat demeure couvert après l'âge limite :

- s'il ne peut subvenir à ses besoins financiers en raison d'une incapacité physique ou mentale,
- et si le participant assure son soutien sur le plan financier et s'il n'est pas lié à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi.

Pour maintenir l'admissibilité de la personne à charge, le formulaire **Couverture pour les enfants invalides** doit être rempli et nous être envoyé dans les 6 mois suivant la date à laquelle la personne à charge atteint l'âge limite.

Types de régimes et dates d'effet

Pour vous assurer que tous les participants admissibles adhèrent au régime conformément aux dispositions du contrat, veuillez vous reporter au taux de participation prévu par votre contrat.

Détermination des dates d'effet

Si votre contrat prévoit une période probatoire, les participants doivent satisfaire à cette période avant que leur couverture 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.

Note : Si le participant est en congé de maladie pendant la période d'attente, il n'a pas besoin de recommencer la période à son retour au travail.

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)

Pour ajouter un adhérent tardif, la Sun Life exige un formulaire d'adhésion. Veillez à ce que les adhésions soient traitées sans délai. La date d'entrée en vigueur de la couverture est déterminée par ce qui suit :

Si vous recevez le formulaire d'adhésion*...	**La date d'effet est...**
Au plus tard à la date où le participant devient admissible à la couverture	La date où le participant devient admissible
Dans les 31 jours suivant la date où le participant est devenu admissible	La date où le participant a signé le formulaire
Plus de 31 jours après la date où le participant est devenu admissible : le participant est 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.[1]	La date où nous approuvons 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 si nous avons approuvé ou non la demande d'adhésion.

* Pour les Clients qui utilisent l'outil Adhésion, nous n'avons pas besoin des formulaires d'adhésion. La date d'adhésion demandée est la date de signature du participant. Pour les clients qui n'utilisent pas l'outil Adhésion. La Sun Life considère que la date de la signature du **Formulaire d'inscription** est la date à laquelle elle a reçu le formulaire, à moins qu'elle ne reçoive le **Formulaire d'inscription** plus de deux mois après la date à laquelle le participant est devenu admissible. En pareil cas, le participant doit remplir le formulaire **Déclaration d'état de santé**,

[1] Si le participant réside au Québec, il doit être couvert par un régime privé si un tel régime lui est offert. La couverture de frais médicaux commence à la date où l'employé devient admissible à cette couverture.

La Régie de l'assurance maladie du Québec (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 couverture des frais de médicaments de votre garantie Frais médicaux doit être au moins égale à celle du régime général qu'offre le gouvernement du Québec. De plus, la participation doit être obligatoire tant en ce qui touche la couverture des participants que celle des personnes à charge (à moins qu'ils ne bénéficient d'une couverture comparable au titre d'un autre régime – p. ex., le régime du conjoint).

Régimes combinant l'adhésion obligatoire et l'adhésion facultative

La date d'effet des garanties est établie d'après les règles énoncées ci-dessus pour 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 la plus tardive :
- à laquelle le salarié devient admissible ou
- à la date d'acceptation de la Déclaration d'état de santé

Lorsqu'un participant refuse la couverture

Si le participant veut adhérer à nouveau au régime, voir la section Quand une attestation de bonne santé (Déclaration d'état de santé) est exigée, à la page 11.

Couverture comparable :
- Les participants peuvent refuser 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 pour référence ultérieure. Faites-lui remplir et signer le formulaire **Refus de la couverture**, 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 (p. ex., six mois), le participant qui est réembauché à l'intérieur du nombre de mois indiqué dans le contrat n'a pas à satisfaire de nouveau à la période d'attente. Le participant réintégré bénéficiera de la même couverture qu'il avait avant d'être radié. La couverture doit être remise en vigueur à la date de réembauche. La couverture doit être remise en vigueur à la date de réembauche.
- Si le participant est réembauché après le nombre de mois indiqué dans le contrat, il doit satisfaire de nouveau à la période d'attente, à partir de la date à laquelle il est réembauché et compléter un nouveau formulaire d'adhésion. Le participant devra refaire la demande de couverture facultative.
- Les anciens demandes de règlement et maximums seront également en vigueur à la réintégration du participant, qu'il est retourné ou non pendant la période de réintégration.

La réintégration d'un participant s'effectue conformément aux règles énoncées ci-dessus en ce qui touche les régimes à adhésion obligatoire ou facultative. Les mêmes règles s'appliquent aux participants qui retournent au travail après un congé autorisé pendant lequel ils n'avaient pas de couverture.

Si votre régime comprend des garanties facultatives

Votre régime offre peut-être des garanties facultatives, comme l'assurance-vie facultative, la garantie Décès et mutilation accidentels facultative et l'assurance contre les maladies graves. Pour les garanties facultatives, 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 la plus tardive :

- à laquelle le participant (ou la personne à charge) devient admissible
- à la date d'acceptation de sa **Déclaration d'état de santé**

Si le participant demande l'assurance-vie facultative ET l'assurance facultative contre les maladies graves, nous lui ferons parvenir séparément notre décision relativement à chacune des assurances.

Annulation de l'assurance facultative

Le participant peut annuler l'assurance facultative en tout temps. S'il annule dans les 30 jours après la date d'effet de la couverture, toute prime payée par le participant doit lui être retournée.

Adhésion au régime

Pour les clients qui n

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

Guide de bienvenue

Utilisez le Guide de bienvenue disponible à la page des formulaires sur le **site des promoteurs** ou sur le site public.

Étape 1 Remplissez la première section du **formulaire d'adhésion** pour le participant (complétez-le en ligne en l'envoyant par courriel au participant pourqu'il puisse compléter le reste).

Étape 2 Remettez le guide et le formulaire d'adhésion au participant. Demandez au participant de remplir les autres sections du formulaire puis de vous le retourner.

Étape 3 Vérifiez que le formulaire est rempli en entier et signé.

Étape 4 Entrez les données sur le participant dans l'outil Gestion des Garanties collectives. Le système produira automatiquement un sommaire de la couverture , y compris un lien vers la carte-médicaments (le cas échéant). Vous pouvez télécharger et/ou imprimer ces deux documents et les remettre au participant.

Étape 5 Classez le formulaire dans vos dossiers sur les participants.

Étape 6 Vous devez fournir aux participants la brochure explicative, tous les renseignements sur leur régime de garanties et tout autre document normalement fourni. Les participants peuvent avoir accès à leur brochure explicative, carte-médicaments, carte d'assistance-voyage et carte-couverture sur **masunlife.ca**.

Veuillez fournir au participant une copie du **Guide de bienvenue**, le numéro de contrat et le numéro de participant. Le guide offre au participant le suivant :
- l'inscription pour un accès en ligne
- présenter des demandes de règlement
- où se procurer les carte-médicaments et carte d'assistance-voyage
- consulter la brochure explicative

Étape 7 Veuillez fournir aux participants les renseignements sur leur assurance-invalidité, y compris le calcul des prestations, la définition d'invalidité, les exclusions et les affections préexistantes. Cette information est inclus dans le document **Assurance-invalidité – Renseignements importants** situé dans Formulaire de demande de règlement.

Note : Pour les participants du Québec, la distribution de ces renseignements est une exigence réglementaire.

Rappel : C'est votre rôle et responsabilité de :
- fournir des renseignements sur le régime aux participants, mais pas de conseils
- orienter les participants vers la Sun Life ou un conseiller agréé s'ils ont des questions sur leurs besoins en matière de couverture
- orienter les participants vers la Sun Life s'ils ont des questions sur leurs demandes de règlement

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.

Le participant qui refuse la garantie Frais médicaux ou Frais dentaires parce qu'il bénéficie déjà d'une couverture comparable (p. ex., au titre du régime de son conjoint) doit remplir la section Refus du formulaire.

Pour les Clients qui utilisent l'outil Adhésion

Pour les nouveaux employés, voici ce que vous devez faire :

- Quand vous ajoutez le participant dans l'outil Adhésion, fournissez les renseignements obligatoires sur le participant à la page Ajouter un participant. Cela comprend tous les champs à la page 1 et l'adresse courriel, le salaire et l'adresse postale du participant.
- Sélectionnez le champ Envoyer un avis par courriel. Le participant recevra un courriel qui les guidera dans le processus d'adhésion.
- Fournissez aux participants les renseignements sur leur régime d'assurance invalidité. Cela comprend la formule de calcul des prestations, la définition de l'invalidité, les limites et les restrictions, y compris la clause relative aux maladies préexistantes. Vous trouverez ces renseignements dans le document Assurance-invalidité – Renseignements importants situé dans le Formulaire de demande de règlement.

Note : Pour les participants au Québec, la transmission de ces renseignements est une exigence réglementaire.

N'oubliez pas qu'il est important de générer le Relevé d'état de l'événement d'adhésion du participant pour vérifier s'il a effectué son adhésion. Consultez la section Relevés administratifs à la page 25 pour en savoir plus.

Pour aider les participants à faire leur adhésion, voici ce que vous devez savoir :

- À l'aide de la fonction Écran participant, vous pouvez guider le participant dans le processus d'adhésion. Vous pouvez voir ce qu'il voit (p. ex., vous pouvez observer ce qu'il fait à distance).
- À l'aide de la fonction Gérer l'accès du participant, vous pouvez ouvrir les adhésions initiales et les changements de situation personnelle, ainsi qu'envoyer un avis par courriel qui avise le participant qu'il doit effectuer son adhésion.

Vous pouvez rappeler aux participants qu'ils peuvent ouvrir leurs propres changements de situation personnelle pour faire ce qui suit :

- Ajout/retrait de personnes à charge admissibles
- Ajout/perte de la couverture du conjoint/ajout d'une couverture supplémentaire

Rappel : C'est votre rôle et responsabilité de :

- Communiquer l'information sur le régime aux participants, sans offrir de conseils.
- Adresser les participants à la Sun Life ou à un conseiller autorisé s'ils posent des questions sur leurs besoins de couverture.
- Adresser les participants à la Sun Life s'ils ont des questions sur leurs demandes de règlement.

Quand une attestation de bonne santé (Déclaration d'état de santé) est exigée

Dans l'outil Adhésion, les participants verront un lien pour remplir la Déclaration d'état de santé sur la page de confirmation.

Pour les participants qui n'utilisent pas l'outil Adhésion, veuillez remplir ce qui suit :

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 l'assurance contre les maladies graves, ou
- 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.

Votre contrat ou brochure indiquera si votre régime contient un maximum pouvant être souscrit sans attestation de bonne santé. Si votre régime contient un tel maximum, votre participant doit soumettre une preuve de bonne santé la première fois qu'il demande la couverture qui dépasse le montant maximum.

Soumettre un formulaire Déclaration d'état de santé

Étape 1 Remplissez la section 1 – Renseignements sur le gestionnaire du régime (à remplir par le gestionnaire du régime ou par le participant) », 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. Au besoin, le participant doit aussi remplir la section sur le conjoint et/ou la section sur la personne à charge.

Étape 3 Les renseignements qui sont demandés sur la **Déclaration d'état de santé** sont hautement confidentiels. Ainsi, dites au participant qu'il doit nous envoyer directement le formulaire rempli. Nous avons indiqué des directives d'envoi sur le formulaire.

Lorsque nous prenons notre décision

Nous vous informerons par écrit de notre décision.

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

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 relativement à la couverture à l'étude.

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 :

- Dans le cas d'une déclaration d'état de santé sur papier, nous envoyons au participant une lettre pour lui demander les renseignements nécessaires.

Si le participant ne nous fournit pas les renseignements demandés, nous l'informons que son dossier sera classé.

La couverture entre en vigueur à la date la plus tardive :

- à laquelle le participant (ou la personne à charge) devient admissible
- à la date d'acceptation de sa **Déclaration d'état de santé**

Désignation d'un bénéficiaire

Pour les Clients qui utilisent l'outil Adhésion, si un participant adhère au régime, il sera invité à soumettre une désignation de bénéficiaire ou à la modifier après l'adhésion.

Si votre contrat collectif inclut des garanties d'assurance-vie, le participant doit désigner un bénéficiaire en indiquant le nom complet du bénéficiaire ainsi que le lien que ce dernier a avec lui.

- Les participants peuvent modifier leur désignation de bénéficiaire en remplissant un nouveau formulaire de désignation. Toutefois, si le participant a nommé un bénéficiaire irrévocable, il ne peut pas modifier sa désignation sans le consentement du bénéficiaire irrévocable.
- Autres façons de désigner des bénéficiaires pour les Clients qui n'utilisent pas l'outil Adhésion :
- remplir, dater et signer un formulaire papier (le participant doit parapher tout changement et ne peut pas utiliser de liquide correcteur);
- utiliser un outil en ligne fourni par le promoteur de régime (créé à l'interne ou par un tiers gestionnaire).

Note : Lorsque le participant modifie sa désignation de bénéficiaire, vous devez vérifier qu'il ne s'agit pas d'un bénéficiaire irrévocable. (Voir ci-dessous pour en savoir plus sur les bénéficiaires irrévocables.)

L'outil de désignation de bénéficiaire en ligne de la Sun Life

L'outil de désignation de bénéficiaire en ligne permet aux participants d'afficher et de mettre à jour leur désignation en ligne en tout temps. Il n'y a pas de formulaires papier à envoyer par la poste.

L'outil de désignation de bénéficiaire en ligne se trouve dans :

- le profil figurant sur la page d'accueil à **masunlife.ca**; ou
- l'outil d'adhésion des participants, s'il s'applique compte tenu de votre type de gestion.

Pour entrer une désignation dans l'outil de désignation de bénéficiaire en ligne, les participants devront avoir :
- un accès à **masunlife.ca**;
- des garanties d'assurance-vie.

Les participants peuvent entrer des désignations de deux façons :

1. Même bénéficiaire pour toutes les garanties
- Le bénéficiaire désigné s'appliquera à toutes les garanties d'assurance-vie du participant au moment du décès. **Note :** La désignation s'appliquera aux garanties choisies avant et après la désignation, même si le participant désigne un bénéficiaire irrévocable.
- Si le participant veut désigner un bénéficiaire différent pour une nouvelle garantie, il peut choisir l'option Bénéficiaire différent pour chaque garantie pour modifier sa désignation

2. Bénéficiaire différent pour chaque garantie
- Les participants peuvent entrer un bénéficiaire différent pour chaque garantie
- Les participants devront désigner un bénéficiaire pour chaque nouvelle garantie. Si le participant omet de désigner un bénéficiaire pour une garantie, les prestations prévues par cette garantie seront versées à la succession.

Les participants ayant un bénéficiaire irrévocable ne pourront pas faire de mise à jour en ligne, même s'ils adhèrent à une nouvelle couverture.

- Les participants devront remplir un formulaire de désignation de bénéficiaire papier et un formulaire Consentement du bénéficiaire pour obtenir le consentement approprié.

On ne peut pas nommer un bénéficiaire pour l'assurance-vie facultative du conjoint. Le participant recevra la prestation cette assurance.
- Si le participant veut nommer une autre personne, il peut demander le formulaire **Bénéficiaire pour les produits d'assurance-vie facultative du conjoint**.

Utilisation de l'outil de désignation de bénéficiaire en ligne de la Sun Life

- Les participants devraient être encouragés à utiliser l'outil en ligne de la Sun Life, mais les formulaires papier seront quand même acceptés.
- Si un participant présente un formulaire de désignation de bénéficiaire sur support papier, vous devez entrer la désignation dans le **site des promoteurs** :
  - Assurez-vous que la date indiquée sur le formulaire est postérieure à celle de la dernière désignation faite en ligne
    NOTE : Vous pouvez consulter les désignations mais vous ne pouvez pas faire de modificaitons dans l'outil de désgination de bénéficiaire en ligne.
  - Ajoutez un espace entre les lettres « l » et « r » d'un nom de bénéficiaire qui contient les lettres « irr » de façon consécutive.
  - Au Québec, assurez-vous d'indiquer « révocable » ou « irrévocable » si le bénéficiaire est un conjoint.
  - Dans toutes les provinces, si un participant désigne un bénéficiaire irrévocable, assurez-vous que le mot « irrévocable » est indiqué.
  - Si un participant utilise l'option « Même bénéficiaire pour toutes les garanties » pour ajouter un bénéficiaire irrévocable, il faudra quand même présenter un formulaire de consentement s'il y a un changement de bénéficiaire pour une garantie nouvellement ajoutée.
  - Ajoutez à la désignation actuelle une désignation de conjoint pour une personne autre que le participant
- Vous devez conserver tous les formulaires papier déjà présentés (adhésion, modification ou désignation de bénéficiaire) ou les versions numérisées conformément à la législation sur le commerce électronique. Vous serez invités à les fournir au moment lorsqu'une demande de règlement sera présentée.

Désignations de bénéficiaire électroniques, signatures électroniques et versions numérisées

Cette section s'applique si vous permettez à vos employés :

- de désigner des bénéficiaires dans un système que vous ou un tiers gestionnaire hébergez (désignation de bénéficiaire électronique);
- de signer un document PDF par voie électronique (signature électronique);
- d'utiliser une application comme DocuSign ou OneSpan (signature électronique)

Vous devez accepter, stocker et gérer ces désignations d'une façon ou sur un système qui est conforme :

- à la loi sur le commerce électronique; et
- au Processus de l'ACCAP relatif aux déclarations électroniques 2019 (voir l'annexe B).

Les outils technologiques qui prennent en charge les signatures électroniques ou les systèmes qui permettent les désignations de bénéficiaire en ligne doivent êtes dotés de mesures de sécurité pour :

- permettre à vos employés de confirmer leur identité (connexion sécurisée) et de s'authentifier;
- établir un lien entre la signature électronique et le document;
- établir un lien unique entre la désignation et votre employé;
- vous permettre de détecter l'endroit d'où la désignation est envoyée (adresse IP);
- permettre à vos employés d'accéder à la désignation, de l'afficher et de la modifier;
- empêcher qu'un tiers non autorisé accède à la désignation;
- détecter tout changement apporté à la désignation;
- apposer une date et une heure sur la désignation;
- envoyer un accusé de réception de la désignation par courriel (à une adresse courriel connue et digne de confiance) ou d'autres moyens;

- envoyer à vos employés un avis de tout changement apporté à la désignation par courriel (à une adresse courriel connue et digne de confiance) ou d'autres moyens.

Assurez-vous d'avoir des pratiques administratives fiables. Nous devons être au courant des désignations antérieures et actuelles. Vos processus devraient prévoir des mesures pour :

- examiner et stocker les désignations faites sur papier;
- protéger les désignations antérieures et actuelles;
- accepter le format papier au besoin ou lorsque les employés en font la demande;
- empêcher :
  - les employés ayant des bénéficiaires irrévocables de faire des changements sans le consentement du bénéficiaire irrévocable;
  - les désignations faites par un mandataire.
- vérifier l'adresse courriel que l'employé utilise pour envoyer un document PDF comportant une signature électronique;
  - Encouragez l'utilisation de l'adresse courriel au travail parce qu'elle est sécurisée et que seul l'employé y a accès.
  - Si la désignation vient d'une adresse courriel personnelle, utilisez l'adresse courriel au travail pour en confirmer la réception.
  - Si vous ne pouvez prendre aucune des mesures précédentes, vous devez être sûr que la désignation vient effectivement de l'employé.
- vous permettre de transmettre à la Sun Life des désignations de façon sécurisée lorsqu'une demande de règlement est présentée (p. ex. document PDF ou capture d'écran indiquant la date et l'heure).

Vous devriez consulter vos conseillers juridiques lorsque vous acceptez des désignations de bénéficiaire ou des signatures électroniques.

Versions numérisées

Lorsqu'une demande de règlement sera présentée, la Sun Life acceptera les versions numérisées des désignations faites sur papier, pourvu que la numérisation ait été faite conformément à la loi sur le commerce électronique. Veuillez les envoyer de façon sécurisée.

Exigences liées aux désignations

Le formulaire de désignation papier personnalisé ou en ligne doit :

- dire aux employés si la désignation s'applique à toutes les garanties ou si différents bénéficiaires peuvent être désignés pour différentes garanties (p. ex. assurance-vie et assurance DMA de base et assurance-vie et assurance DMA facultatives);
- dire aux employés que nous verserons les prestations à la succession s'ils ne désignent pas de bénéficiaire;
- permettre aux employés de nommer un fiduciaire pour un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans. Ajoutez du texte pour dire aux employés :
  - de nommer un fiduciaire pour les enfants de moins de 18 ans, sauf au Québec;
  - qu'au Québec, les paiements aux mineurs seront versés aux parents à leur nom; il n'est pas question de fiduciaire
- permettre aux employés de rendre leurs désignations révocables;
- dire aux employés du Québec :
  - que la désignation du conjoint légal est irrévocable, sauf s'il est clairement indiqué qu'elle est révocable;
  - qu'ils ne pourront pas changer leur désignation ou réduire leur couverture d'assurance-vie sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable.

Bénéficiaires révocables et irrévocables

En désignant un **bénéficiaire révocable**, le participant a la possibilité de modifier sa désignation à toute époque. Une désignation de bénéficiaire est considérée comme révocable, sauf s'il est explicitement indiqué que la désignation est irrévocable.

Au Québec, la désignation par le participant de son conjoint en vertu d'un mariage ou d'une union civile est irrévocable, à moins que le participant n'indique expressément que la désignation est révocable ou si la case «Désignation révocable» est cochée.

Un **bénéficiaire irrévocable** est un type de désignation. Un bénéficiaire irrévocable a des droits que d'autres bénéficiaires n'ont pas. Un participant ne peut pas modifier sa désignation de bénéficiaire irrévocable sans l'accord du bénéficiaire irrévocable. De la même façon, un participant a besoin de l'accord du bénéficiaire irrévocable s'il veut réduire sa part de la prestation d'assurance-vie. Un participant peut nommer n'importe qui bénéficiaire irrévocable quelle que soit la relation avec le participant.

Une désignation de bénéficiaire peut être irrévocable pour les raisons suivantes :

- **Irrévocable en vertu de la loi** – Au Québec, la désignation par le participant de son conjoint en vertu d'un mariage ou d'une union civile 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'inscription** 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 participant doit nommer le bénéficiaire irrévocable par ordre du tribunal, et doit indiquer que la désignation est irrévocable.

Modifier une désignation de bénéficiaire irrévocable consiste notamment à :
- remplacer le bénéficiaire irrévocable actuel par un autre bénéficiaire;
- réduire le montant de couverture payable au bénéficiaire irrévocable;
- transformer la désignation en désignation révocable

Le participant doit alors présenter l'un des documents suivants :
- Le formulaire Consentement du bénéficiaire, signé par le bénéficiaire irrévocable, dans lequel celui-ci renonce à ses droits
- Le jugement définitif de divorce (voir le tableau de la section Désignation de bénéficiaire au Québec ci-dessous)
- Une attestation du décès du bénéficiaire irrévocable.

Note : Si vous avez modifié la structure de votre régime et que ce changement à une incidence négative sur le bénéficiaire irrévocable, le consentement de ce dernier n'est pas requis. Par exemple, si vous réduisez le montant du capital d'assurance-vie de base de 50 000 $ à 25 000 $, le consentement du bénéficiaire irrévocable n'est pas requis, même si le capital payable au bénéficiaire irrévocable a été réduit.

Désignation de bénéficiaire au Québec

Le tableau suivant aide à comprendre dans quelles circonstances un changement de bénéficiaire est autorisé quand un conjoint légal a été désigné comme bénéficiaire.

Conjoints nommés après le 20 octobre 1976

Désignation de bénéficiaire actuelle	Peut être modifiée par ce qui suit...
Un conjoint désigné le ou après le 20 octobre 1976 est révocable si le mot « révocable » est précisé dans la désignation ou si la case « Désignation révocable » est cochée.	N'importe quel bénéficiaire
Un conjoint désigné le ou après le 20 octobre 1976 est irrévocable, sauf si le mot « révocable » est précisé dans la désignation ou si la case « Désignation révocable » est cochée.	La désignation ne peut être modifiée sauf : • si une renonciation a été signée, • si le divorce prononçant la déchéance des droits du conjoint a été accordé le ou après le 20 octobre 1976 et avant le 1er décembre 1982, • ou si le divorce a été accordé le ou après le 1er décembre 1982.

Conjoints nommés avant le 20 octobre 1976

Désignation de bénéficiaire actuelle	Peut être modifiée par ce qui suit...
Mari désigné entre le 1er juillet 1970 et le 20 octobre 1976, que le mot « révocable » soit précisé ou non dans la désignation.	N'importe quel bénéficiaire
Mari désigné entre le 1er juillet 1970 et le 20 octobre 1976, si le mot « irrévocable » est précisé dans la désignation.	La désignation ne peut être modifiée sauf : • si une renonciation a été signée, • si le divorce prononçant la déchéance des droits du mari a été accordé le ou après le 20 octobre 1976 et avant le 1er décembre 1982, • ou si le divorce a été accordé le ou après le 1er décembre 1982.
Mari nommé avant le 1/7/70	N'importe quel bénéficiaire
Épouse nommée avant le 20/10/76, et jugement de divorce prononcé avant le 20/10/76	N'importe quel bénéficiaire
Épouse nommée avant le 20/10/76, mais jugement de divorce prononcé le ou après le 20/10/76 mais avant le 01/12/82	Enfant jusqu'au 20 octobre 1977; par conséquent, la désignation de l'épouse est irrévocable, sauf si elle a renoncé à ses droits ou si un divorce l'a déchu de ses droits.
Épouse désignée avant le 20 octobre 1976, et divorce accordé après le 1er décembre 1982	N'importe quel bénéficiaire après la date du divorce

Autres renseignements sur les désignations de bénéficiaire

Le tableau suivant contient des exemples de désignations de bénéficiaire. Dans le cas d'une fiducie ou de désignations complexes, veuillez recommander au participant de consulter son conseiller juridique ou financier.

Scénario	Autres renseignements
Désignation d'un bénéficiaire unique	Pour désigner un seul bénéficiaire, le participant doit inscrire le nom du bénéficiaire et son lien avec l'assuré
Désignation de plusieurs bénéficiaires	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 %. Si aucun pourcentage n'est indiqué, la répartition se fera en parts égales entre les bénéficiaires.
Si votre régime offre des garanties d'assurance-vie faculta-tive	Le participant peut désigner des bénéficiaires distincts pour l'assurance-vie de base du personnel et l'assurance-vie facultative du personnel. Le participant doit remplir toutes les sections applicables du formulaire d'adhésion ou du formulaire de désignation de bénéficiaire. Si le participant souhaite désigner le même bénéficiaire pour les garanties de base et facultatives, l'employé peut remplir le formulaire « Même bénéficiaire pour toutes les garanties ». Le participant est désigné comme bénéficiaire par défaut pour toute l'assurance-vie facultative du conjoint.
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 désignée pour recevoir le capital-décès si le bénéficiaire en premier ordre décède avant l'assuré.
Désignation d'un enfant mineur au Québec	Au Québec, le participant NE peut PAS désigner un administrateur (ou un fiduciaire). Le capital sera versé aux parents ou à tout autre tuteur légal, si le bénéficiaire est mineur au moment du décès du ou des parents.
Désignation d'un enfant mineur dans toutes les autres provinces	Pour désigner un enfant mineur âgé de moins de 18 ans à titre de bénéficiaire, le participant doit désigner un fiduciaire. Si aucun fiduciaire n'est nommé, le capital-décès pourrait être versé au tribunal.
Désignation de la succession	Le participant qui veut désigner la succession devrait prendre en considération les points suivants : • Le capital-décès pourrait faire l'objet de droits successoraux. • Lorsqu'il est versé à la succession, le capital-décès est soumis aux demandes de paiement des créanciers, mais lorsqu'il est versé à un bénéficiaire désigné, il est protégé contre les créanciers. • Les frais d'homologation varient d'une province ou d'un territoire à l'autre et sont calculés à partir de la valeur totale du patrimoine (sauf au Québec). Ces frais ne s'appliquent pas lorsque le capital-décès est versé à un bénéficiaire désigné. **Note :** Les participants ne peuvent pas désigner une banque ou un établissement financier comme bénéficiaire dans le but de garantir un prêt.
Aucun bénéficiaire n'a été désigné	Le capital-décès est versé à la succession du participant.

Note : Les participants ne peuvent pas désigner une banque ou un établissement financier comme bénéficiaire dans le but de garantir un prêt.

Tenue des dossiers sur les participants

Pour les Clients qui utilisent l'outil Adhésion, les participants peuvent gérer eux-mêmes leurs changements de situation personnelle pour faire ce qui suit :
- Ajout/retrait des personnes à charge admissibles
- Ajout/perte de la couverture du conjoint/ajout d'une couverture supplémentaire

Quand un participant soumet une modification, le système peut lui demander de soumettre une Déclaration d'état de santé pour les couvertures à l'étude et/ou de vérifier sa désignation de bénéficiaire.

Il est important de tenir à jour les renseignements sur les participants. Ainsi, vos primes mensuelles seront calculées en fonction des plus récents changements. Cela nous aide aussi à traiter les demandes de règlement et à verser les prestations avec exactitude.

Consignation des 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 (p. 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

Notes :
- Quand les données sur les participants sont mises à jour dans notre système de gestion administrative, nous les transférons à notre système de gestion des règlements. Par la suite, nous les transférons à notre système de paiement direct des frais de médicaments. Aucune demande de règlement ne devrait être soumise jusqu'à ce que la mise à jour soit complétée.

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

Changement de situation personnelle (Passage de la couverture individuelle à la couverture familiale)

Quand un participant qui a une couverture individuelle au titre du régime de garanties demande par la suite de passer à la couverture familiale, tenez compte du type de régime :
- **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 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	**Alors la date d'effet est :**
• À la date de l'événement ou avant	• La date de l'événement[2]
• Dans les 31 jours suivant l'événement	• La date de l'événement[2]
• 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.[1]	• 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.)

[1] Une Déclaration d'état de santé est exigée pour toute personne à charge qui n'est pas déjà couverte.
[2] Si le participant réside au Québec, il doit être couvert par un régime privé si un tel régime lui est offert. La couverture de frais médicaux commence à la date où l'employé devient admissible à cette couverture.

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. Pour les Clients qui utilisent l'outil Adhésion, c'est au participant de confirmer qu'il est responsable sur le plan financier et légal de la garde et du bien-être de la personne à charge.

Couverture pour les enfants autres que ceux du participant/conjoint

Vous devez vous assurer que le participant est :

- responsable financièrement de la personne à charge
- responsable des soins et du bien-être de la personne à charge

Vous pouvez ajouter la personne à charge si les critères mentionnés ci-dessus sont respectés. La date d'effet est la date à laquelle le participant prend la responsabilité financière ou la garde légale de l'enfant.

Vous devez obtenir la preuve et maintenir les dossiers. Votre conseiller juridique peut vous aider avec la preuve requise. Vous n'avez pas à compléter le formulaire **Demande de continuer la couverture**.

Veuillez noter que les enfants placés en famille d'accueil ne sont pas admissibles et ne suivent pas les directives ci-dessus car la Province leur fournit une couverture. Veuillez noter que si l'enfant d'un participant est handicapé, le participant peut soumettre une demande par le biais de l'outil Adhésion pour approbation.

Mise à jour des renseignements sur un étudiant

Les participants qui utilisent l'outil Adhésion peuvent le faire eux-mêmes! Ils peuvent utiliser la section Changement de situation personnelle ou d'emploi. Le participant doit tenir à jour la situation des personnes à sa charge.

La couverture d'un enfant à charge prend fin à la limite d'âge inférieure indiquée dans votre contrat /brochure, à moins que l'enfant à charge n'ait le statut d'étudiant ayant dépassé l'âge limite. Voir la section sur l'admissibilité et la définition d'étudiant ayant dépassé l'âge limite.

Pour être admissible en tant qu'étudiant ayant dépassé l'âge limite :

- l'enfant doit être reconnu comme un étudiant à plein temps par l'établissement d'enseignement qu'il fréquente.
- Nous considérerons aussi:
  1. ces programmes coopératifs et
  2. les programmes d'apprentissage. Toutefois, l'étudiant ayant dépassé l'âge limite ne doit pas percevoir de prestation d'assurance-emploi pendant qu'il est aux études.

Les étudiants ayant dépassé l'âge limite n'ont pas à habiter avec le participant pour être admissibles. Ils peuvent aussi gagner un revenu pendant leurs études.

Lorsque la couverture d'un enfant à charge doit être maintenue au-delà de la limite d'âge inférieure, vous devez nous le signaler à la page Modifier les données sur un participant.

La couverture d'une personne à charge ayant passé l'âge limite prend fin :

- le premier jour de la session suivante, si l'étudiant ne retourne pas aux études à temps plein;
- à la date d'obtention du diplôme.
- la date à laquelle l'étudiant cesse de fréquenter l'établissement (c.-à-d., arrête ses études)

Nous accepterons de maintenir la couverture pendant la session d'été si l'étudiant retourne aux études en septembre.

Au moins une fois par année, vous devriez vérifier auprès de vos participants si leurs personnes à charge sont encore inscrites à temps plein ou si elles seront inscrites à temps plein au cours de la prochaine année.

Si votre contrat inclut l'assurance-vie des personnes à charge, nous pourrions demander une preuve d'inscription si nous recevons une demande de règlement. Nous utiliserons cette preuve pour déterminer si la personne à charge a droit au paiement.

Les participants doivent nous tenir au courant de la situation des personnes à leur charge.

Comment déterminer si une école ou un collège est un établissement d'enseignement agréé?

Visitez les sites Web ci-dessous pour savoir si un établissement est agréé.

Au Canada	**À l'extérieur du Canada**
Trouver un établissement d'enseignement	Se renseigner sur la reconnaissance de vos diplômes d'études et des qualifications professionnelles

Ajout d'une couverture initialement refusée en raison d'une couverture comparable existante

Situation	Régime à adhésion obligatoire	Régime à adhésion facultative
L'autre couverture prend fin (p. ex., celle du régime du conjoint).	La date d'effet de la couverture devrait être la date à laquelle l'autre couverture prend fin.	• 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. • 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 doivent remplir une **Déclaration d'état de santé** en guide d'attestation de bonne santé. Dans le cas de la garantie Frais dentaires, la prestation maximale peut être réduite.[1,2]
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 doivent remplir une Déclaration d'état de santé en guide d'attestation de bonne santé. Dans le cas de la garantie Frais dentaires, la prestation maximale peut être réduite.

[1] Pour les résidents du Québec, le participant doit être couvert par un régime privé s'il est disponible. L'assurance-maladie complémentaire commence à la date à laquelle l'employé devient admissible à la couverture.
[2] Pour ajouter une demande tardive, la Sun Life requiert un formulaire d'adhésion..

Cessation de la couverture

La couverture prend fin à la date où l'emploi du participant prend fin ou lorsque leparticipant cesse d'être activement au travail. Votre contrat précise à quel moment la couverture d'un participant prend fin. (Voir la section **Radiation de participants** sous a rubrique **Primes**.)

Les données sur les garanties des participants sont automatiquement mises à jour dans nos systèmes lorsque :

- le régime contient une réduction de la vie
- il est prévu que la prestation prenne fin à la retraite (si vous avez indiqué une date de retraite)
- il est prévu que la prestation prenne fin en fonction de l'âge

Vous devez nous en informer lorsque :

- un participant prend une retraite anticipée (vous n'avez pas indiqué une date de retraite ou la date a changé)
- un participant qui reçoit des prestations d'ILD d'un autre assureur atteint l'âge de 65 ans

Vous êtes aussi tenu d'informer les participants admissibles qu'ils ont le droit de demander à transformer leur assurance-vie en contrat d'assurance individuelle. (Voir la section **Souscription d'une assurance individuelle à la cessation ou à la réduction de la couverture groupe**.)

Changements 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, selon la garantie en cause. Consultez votre contrat/brochure pour la définition de la date de la retraite.

Vous êtes tenu d'informer les participants qu'ils peuvent demander à transformer leur assurance-vie en contrat d'assurance individuelle lorsque la couverture est réduite ou 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

Pour nommer ou changer un bénéficiaire, il faut faire une nouvelle désignation. (Voir la section **Désignation d'un bénéficiaire**.)

Participants dont la demande de règlement invalidité a été acceptée

Pour les Clients qui utilisent l'outil Adhésion, quand une demande de prestations invalidité est approuvée, n'oubliez pas de désactiver l'outil Adhésion. Rendez-vous à la fonction Gérer l'accès du participant pour le faire. De cette façon, le participant ne pourra pas gérer ses changements de situation personnelle pendant son congé d'invalidité. Nous mettrons les données à jour dans notre système pour que celui-ci tienne compte de l'exonération des primes des garanties appropriées quand :

- le participant reçoit des prestations d'invalidité de longue durée; ou
- il bénéficie de l'exonération des primes de l'assurance-vie.

Congé légal

Votre contrat vous permet de maintenir toutes les couvertures des participants qui sont en congé légal. La clause de maintien de la couverture de votre régime de garanties vous aide à vous conformer à vos obligations légales de maintien de la couverture en vertu de la législation sur les normes minimales. Vérifiez auprès de votre conseiller juridique si vous n'êtes pas certain de vos obligations en matière de maintien de la couverture en vertu de ces lois.

Vous devez prendre les dispositions nécessaires pour percevoir les primes exigibles auprès des participants en 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 légal prescrite par la loi provinciale.
- Vous devez nous informer si le participant choisit d'annuler :
  - toutes les garanties
  - ILD non imposable
  - les garanties facultatives
    Les participants devront signer le formulaire de renonciation et de décharge de la Sun Life.
- Reportez-vous à la section **Dérogations administratives** si le participant demande que sa couverture soit maintenue au-delà de la durée du congé règlementaire qui est prescrite par la loi provinciale

Si le participant a mis fin à outes ses couvertures durant son congé et qu'il retourne au travail durant 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 énoncées plus haut. (Voir la section **Types de régimes et dates d'effet**.)

Si un participant a mis fin à la couverture facultative et/ou à la couverture ILD non imposable

Si le participant choisit de nouveau la garantie facultative lorsqu'il retourne au travail, il devra présenter une **Déclaration d'état de santé**.

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 couverture des frais de médicaments de votre garantie Frais médicaux doit être au moins égale à celle du régime général qu'offre le gouvernement du Québec. De plus, la participation doit être obligatoire tant en ce qui touche la couverture des participants que celle des personnes à charge (à moins qu'ils ne bénéficient d'une couverture comparable au titre d'un autre régime – p. ex., le régime du conjoint).

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 pas à la couverture des personnes à charge au titre de l'assurance-vie facultative, de la garantie Décès et mutilation accidentels facultative et de l'assurance contre les maladies graves.

Les survivants doivent suivre les directives indiquées à la section **Présentation des demandes de règlement**.

Ajout ou modification de garanties d'assurance-vie facultatives

Si votre régime comprend des garanties facultatives, le participant peut décider de les ajouter à sa couverture après son adhésion initiale. Sinon, il peut choisir de majorer le montant de couverture qu'il avait choisi au départ. Les étapes que le participant doit prendre pour modifier ou ajouter des garanties facultatives sont indiquées ci-dessous.

- Le participant doit remplir la section réservée aux garanties facultatives du formulaire d'adhésion.
- S'il choisit les garanties facultatives pour la première fois, le participant doit désigner un bénéficiaire.
- Le participant ou le conjoint qui a déclaré être fumeur et qui cesse par la suite de fumer peut demander à bénéficier des taux pour non-fumeurs en remplissant à nouveau la déclaration relative à l'usage du tabac.

Cessation de la couverture à la demande du participant
Dans le cas d'un régime à adhésion facultative, un participant peut faire cesser globalement la couverture prévue par le régime, ou la couverture de TOUTES les personnes à charge seulement. (Voir la section **Lorsqu'un participant refuse la couverture**.) Le participant peut également faire cesser sa couverture au titre des garanties facultatives à tout moment. La couverture prend fin à la date à laquelle nous recevons la demande ou à la date d'effet demandée, si cette date est postérieure.

Relevés administratifs

Vous trouverez ici tous nos relevés administratifs standards. Vous y avez accès 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

- Pour les Clients qui utilisent l'outil Adhésion
- N'oubliez pas de générer régulièrement un Relevé d'état de l'événement d'adhésion du participant. Vous pourrez ainsi vérifier si vos participants ont fini leur adhésion.
- Vous verrez aussi si les informations sur les participants et les personnes à leur charge sont à jour afin que nous puissions verser les prestations demandées.
- Les **sommaires de la couverture** présentent les renseignements suivants sur les participants :
  - Adresse actuelle
  - Renseignements sur les garanties
  - Renseignements sur la personne à charge
  - Renseignements sur les bénéficiaires

  Ils indiquent aussi si une Déclaration d'état de santé doit être remplie pour que le plein montant de la couverture soit approuvé. Un relevé Sommaire de la couverture est envoyé 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. Le relevé 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, comme indiqué dans la section Conditions particulières du contrat. 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 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 **Formulaires** dans le menu **Ressources**.

- 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 la page **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 la page **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, il y a des options d'assurance vie et d'assurance maladie.

Un contrat d'assurance-vie individuelle de la Sun Life

- la demande doit être présentée dans les 31 jours suivant la cessation ou la réduction de la couverture groupe
- s'applique au participant et à son conjoint
- les participants qui résident au Québec ont le droit de transformer l'assurance-vie des enfants à charge
- aucune attestation de bonne santé n'est exigée
- la clause de transformation est assujettie à certaines conditions qui sont indiquées dans le contrat ou stipulées dans toute loi pertinente

Mes CHOIX vie

- la demande doit être présentée dans les 60 jours suivant la cessation ou la réduction de la couverture groupe
- s'applique au participant et à son conjoint
- quelques questions sur l'état de santé sont nécessaires
- certaines règles et conditions s'appliquent

Mes CHOIX santé

- la demande doit être présentée dans les 60 jours suivant la cessation de la couverture groupe
- s'applique au participant, à son conjoint et à leurs enfants
- couvre les frais médicaux et dentaires
- aucune attestation de bonne santé n'est exigée

Assurance contre les maladies graves Continuité

- la demande doit être présentée dans les 60 jours suivant la cessation de la couverture groupe
- s'applique au participant, à son conjoint et à leurs enfants aucune attestation de bonne santé n'est exigée

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.

Pour plus de renseignements, rendez-vous sur https://www.sunlife.ca/fr/continuite/

Qui appeler

Les participants peuvent appeler le 1 877 893-9393.

Demandes spéciales

Notre site Web est conçu pour simplifier la gestion des garanties collectives. Cependant, Notre site Web est conçu pour simplifier la gestion des garanties collectives. Cependant, certaines opérations qui nécessitent une attention particulière doivent être effectuées par le personnel de la Sun Life. Vous n'avez qu'à nous transmettre les renseignements nécessaires au moyen de la fonction Demandes spéciales du menu Participants, qui comprend :

- Suppression de période probatoire /Modification des dates d'effet : Participant et garanties;
- Modification du numéro de participant, de l'emplacement, du numéro de régime, de la catégorie ou de la date d'embauche;
- Modification de la date de cessation des garanties
- Autre type de modification.

Étape 1 Pour toute autre exception d'ordre administratif, fournissez tous les renseignements pertinents concernant la demande au moyen de la fonction Demandes spéciales du menu Participants.

Étape 2 Nous vous informerons de notre décision. Si la demande est acceptée, nous décrirons les dispositions de la couverture. Sinon, nous étudierons les demandes et nous vous enverrons un message dans les 48 heures pour confirmer la situation de la demande.

Dérogations administratives soumises à un traitement spécial

- Les **demandes d'exonération de la période probatoire** doivent être présentées au moyen de la fonction Demandes spéciales. Nous étudierons la demande d'exonération de la période probatoire et vous ferons part de notre décision.
- Pour les Clients qui utilisent l'outil Adhésion, si vous voulez annuler la période d'attente d'un participant, vous devez obtenir notre approbation. N'ouvrez pas de changement de situation personnelle tant que la demande n'a pas été approuvée et que nous n'avons pas mis à jour le dossier du participant.
- **Couverture durant une interruption de travail temporaire** telle qu'une mise à pied, une grève, un congé légal, 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 légal, la période de congé prévue par la loi provinciale ou la période limite spécifiée au contrat, si cette dernière période est plus longue.
- **Couverture pendant une grève ou un lock-out.**
- **Couverture en cas d'arrêts de travail permanents** comme une mise à pied ou un licenciement permanent au-delà des dispositions du 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.

Cotisations de l'employeur et garanties imposables

Ces renseignements ne constituent pas des conseils d'ordre fiscal. Nous vous recommandons de vous renseigner sur la manière de déclarer les avantages que vous offrez à vos employés ou à tout autre participant du régime.

L'Agence du revenu du Canada (ARC) et Revenu Québec (RQ) publient des guides sur la fiscalité qui expliquent quels avantages sont imposables. Vous pourrez y trouver les renseignements suivants :

- comment calculer la valeur de l'avantage imposable;
- quoi inclure dans les calculs;
- quand inclure l'avantage dans le revenu de l'employé;
- où indiquer l'avantage sur le feuillet fiscal.

Veuillez consulter ces guides pour en savoir plus. Ils vous renseigneront sur la manière de déclarer les avantages offerts en milieu de travail. Reportez-vous aux liens qui se trouvent plus bas.

Certaines cotisations de l'employeur sont ajoutées au revenu de l'employé. Le tableau qui suit résume les situations où un contrat d'assurance collective a été établi.

La liste de ce tableau n'est pas exhaustive et pourrait ne pas contenir tous les avantages et les services offerts aux employés.

Lois	**Cotisations de l'employeur incluses dans les feuillets fiscaux**	**Cotisations de l'employeur non incluses dans les feuillets fiscaux**
Loi de l'impôt sur le revenu (Canada)*	• Assurance vie collective • Régimes d'assurance collective contre la maladie ou les accidents (p. ex. l'assurance contre les maladies graves et l'assurance Décès et mutilation accidentels) • Compte de dépenses personnel	• Assurance invalidité (de courte et de longue durée) – quand les prestations d'invalidité sont imposables • Régimes privés d'assurance maladie (p. ex. frais médicaux, frais dentaires, compte soins de santé)
Loi sur les impôts (Québec)*	• Assurance vie collective • Régimes d'assurance collective contre la maladie ou les accidents (p. ex. l'assurance contre les maladies graves et l'assurance Décès et mutilation accidentels) • Compte de dépenses personnel • Régimes privés d'assurance maladie (p. ex. frais médicaux, frais dentaires, compte soins de santé)	• Assurance invalidité (de courte et de longue durée) – quand les prestations d'invalidité sont imposables • Régimes privés d'assurance maladie (p. ex. frais médicaux, frais dentaires, compte soins de santé) **au profit du conjoint survivant**

*Ces renseignements sont basés sur les guides de l'ARC et de RQ publiés en novembre 2022.

Les guides de l'Agence du revenu du Canada et de Revenu Québec :

Guide de l'ARC pour les employés de partout au Canada (y compris au Québec) :
T4130 Guide de l'employeur – Avantages et allocations imposables.

Guide de Revenu Québec pour les employés qui demeurent ou travaillent au Québec :
Avantages imposables (IN-253).

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 courriel valide.

Les primes sont payables le premier jour du mois. Vous devez les payer à l'intérieur du délai de grâce indiqué dans votre contrat. Sinon, le remboursement des demandes de règlement pourrait être mis en suspens jusqu'à la réception du paiement.

Débit préautorisé

Pour votre commodité, nous utilisons le débit préautorisé comme mode de paiement. Veuillez remplir le formulaire de débit préautorisé qui est affiché sur notre site Web public. Voir la section **Formulaires aministratifs et de demande de règlement**.

Calcul des primes

Nous calculons les primes 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. Exemples :

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

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

- Si la couverture du participant prend fin le 1er 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.

Radiation de participants

Les radiations devraient être présentées dans les trois mois qui suivent la cessation.

Date courante	Date d'anniversaire	Date de cessation	Date de cessation à utiliser
		Après la dernière date d'anniversaire	La date actuelle de cessation
1er mai 2021	1er janv. 2021	18 avril 2021	18 avril 2021
	Il y a 3 mois ou plus	Avant la dernière date d'anniversaire	La dernière date d'anniversaire
1er mai 2021	1er janv. 2021	15 oct. 2020	1er janv. 2021
	Il y a 3 mois ou plus	Avant la dernière date d'aujourd'hui	La date d'anniversaire moins 3 mois
1er mai 2021	1er mars 2021	15 fév. 2021	15 fév. 2021

Exonération de primes pour les participants invalides

Les primes de toutes les garanties sont exigibles pendant qu'un participant reçoit des prestations d'invalidité de courte durée. Elles le sont également pendant que la demande de prestations d'invalidité de longue durée ou la demande d'exonération de primes Vie est à l'étude.

Dès que le participant commence à recevoir des prestations d'invalidité de longue durée, les primes relatives aux garanties Invalidité de courte durée et Invalidité de longue durée cessent d'être facturées.

Si le participant présente une demande d'exonération de primes Vie et que celle-ci est acceptée, les primes de l'assurance-vie du personnel ou des personnes à charge, ainsi que les primes de la garantie Décès et mutilation accidentels cessent d'être facturées. Les primes des garanties Frais médicaux et Frais dentaires et de l'assurance contre les maladies graves continuent toutefois d'être exigibles. Consultez votre contrat ou brochure pour connaître les garanties qui sont admissibles à l'exonération de primes.

Ressources

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

Formulaires

Vous verrez sur la page un lien vers la page publique des formulaires SunAvantage. Vous trouverez sur cette page la liste complète des formulaires de gestion. Si vous ne trouvez pas ce que vous cherchez, veuillez communiquer avec votre adjoint à la gestion, service clientèle.

Contrat et documents

Cette section contient votre contrat, les bulletins Intérêts en bref, la brochure sur les garanties et tout autre document se rapportant à votre régime.

Caractéristiques du régime

Obtenez, d'un simple clic, 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

À la Sun Life, nous proposons aux participants et aux fournisseurs plusieurs façons de présenter leurs demandes.

- **masunlife.ca**
- **l'appli ma Sun Life mobile**
- **portail de demandes de règlement électronique présentée par les fournisseur géré par Connexion Sun Life**
- **EDI** (système d'échange de données informatisé) chez le dentiste
- **demandes de règlement électroniques de frais de médicaments** à la pharmacie
- **par la poste** – formulaires de demande de règlement personnalisés disponibles sur le site **masunlife.ca.**

Nous étudions les demandes de règlement en nous basant sur les renseignements que vous ou les participants nous envoyez. Il est donc important de vous assurer que les données sur les participants sont à jour. Nous devons les recevoir avant l'expiration du délai indiqué dans votre contrat/brochure.

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.

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.

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 mois d'anniversaire, le régime de celui dont le prénom commence par la lettre qui vient en premier dans l'alphabet.

L'ordre ci-dessus s'applique dans toutes les situations, sauf si les parents sont séparés ou divorcés et que l'enfant n'est pas en garde partagée. Dans ce cas, l'ordre suivant s'applique :

- Régime du parent qui a la garde de l'enfant (le participant doit 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 doit 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 doit 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 doit indiquer sur le formulaire qu'il n'a pas la garde de l'enfant)

Présentation des demandes de coordination des prestations (CDP) en ligne :
Les participants peuvent demander une demande de CDP sur **masunlife.ca** lorsque la Sun Life est le deuxième payeur. Ils peuvent également demander que la coordination des prestations entre deux régimes se fasse automatiquement, lorsque le participant et son conjoint ou partenaire sont tous les deux couverts par un régime Sun Life.

Note : Les participants peuvent présenter des demandes de règlement électroniques avec CDP pour lesquelles la Sun Life est le deuxième payeur au moyen de l'appli ma Sun Life mobile pour la catégorie des frais médicaux seulement. Les prestations payables au titre du second régime ne peuvent pas excéder le montant total des frais admissibles engagés, MOINS le montant payé par le premier régime. Pour présenter une demande de règlement de frais d'optique, de frais de médicament ou de frais dentaires, ou pour mettre à jour la CDP, il faut utiliser le site Web.

Si le participant et son conjoint sont tous deux couverts au titre de régimes gérés par la Sun Life, le participant peut nous demander d'effectuer le règlement au titre des deux régimes en même temps.

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.

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. (consultez votre contrat/brochure pour plus de précisions).

Habituellement, les hôpitaux nous envoient directement les demandes de règlement de **frais d'hospitalisation**, et nous payons les hôpitaux directement.

Soins médicaux reçus à l'extérieur de la province

Le participant qui voyage doit garder sa **carte d'assistance-voyage** avec lui en tout temps. Il doit communiquer avec fournisseur du Programme Voyage Assistance de la Sun Life **avant** d'engager des frais médicaux d'urgence.

Pour demander le règlement de **frais médicaux d'urgence** engagés à l'extérieur de la province, le participant doit

- communiquer immédiatement avec notre fournisseur de services d'assistance-voyage, fournisseur du Programme Voyage Assistance de la Sun Life;
- suivre les instructions indiquées dans la brochure sur la garantie d'assistance-voyage (accessible sur **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 la façon indiquée ci-haut.

Régimes avec carte-médicaments à paiement direct

La carte-médicaments simplifie le processus de règlement des frais de médicaments sur ordonnance et réduit les frais à la charge du participant. Le participant n'a qu'à remettre sa carte au pharmacien. Si le médicament est admissible, le montant couvert par le régime sera payé.

Note : 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 la demande et convertirons le montant des frais admissibles en dollars canadiens.

La carte médicaments est accessible par le biais de :

- **masunlife.ca**
- **l'appli ma Sun Life mobile**

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	Vérifiez la date de naissance entrée par le pharmacien. Si la demande de règlement est toujours refusée, vérifiez la date de naissance qui est inscrite dans le système de la Sun Life.
Le code de lien de parenté entré est inexact	Des codes différents sont utilisés pour identifier le participant, son conjoint, un enfant à charge, un étudiant ayant dépassé l'âge limite et un enfant handicapé. Vérifiez le code de lien de parenté entré par le pharmacien.
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 paiement direct des médicaments.
Le médicament prescrit n'est pas couvert	Certains médicaments sur ordonnance ne sont pas couverts par votre régime. 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).
Non couvert	Le participant n'a pas complété son adhésion lors de son embauche ou de la mise en vigueur du régime.

Remboursement moins élevé que prévu

Il a acheté un médicament de marque plutôt qu'un équivalent générique et votre régime couvre uniquement le coût des médicaments génériques.

Le pharmacien applique des tarifs supérieurs aux « frais raisonnables habituellement exigés » en vigueur dans la région pour les frais d'exécution d'ordonnance ou le coût des ingrédients. (Le remboursement d'un grand nombre de frais est limité aux « frais raisonnables habituellement exigés ». Grâce à cette limite, vous n'engagez pas 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 est possible que le participant ne puisse pas payer certains médicaments au moyen de sa carte-médicaments.

Consultez votre contrat/brochure pour une liste de ces produits. 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**.

Les données sur les personnes à charge doivent être à jour

Pour les Clients qui utilisent l'outil Adhésion, nous pourrions refuser la demande de règlement du participant s'il n'a pas effectué son adhésion et ajouté les personnes à sa charge. Les Clients peuvent aussi vérifier/gérer les personnes à charge ayant dépassé l'âge limite dans l'outil. Nous pourrions refuser des demandes de règlement si les données sur les personnes à charge ne sont pas à jour dans notre système. Vous êtes tenu de vérifier que les personnes à charge ayant dépassé l'âge limite continuent de satisfaire aux critères d'admissibilité du régime et de nous signaler le moment où leur couverture prend fin.

Les personnes à charge ayant dépassé l'âge limite doivent étudier à temps plein ou être handicapées, et dépendre financièrement du participant.

Carte perdue ou volée

Si le participant perd sa carte-médicaments ou se la fait voler, vous pouvez :

- vous rendre sur **masunlife.ca**
- utiliser **l'appli ma Sun Life mobile**
- communiquer avec le Service clientèle groupe

Frais dentaires

La garantie Frais dentaires couvre les soins donnés par :

- un dentiste autorisé;
- un denturologiste;
- un hygiéniste dentaire;
- un anesthésiste.

Nous couvrirons les frais raisonnables, à concurrence de la somme habituellement facturée pour le traitement équivalent le moins coûteux qui est conforme à la pratique dentaire généralement reconnue. Les frais remboursables ne peuvent en aucun cas dépasser le montant inscrit dans le tarif de l'association dentaire appropriée.

Estimation des frais

Les participants doivent demander à leur dentiste de nous envoyer une estimation des frais (appelée « détermination préalable des prestations »).

C'est le cas pour des traitements dont le coût excède un certain montant précisé dans votre contrat/brochure. Nous informons le participant et le dentiste du montant couvert (le cas échéant) au titre du régime. Ainsi, le participant peut discuter des traitements possibles avec le dentiste avant de commencer, et prévoir cette dépense à son budget si elle n'est pas couverte par le régime.

Soins d'orthodontie

Les participants doivent présenter les frais au fur et à mesure qu'ils sont engagés. Si une somme forfaitaire est versée, nous paierons environ un tiers du total des frais admissibles pour le premier paiement.

Compte Soins de santé

Reportez-vous au Guide de gestion sur le compte Soins de santé si votre régime offre le compte Soins de santé, vous le trouverez sur le site des promoteurs sous Guides pour les gestionnaires de garanties collectives.

Compte de dépenses personnel

Reportez-vous au Guide de gestion sur le compte de dépenses personnel si votre régime offre le compte de dépenses personnel, vous le trouverez sur le site des promoteurs sous Guides pour les gestionnaires de garanties collectives.

Invalidité

Les garanties Invalidité de courte durée et Invalidité de longue durée procurent au participant des prestations destinées à combler en partie une perte de revenu durant des périodes d'invalidité totale. Le participant doit satisfaire au délai de carence et avoir droit à ces prestations compte tenu des dispositions de votre contrat/brochure.

Les formulaires de demande de règlement Invalidité de courte durée et Invalidité de longue durée se divisent en trois sections :

- la **Déclaration du participant**, à remplir par le participant;
- La **Déclaration du médecin traitant**, à remplir par le médecin qui supervise le traitement du participant;
- la **Déclaration du promoteur**, à remplir par vous, le gestionnaire du régime.

Une fois remplie, chaque section peut être envoyée séparément. Toutefois, la Déclaration du participant et la Déclaration du médecin traitant doivent 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.

Si vous avez accès à l'outil de gestion des absences et de l'invalidité sur le site des Services aux promoteurs de régime, vous serez en mesure de présenter en ligne la déclaration du promoteur ainsi que tout autre document requis par la Sun Life. Le participant peut compléter son formulaire et télécharger les documents à l'appui sur **masunlife.ca**. Si vous disposez des droits d'accès appropriés, vous serez également en mesure de visualiser la situation des demandes de règlement et de produire des relevés

Lorsqu'un participant retourne au travail, dites-le-nous immédiatement. Si vous ou le participant recevez des prestations couvrant une période durant laquelle le participant était capable de travailler (et n'a pas droit 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 au titre de l'assurance-vie et de la garantie Décès et mutilation accidentels, assurez-vous de remplir les formulaires appropriés. Transmettez-les-nous entre six et huit semaines avant la fin du delai de carence indiqué dans votre contrat/brochure.

Notes :

- Si le participant est couvert par la Sun Life à la fois par la garantie Vie et par la garantie ILD, nous étudierons la demande d'exonération de primes au titre de la garantie Vie en même temps que la demande de prestations d'ILD.
- Si le participant a fait la demande pour des prestations d'invalidité en vertu d'un régime de l'État, nous l'encourageons à présenter une demande ILD à la Sun Life, même dans l'attente d'une décision de la part du gouvernement. Nous étudierons la demande ILD et d'exonération de primes.

Assurance-vie

Les renseignements qui suivent vous sont fournis à titre indicatif seulement et ne constituent pas des conseils juridiques. Le gestionnaire du régime doit se garder d'évaluer des demandes de règlement et de faire des suggestions aux demandeurs sur la façon de résoudre un différend. Toute question concernant une demande de règlement particulière doit être adressée à notre Service des règlements vie à l'adresse **group.life.claims@sunlife.com**.

Programme de paiement immédiat

Le programme de paiement immédiat s'applique à l'assurance-vie (de base et facultative) pour les participants et les personnes à leur charge qui répondent aux exigences ci-dessous. Il ne n'applique pas à la portion Décès accidentel d'un règlement vie.

- Le montant combiné de l'assurance-vie de base et de l'assurance-vie facultative est de 150 000 $ ou moins.
- Le décès a eu lieu au Canada ou aux États-Unis.
- Le bénéficiaire a au moins 18 ans.
- Le bénéficiaire réside au Canada.
- Il n'y a ni demandeurs concurrents ni complications liées aux bénéficiaires, par ex. décès simultanés, infraction criminelle ou décès du bénéficiaire antérieur à celui du participant.
- Pour l'assurance-vie facultative :
  - la garantie est en vigueur depuis 5 années consécutives, OU
  - une attestation de bonne santé n'a pas été exigée lors de la présentation de la demande de couverture.

Pour traiter une demande de paiement immédiat, nous avons besoin des documents suivants :

- Déclaration de décès remplie en entier par le gestionnaire du régime
- Toutes les désignations de bénéficiaire

Pour traiter les demandes de règlement qui ne sont pas admissibles à un paiement immédiat, nous avons aussi besoin des documents suivants :

- Déclaration de décès remplie en entier par le gestionnaire du régime.
- Toutes les désignations de bénéficiaire.
- Déclaration du demandeur rempli par chaque bénéficiaire.
- Preuve de décès, soit une Déclaration du médecin traitant, l'original ou une copie certifiée d'un certificat de décès provincial ou une déclaration de l'entrepreneur de pompes funèbres.
- Pour l'assurance-vie facultative, nous avons aussi besoin des documents suivants :
  - Avis d'approbation original établi par la Sun Life, qui confirme que la demande de couverture du participant au titre de l'assurance-vie facultative a été acceptée, et
  - Déclaration du médecin traitant dûment remplie si le décès est survenu dans les deux ans suivant l'approbation sur le plan médical de la couverture ou si le montant d'assurance est supérieur à 250 000 $.
- Pour une demande de règlement au titre de la garantie Décès accidentel, nous avons aussi besoin de ce qui suit :

- Documentation attestant que le décès est directement attribuable à un accident, comme un rapport de police ou un rapport du coroner, et s'il y a lieu, toute coupure de journal fournissant des renseignements sur l'accident.

Note importante : Selon les circonstances entourant le décès du participant, nous pourrions avoir besoin d'autres renseignements après l'évaluation de la demande.

Règlement partiel (anticipé) immédiat

Applicable seulement à l'assurance-vie de base. Lorsque le bénéficiaire est la succession ou un membre de la famille du participant (p. ex., son conjoint) et qu'il a besoin de fonds immédiatement, nous pouvons lui verser, dans les 24 heures, un paiement partiel anticipé (égal à 50 % du capital jusqu'à un maximum de 50 000 $), 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. Le paiement sera envoyé par service de messagerie.

La décision d'offrir ou non un paiement anticipé vous appartient en tant que 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 règlement partiel anticipé:

- Déclaration de décès
- Toutes les désignations de bénéficiaire

Règlement à la succession

Lorsque le capital-décès est payable à la succession du participant, les règles sont les suivantes :

Montant du capital-décès	Documents requis
Moins de 150 000 $	Aucun document supplémentaire à produire
De 150 000 $ à 249 999 $	Copie notariée du testament
250 000 $ et plus	Copie notariée du testament homologué

En l'absence de testament

Si le participant décédé était un résident...	Documents requis
de l'Ontario	Copie notariée du certificat de nomination à titre de fiduciaire de la succession non testamentaire
du Québec	Copie notariée de la déclaration d'hérédité
d'une autre province	Copie notariée des lettres d'administration

Autres renseignements sur les testaments

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).

Note :
Le gestionnaire du régime doit éviter tout commentaire au sujet de l'application des dispositions testamentaires. Lorsque nous aurons examiné le testament, nous communiquerons l'information pertinente. Le gestionnaire du régime devrait aussi vérifier auprès des Règlements vie groupe s'il y a un changement de bénéficiaire valide dans le testament du participant.

Si la succession est le bénéficiaire

Si le capital-décès est payable à la succession, le représentant légal de la succession doit remplir la Déclaration du demandeur, s'il y a lieu.

Si le bénéficiaire est mineur

Hors du Québec

- Si un fiduciaire a été désigné, celui-ci doit remplir la Déclaration du demandeur. Nous verserons les sommes payables au fiduciaire pour le compte du bénéficiaire mineur.
- En l'absence d'un fiduciaire et si un tuteur légal a été désigné pour le mineur, le tuteur légal doit remplir la Déclaration du demandeur et fournir les documents qui attestent sa désignation.

Au Québec

- Au Québec, le parent survivant est le seul tuteur du mineur et il doit remplir la Déclaration du demandeur pour le compte du mineur. Nous exigeons une copie certifiée du certificat de naissance du mineur sur lequel figure le nom des parents. 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.

Note :
Chaque province a ses propres règles concernant le versement de paiements à un tuteur légal pour le compte d'un mineur.

- 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

Nous libellerons un chèque au nom du bénéficiaire et vous l'enverrons à l'adresse que vous nous aurez donnée. Nous vous confirmerons que nous avons fait le paiement.

Note :
Si le bénéficiaire désire se renseigner sur les autres options de placement offertes au lieu de simplement recevoir un chèque couvrant la somme globale, nous lui recommanderons un conseiller de la Sun Life de sa région.

Perpétration d'un 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 l'intérêt public, personne ne peut tirer avantage d'une infraction criminelle.

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 à la succession du participant. Si plusieurs bénéficiaires ont été désignés, le capital-décès peut être partagé entre les bénéficiaires survivants* (Consultez la section **Désignation d'un bénéficiaire**.)

*sauf si autre chose a été indiqué sur le formulaire.

Décès simultanés

Si le bénéficiaire et le participant décèdent simultanément (par ex. 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 à la succession du participant ou, s'il y a plusieurs bénéficiaires, le capital-décès peut être partagé entre les bénéficiaires survivants. (Consultez la section **Désignation d'un bénéficiaire**.)

Si le bénéficiaire est décédé après le participant, sa part est réglée à la succession du bénéficiaire.

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 aux bénéficiaires sont réduites du montant du prêt-secours augmenté des intérêts.

Notes :

- Si un participant a désigné un bénéficiaire irrévocable, il devra obtenir son consentement pour demander cette garantie.
- Si la demande du participant est présentée dans les cinq années précédant la date prévue de cessation de la couverture, il 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, communiquez avec votre spécialiste du service de la Sun Life pour savoir quelles conséquences financières cela pourrait avoir sur votre

contrat.

Autres demandes de règlement

Exonération des primes Vie

L'option « exonération des primes » offerte dans le cadre de l'assurance-vie permet à un participant atteint d'invalidité de maintenir sa couverture (ou celle des personnes à sa charge) sans avoir à payer de primes pendant la durée de l'invalidité. Elle dépend des dispositions du contrat qui étaient en vigueur à la date où le participant est devenu invalide. Elle comprend les clauses concernant la réduction et la cessation de la couverture.

Si un autre assureur assure la gestion administrative de la garantie Invalidité de longue durée, nous approuvons l'exonération des primes quand vous envoyez l'attestation d'invalidité totale du salarié. Nous avons besoin des documents suivants :

- Exonération de prime – Déclaration du participant
- Exonération de prime – Déclaration du promoteur du régime
- Copie de la lettre d'acceptation de l'autre assureur

Mutilation accidentelle

Pour présenter une demande de règlement à la suite d'une mutilation accidentelle, communiquez avec 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 avoir en main tous les renseignements nécessaires à l'étude de la demande de règlement. Nous tenons le participant bien informé 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 devrait appeler au 1-800-669-7921. L'assurance contre les maladies graves ne couvre pas toutes les maladies. Il est important de consulter la brochure explicative/le contrat.

Formulaires de gestion et de demande de règlement

Pour vous aider à gérer votre régime, nous mettons nos formulaires standards à votre disposition sur le site **masunlife.ca**.

Les formulaires sont aussi accessibles sans code d'accès ni mot de passe.

Étape 1 Rendez-vous sur notre site sunlife.ca/entreprise

Étape 2 Sélectionnez « **Formulaires** ».

Commander des imprimés
Complétez le bon de commande pour demander des imprimés

Contacts

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 si vous avez des questions ou des préoccupations.

Note : Les heures d'ouverture se réfèrent à l'heure normale de l'Est

Service clientèle
Heures d'ouverture : de 8 h 30 à 16 h 30
Téléphone : 1-877-786-7227

Règlements de frais médicaux et dentaires
(y compris les demandes de compte Soins de santé et de compte de dépenses personnel)
Heures d'ouverture : de 8 h à 20 h
Téléphone : 1-866-246-4153

Règlements invalidité
Heures d'ouverture : de 8 h 30 à 16 h 30
Téléphone : 1-866-246-4153

Règlements Vie et DMA
Heures d'ouverture : de 8 h 30 à 16 h 30
Téléphone : 1-800-361-2128

Règlements maladies graves
Heures d'ouverture : de 8 h 30 à 16 h 30
Téléphone : 1-800-669-7921

Tarification
Heures d'ouverture : de 8 h 30 à 16 h 30
Téléphone : 1-866-822-0884

Équipe de représentants du service clientèle
Ligne dédiée aux conseillers et promoteurs
Téléphone : 1-866-606-8936

Centre de service à la clientèle
Ligne dédiée aux participants
Téléphone : 1-800-361-6212

Transformations (réduction ou cessation des garanties)
Téléphone : 1-877-893-9893

Régimes collectifs de retraite
Téléphone : 1-833-292-5400

Rendez-vous sur notre site web : **masunlife.ca**
Ou téléchargez l'**appli ma Sun Life mobile**

Annexe A - Mises à jour du guide

Le tableau ci-dessous indique les modifications qui ont été apportées au guide et qui figurent dans la présente version du document.

Page	Chapitre et/ou section	Ce qui a changé
38-42	Présentation des demandes de règlement – Assurance-vie	Ajout du Programme de paiement immédiat

Annexe B — Processus de l'ACCAP relatif aux déclarations électroniques

Processus de l'ACCAP relatif aux déclarations électroniques

Introduction

Les pratiques liées au commerce électronique de l'assurance évoluent à mesure des avancées technologiques. Les sociétés canadiennes d'assurances vie et maladie (les « Assureurs ») et les autres entités s'occupant de l'administration des contrats d'assurances et des régimes collectifs d'avantages sociaux pour le compte des Assureurs, comme les tiers administrateurs, les employeurs, et les titulaires de contrats/promoteurs de régimes collectifs (les « Tiers »), doivent veiller à ce que leurs pratiques d'affaires soient conformes avec toutes les lois applicables et qu'elles répondent aux attentes des autorités de réglementation.

Objectif et portée

Le Processus de l'ACCAP relatif aux déclarations électroniques (le « Processus ») énonce les processus recommandés aux Assureurs et aux Tiers (désignés collectivement « Société » ou « Sociétés ») qui agissent pour le compte des Assureurs lorsqu'ils recueillent, stockent et utilisent des déclarations par voie électronique. Chaque Société doit décider si elle acceptera, conservera et utilisera de telles déclarations, et de quelle manière elle le fera.

Le processus appliqué par la Société pour recueillir, stocker ou utiliser une déclaration électronique doit comprendre des mesures raisonnables pour protéger l'intégrité de la déclaration.

Processus recommandés

Le processus devrait :

1. S'appuyer sur un système électronique conçu, adopté, ou approuvé par la Société, et capable d'accepter et de stocker les désignations effectuées par les titulaires de polices ou, dans le cas de l'assurance collective, par la personne dont la vie est assurée (désignés collectivement « Assuré »). Si la Société choisit d'accepter par voie électronique des déclarations plus complexes, faisant par exemple intervenir des signataires multiples ou des bénéficiaires en sous-ordre, le système devrait être suffisamment évolué pour prendre en charge les exigences additionnelles. Dans tous les cas, la sécurité de l'information doit être assurée en tout temps, conformément aux exigences de la Société en matière de stockage électronique des renseignements permettant d'identifier les personnes.

2. Capturer la déclaration et la signature électronique[1] de l'Assuré confirmant son intention de soumettre cette déclaration, conformément aux exigences prévues par la loi sur le commerce électronique applicable.

3. Utiliser une technologie de signature électronique capable de capturer la déclaration et la signature de l'Assuré sous forme électronique. Lorsqu'une telle signature est utilisée, elle, ou le processus utilisé pour l'obtenir, devrait :

   (i) être relié exclusivement à l'Assuré;
   (ii) permettre d'identifier l'Assuré;
   (iii) permettre à l'Assuré de garder le contrôle exclusif de tous identifiants ou facteurs d'authentification demandés;
   et
   (iv) être relié à la déclaration ou à tout autre document (comme une proposition ou un formulaire d'adhésion) en cause, de manière à ce que toute modification ultérieure des données soit repérable.

4. Certifier l'identité de l'Assuré au moyen d'un système de vérification permettant :

   a) de confirmer l'identité de la personne et le lien qui la rattache au document, par un dispositif d'authentification sûr, par exemple :
      i. la connexion avec un mot de passe;
      ii. des questions d'identification personnelle, ou
      iii. d'autres mesures de sécurité logiques et opérationnelles;
      et
   b) d'identifier le document et, au besoin, d'en déterminer l'origine et la destination en tout temps.

5. Comporter un mécanisme faisant en sorte :

   a) que la déclaration soit accessible à l'Assuré au moment où elle est produite, de sorte que ce dernier puisse prendre des mesures pour pouvoir s'y reporter ultérieurement;
   b) que la déclaration soit stockée (électroniquement) de manière à empêcher tout accès non autorisé;
   c) qu'un avis de réception soit émis par la Société, par voie électronique ou autre.

---

[1] Au Québec, une signature n'est pas expressément exigée relativement à une déclaration faite en vertu de la loi. Les déclarations électroniques doivent être conformes à l'article 2446 du *Code civil du Québec*, LQ 1991, c 64, et à la *Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information*, RLRQ c C-1.1.

Les caractéristiques décrites ci-dessus clarifient les mesures de sécurité qui s'imposent lorsque l'Assuré choisit d'utiliser des moyens électroniques, et que la Société choisit d'accepter des déclarations électroniques et qu'elle a en place des procédures fiables.

Les Sociétés devraient soumettre leurs processus relatifs aux déclarations électroniques à l'examen d'experts en sécurité de l'information, tant avant leur mise en oeuvre qu'à intervalles réguliers par la suite, afin de s'assurer qu'il a été tenu compte des processus recommandés ci-dessus.

Autres considérations

À mesure qu'évoluent la technologie et les lois, les Sociétés sont responsables d'actualiser leurs propres processus électroniques et de s'assurer de leur conformité aux lois. Les Sociétés devraient inclure cet élément d'autoévaluation dans leur système de gestion de la conformité réglementaire, avec l'approbation voulue d'un haut dirigeant (p. ex., le responsable de la gestion de la conformité ou de la gestion des risques).

Une attention particulière devrait être portée aux désignations de bénéficiaires irrévocables, qui peuvent nécessiter d'autres processus.

Le présent document ne tient pas lieu d'avis juridique; les Sociétés devraient obtenir un avis juridique indépendant.

Advenant une quelconque divergence entre le Processus et une loi applicable, c'est la loi qui l'emporte.

24 décembre 2019

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 si vous avez des questions ou des préoccupations :

Visitez notre site sunlife.ca. Vous y trouverez une foule de renseignements utiles ainsi que nos coordonnées.

Pour joindre le Service clientèle SunAvantage :

Heures d'ouverture :
8 h 30 – 16 h 30 (HE), régions de l'Est, d'Ottawa et du Centre
10 h 30 – 19 h 30 (HE), 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 : sunlife.ca/entreprise

La vie est plus radieuse sous le soleil

Les garanties collectives sont offertes par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Sun Life. GB10053 02-24 ck-ny

Sun Life