



Guide du conseiller

Solutions d'assurance collective RBC Assurances

DIFFUSION EXCLUSIVE AUX CONSEILLERS



Assurances

Table des matières

Section 1 – Pourquoi faire affaire avec RBC Assurances ?	3
Section 2 – Soutien aux conseillers	4
Section 3 – Sommaire du produit	5
Section 4 – Directives de tarification/renseignements généraux	6
Section 5 – Administration et services en ligne	7
Section 6 – Renseignements sur les demandes de règlement	9
Section 7 – Renseignement sur les produits	10
Section 8 – Comment nous joindre	30
Section 9 – Compliments ou plaintes	31

Section 1 – Pourquoi faire affaire avec RBC Assurances ?

Un régime d'assurance collective bien conçu peut véritablement aider les entreprises à attirer et à retenir les meilleurs éléments. En tant que conseiller en avantages sociaux de confiance, vous jouez un rôle inestimable en orientant les clients vers le bon fournisseur et la bonne solution, et vous pouvez compter sur nous pour vous accompagner à chaque étape.

À RBC Assurances®, nous offrons une gamme complète de solutions d'assurance collective de premier ordre, adaptées à l'évolution de la main-d'œuvre d'aujourd'hui. Notre approche progressive et collaborative repose sur une vaste expérience, un service personnalisé et un engagement sincère en matière de bien-être. Que ce soit en concevant des régimes flexibles ou en offrant des services de soutien spécialisés, nous nous engageons à vous aider à répondre aux besoins actuels et futurs de vos clients.

Notre gamme de produits comprend des assurances vie, invalidité et maladies graves – dotées des meilleures caractéristiques du secteur – ainsi que des solutions d'assurances maladie et soins dentaires souples et économiques, pour entreprises de toutes tailles. Notre produit d'assurance invalidité de longue durée comporte des caractéristiques uniques, notamment une définition d'invalidité résiduelle, qui permet aux employés de travailler autant qu'ils le peuvent pendant leur rétablissement, tout en favorisant une transition en douceur vers un retour au travail à temps plein. Pour sa part, notre formule Établissement standard garanti^{MC} (ESG[®]) répond aux besoins des cadres supérieurs en leur permettant de bonifier leur assurance invalidité sans tarification médicale.

Notre objectif est d'offrir aux conseillers, aux administrateurs de régime et aux membres du régime une expérience alliant simplicité et transparence. Vous pouvez compter sur nous pour continuellement innover et nous adapter à l'évolution du monde du travail afin que vous puissiez garder une longueur d'avance et offrir à vos clients une valeur durable.



Section 2 – Soutien aux conseillers

Selon les commentaires obtenus de nombreux conseillers, nous savons que l'excellence de notre service est essentielle si nous voulons établir avec eux une relation fructueuse et digne de confiance. Nous ne saurions être davantage en accord avec eux. Le souci d'offrir un service de qualité alliant simplicité et commodité est au centre de tout ce que nous entreprenons.

Nos employés – à votre service et au service de vos clients

- **Nos experts-conseils régionaux, Vente, Assurance collective**, sont vos principaux points de liaison en matière de conseils et de soutien se rapportant aux affaires nouvelles.
- **Notre équipe Soutien des ventes** offre un soutien à nos experts-conseils, Vente, à nos conseillers et à leurs clients. Ils travaillent en collaboration directe avec vous pour vous aider à remplir toutes les formalités relatives aux demandes de soumission et aux offres, et pour répondre aux questions qui se présentent en cours de processus lié aux affaires nouvelles.
- **Notre équipe Service** vous offre son soutien pour la mise en place de nouveaux régimes, les réunions d'employés, les modifications en cours de contrat et les demandes de renseignements quotidiennes.

Des ressources supplémentaires à portée de main

Il est important que vous puissiez accéder aux renseignements et outils appropriés au moment où vous en avez besoin. Nos services en ligne à l'intention des conseillers peuvent vous aider à gérer vos affaires avec nous.

Centre des ressources

Le Centre des ressources a été conçu dans le but de vous aider à gérer et à développer vos affaires. Il vous donne accès à des formulaires et à du matériel promotionnel afin que vous puissiez soutenir vos activités d'assurance collective auprès de RBC Assurances.

Portail en ligne des conseillers

Un site Web sécurisé qui vous donne accès à des renseignements importants pour vous aider à gérer vos affaires et à vous donner :

- accès aux livrets des employés ;
- la capacité de créer et de consulter des rapports sur les résultats techniques ;
- la capacité de consulter des relevés de facturation.



Section 3 – Sommaire du produit

Conçues dans le but de répondre aux besoins particuliers et en constante évolution des entreprises canadiennes, les Solutions d'assurance collective RBC Assurances offrent une gamme complète de produits et services pour vos clients.

- Assurance vie – assurance temporaire de base et facultative pour les employés et leurs personnes à charge
- Assurance décès et mutilation accidentels (DMA) – versement d'une somme forfaitaire en cas de décès ou de blessure d'origine accidentelle
- Assurance invalidité de courte durée (ICD)
- Recommandation de paiement – Invalidité de courte durée – option d'assurance invalidité de courte durée fondée sur le principe de la rémunération à l'acte
- Assurance invalidité de longue durée (ILD)
- Établissement standard garanti (ESG)
- Assurance maladies graves (MG)
- Assurance maladie complémentaire (AMC) – couvre notamment les médicaments d'ordonnance, les fournitures et services médicaux, de même que les urgences médicales en voyage en dehors de la province ou du pays.
- Programme de soins dentaires – couvre notamment les soins de base, les soins de restauration majeure et les traitements orthodontiques.
- Coût Plus – programme de paiement à l'acte offert avec tous les régimes d'assurance maladie et soins dentaires, conçu pour couvrir les frais de soins médicaux et dentaires que le contrat d'assurance collective ne couvre pas.
- Compte crédit santé (CCS) – garantie facultative qui permet d'améliorer l'assurance des employés et de contenir les coûts du promoteur de régime.
- Compte crédit bien-être – garantie facultative qui aide les employés à payer diverses dépenses liées à la santé et au bien-être.

Avantages à valeur ajoutée

- Programme d'aide aux employés Travail/Vie privée – programme d'aide aux employés et à leur famille
- SoinsPlus – services étendus en santé mentale
- Services médicaux spécialisés – les services fournis par l'entremise de Teladoc comprennent la possibilité d'obtenir un deuxième avis d'un expert au sujet d'un diagnostic médical, de l'aide pour trouver les meilleurs spécialistes, de l'aide pour s'y retrouver dans le système de santé et des programmes spécialisés comme le programme de soins de soutien aux aidants, soins de la ménopause et gestion du poids.
- Programme Bien-être RBC Assurances – plateforme numérique conçue pour favoriser le bien-être des employés.
- Soins primaires virtuels Maple – accès en ligne instantané à des omnipraticiens canadiens.
- Centre de soutien des ressources humaines RBC Assurances – meilleures pratiques, conseils, grilles, listes de vérification des RH et plus encore.
- Remises sur les soins de la vue – économies sur les articles de lunetterie et sur la chirurgie oculaire au laser.



Section 4 – Directives de tarification/renseignements généraux

Admissibilité

- Nous offrons des régimes d'avantages sociaux à des groupes comptant tout juste 10 employés.
- Les employés permanents ou à temps partiel qui travaillent au moins 20 heures par semaine.
- Nous pourrions considérer les employés contractuels (canadiens ou étrangers).
- Les employés qui résident au Canada et sont couverts par un régime provincial d'assurance maladie ou qui ont une couverture équivalente.
- Sous réserve des exigences de tarification, les employés qui travaillent à temps partiel peuvent bénéficier de certaines garanties.

Types d'entreprise à envisager pour un régime d'assurance collective :

- Entreprises financièrement stables en exploitation depuis au moins six mois (un an dans le cas de l'assurance invalidité).
- Entreprises qui s'engagent au succès à long terme du régime d'avantages sociaux de leurs employés et qui sont disposées à en assumer 25 % ou plus du coût global.
- Entreprises ayant un faible roulement de personnel.

Taille du groupe	Participation minimale requise
10 ou plus	Lorsque l'entreprise prend en charge la totalité des coûts du régime 100 %
	Lorsque l'entreprise et les employés partagent à parts égales les coûts du régime 75 %

Les employés doivent participer à toutes les garanties auxquelles ils sont admissibles. Cependant, les employés peuvent renoncer aux assurances maladie et soins dentaires s'ils sont couverts au titre du régime de leur conjoint.

Facteurs rendant souvent une entreprise inadmissible à une partie ou à la totalité des garanties :

- Antécédents de règlements élevés d'assurance invalidité ou maladie.
- Ne fait pas partie d'une catégorie d'industrie admissible (veuillez consulter le tableau suivant pour des exemples d'industries qui ne sont généralement pas admissibles à une couverture d'assurance).

Entreprises généralement admissibles à AUCUNE assurance collective	Entreprises admissibles à l'assurance collective, mais généralement non admissibles à l'assurance invalidité
■ Chasse et trappe ■ Fabrication : – Exploitation forestière et scieries – Explosifs ■ Transports et services publics : – Transport et courrier aériens ■ Services de police, d'incendie, correctionnels	■ Aménagement paysager et jardinage ■ Toitures ■ Fabrication : ■ Transports et services publics : – Transport ferroviaire – Transport en commun local et interurbain – Services d'autobus – Services de taxi – Pipelines – Égouts et détritux ■ Concessionnaires de véhicules automobiles ■ Restaurants ■ Services : – Salons de beauté et de coiffure – Lutte antiparasitaire – Services de nettoyage des immeubles – Amusement et divertissement ■ Services d'éducation sanitaire et sociaux : – Hôpitaux – Soins infirmiers et personnels – Garde d'enfants – Services de formation et de réadaptation professionnels ■ Associations mutuelles

Section 5 – Administration et services en ligne

Services en ligne à l'intention de l'administrateur de régime

Le portail Administration en ligne RBC est un site Web sécurisé ; il permet aux administrateurs de régime de gérer de façon pratique leur régime d'avantages sociaux RBC Assurances. Les administrateurs de régime peuvent :

- mettre à jour les dossiers des employés en ajoutant, supprimant ou modifiant des renseignements touchant les employés ;
- accéder aux livrets et formulaires destinés aux employés ;
- créer et consulter des relevés sur les résultats techniques ;
- consulter des relevés de facturation, des sommaires des membres du régime et des renseignements sur les employés ;
- gérer les événements d'autoadhésion des employés.

Services en ligne à l'intention des membres du régime

Nous encourageons les membres du régime à gérer leur régime d'assurance maladie et soins dentaires dans le portail RBC Assurances en ligne à l'intention des membres du régime. Ce service offre aux membres du régime un accès immédiat à des renseignements importants comme la date à laquelle ils auront droit à leur prochaine paire de lunettes ou des détails concernant les remboursements réclamés.

Voici ce que les membres du régime peuvent faire dans le portail RBC Assurances en ligne :

- Consulter et imprimer leur carte d'identification
- Consulter les critères d'admissibilité aux garanties
- Consulter et mettre à jour leur profil*
- Consulter le livret d'assurance (s'il y a lieu)*
- Imprimer des formulaires de règlement personnalisés d'assurances maladie et soins dentaires

- Accéder aux renseignements sur les demandes de règlement d'assurances maladie et soins dentaires
- Consulter les relevés de règlement d'assurances maladie et soins dentaires
- Accéder à leur compte crédit santé (le cas échéant)
- Configurer l'option de dépôt direct*
- Soumettre et gérer leurs demandes de règlement d'assurance maladie (y compris pour le compte crédit santé), médicaments, soins dentaires et voyage.
- Faire une recherche dans leur historique de demandes de règlement pour consulter les demandes de règlement récemment présentées et antérieurement traitées
- Accéder aux services de santé et de bien-être ainsi qu'à des remises, y compris le programme Bien-être

Veuillez noter qu'une fois le dépôt direct mis en place, les paiements relatifs aux demandes de règlement d'assurances maladie et soins dentaires seront effectués directement dans le compte bancaire que le membre du régime a choisi. Les relevés ne seront plus envoyés par la poste au membre du régime, mais pourront être consultés en ligne.

* Ces caractéristiques sont exclusives à la plateforme de services en ligne aux membres du régime.

Appli Mes assurances

Les membres du régime peuvent accéder à l'assurance maladie collective offerte par leur employeur grâce à l'appli Mes assurances RBC Assurances où qu'ils soient et dès qu'ils en ont besoin.

L'appli Mes assurances RBC Assurances offre aux membres du régime un accès rapide, facile et sécuritaire à leur assurance maladie collective.

Voici ce que les membres du régime peuvent faire dans l'appli Mes assurances :

- Consulter leur carte d'identification sur leur téléphone.
- Soumettre et gérer leurs demandes de règlement d'assurance maladie (y compris pour le compte crédit santé), médicaments, soins dentaires et voyage.
- Consulter les critères d'admissibilité aux garanties.
- Accéder aux renseignements sur les demandes de règlement d'assurances maladie et soins dentaires.
- Trouver une pharmacie ou un fournisseur de soins de santé approuvés par RBC Assurances près de chez eux.
- Faire une recherche dans leur historique de demandes de règlement pour consulter les demandes de règlement récemment présentées et antérieurement traitées.
- Afficher les alertes sur des demandes de règlement en cours de vérification.

- Consulter le solde de leur compte crédit santé.
- Accéder aux services de santé et de bien-être ainsi qu'à des remises, y compris le programme Bien-être.
- Accéder aux conseils et avertissements aux voyageurs du gouvernement du Canada.

Espace tutoriel RBC Assurances

Nous nous engageons à offrir des solutions et des conseils numériques faciles à utiliser pour assurer le bien-être physique, mental et financier de nos clients. Nos clients et leurs employés ont accès à une gamme croissante de fonctionnalités numériques qu'ils peuvent utiliser pour gérer sans effort les demandes de règlement et accéder à nos services spécialisés.

Les démonstrations sont interactives ; elles permettent aux clients d'apprendre à leur propre rythme ce qu'ils peuvent faire pour profiter de tous les avantages et services inclus dans leur régime d'assurance collective.

Les démonstrations sont accessibles à partir de [l'Espace tutoriel RBC Assurances](#).



Section 6 – Renseignements sur les demandes de règlement

Options de présentation des demandes de règlement par les membres du régime

RBC Assurances évalue les demandes de règlement en fonction des renseignements fournis sur le formulaire de demande de règlement et les documents justificatifs. Il est important que nos dossiers soient à jour de manière à ce que les renseignements qui nous parviennent au sujet des membres du régime concordent avec nos données.

Veuillez demander aux membres du régime de remplir les formulaires en entier et de nous les faire parvenir dans les délais indiqués dans le contrat.

RBC Assurances doit recevoir toutes les demandes de règlement dans les 12 mois suivant la date de début de l'invalidité ou d'engagement des frais médicaux et soins dentaires admissibles.

Nous proposons plusieurs options pour présenter les demandes de règlement afin de rendre le processus aussi efficace et pratique que possible.

Présentation des demandes de règlement en ligne

Les membres du régime peuvent présenter une demande de règlement au titre des assurances maladie (y compris pour le compte crédit santé), médicaments, soins dentaires et voyage en ligne en tout temps dans le portail RBC Assurances en ligne ou l'appli Mes assurances RBC Assurances.

Le fournisseur de services peut également présenter des demandes de règlement au nom du membre du régime.

Présentation des demandes de règlement sur papier

Toute demande de règlement au titre des assurances maladie et soins dentaires sur papier doit être soumise avec le formulaire de demande de règlement dûment rempli, le reçu de paiement original et les documents justificatifs, comme une recommandation médicale ou l'ordonnance d'un médecin. Aucune copie ne sera acceptée.

Les membres du régime peuvent envoyer leurs demandes de règlement sur papier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

Toutes les demandes de règlement d'assurances vie et invalidité présentées sur papier doivent être soumises au moyen d'un formulaire dûment rempli, accompagné des documents justificatifs.

Les membres du régime peuvent envoyer leurs demandes de règlement sur papier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

Frais médicaux d'urgence hors de la province ou du pays

Pour présenter une demande de règlement d'assurance pour des soins médicaux d'urgence hors de la province ou du pays, les membres du régime doivent se rendre sur le site rbcassurances.com/membreduregime afin d'obtenir le formulaire de demande de règlement et la marche à suivre pour présenter une demande de règlement.

Formulaires de demande de règlement

Pour accéder à certains formulaires standards, les membres du régime peuvent parcourir le site rbcassurances.com/membreduregime. Aucun code d'utilisateur ou mot de passe n'est nécessaire.

Il est possible d'obtenir des formulaires personnalisés de demande de règlement des frais médicaux et dentaires en accédant au portail RBC Assurances en ligne des membres du régime.

Toutes les questions ou demandes de renseignements concernant les demandes de règlement d'assurance maladies graves doivent être adressées à Allstate Benefits : par téléphone au **1 844 436-1105** ou, par courriel à l'adresse **RBCI_CI_Claims@allstatevoluntary.ca**.

Section 7 – Renseignements sur les produits

Produits obligatoires et produits facultatifs

Le tableau ci-dessous fait état des garanties obligatoires et facultatives offertes en fonction de la taille du groupe.

Taille du groupe	Garanties obligatoires	Garanties facultatives
De 10 à 35 assurés	Assurance vie et AMC (à moins que le compte crédit santé soit sélectionné, sauf pour les résidents du Québec**)	■ Assurance décès et mutilation accidentels ■ Assurance vie des personnes à charge ■ Assurance vie facultative ■ Assurance invalidité de courte durée ■ Assurance invalidité de longue durée ■ Assurance soins dentaires ■ Compte crédit santé ■ Assurance maladies graves
36 assurés et plus	Assurance vie et AMC (à moins que le compte crédit santé soit sélectionné, sauf pour les résidents du Québec**)	■ Assurance décès et mutilation accidentels ■ Assurance vie des personnes à charge ■ Assurance vie facultative ■ Assurance invalidité de courte durée ■ Assurance invalidité de longue durée ■ Assurance soins dentaires ■ Compte crédit santé ■ Service Recommandation de paiement – Invalidité de courte durée – 25 assurés et plus ■ Assurance maladies graves

** Cette option n'est pas offerte aux résidents du Québec. Au Québec, le compte crédit santé ne peut pas être offert sans l'AMC.

Les garanties AMC et soins dentaires sont offertes aux retraités aux conditions suivantes :

- Le groupe doit compter au moins 36 employés (10 employés, pour les groupes dont nous prenons en charge l'assurance et qui couvre les retraités).
- Le nombre de retraités au moment de la soumission ne doit pas dépasser 15 % du nombre total d'employés assurés pour les garanties AMC et soins dentaires.

Assurance vie

Assurance vie de base des employés

Caractéristiques	De 10 à 35 assurés	36 assurés et plus
Montant de la prestation	Montant fixe ou 1, 2, 3, 4 ou 5 fois la rémunération Ou Montants fixes par tranche de 5 000 \$	
Montant de la prestation minimale	25 000 \$ (groupes de toutes tailles)	
Montant maximal offert	Jusqu'à concurrence de 820 000 \$	Jusqu'à concurrence de 1 200 000 \$
Calendrier de réduction	65 ans : réduction de 50 % 70 ans : nouvelle réduction ramenant l'assurance à un montant fixe de 10 000 \$	

Le maximum sans preuve d'assurabilité varie en fonction des garanties et de la taille du groupe

Nombre d'employés	Maximum sans preuve d'assurabilité*
De 11 à 19	De 150 000 \$ à 320 000 \$
20 et plus	185 000 \$ et plus

*Possibilité de maintenir les montants assurés actuels, sous réserve de l'approbation de la Tarification

Autres caractéristiques et options

- L'exonération des primes est offerte jusqu'à l'âge de 65 ans. L'exonération des primes applicables à cette garantie est accordée lorsqu'un employé devient invalide, sous réserve de l'approbation.
- Prestation d'invalidité en cas de maladie en phase terminale – Offerte lorsque l'employé est atteint d'une maladie en phase terminale et que son espérance de vie maximale est de 12 mois, selon les pronostics médicaux.
 - Le montant de la prestation correspondra au moindre des montants suivants : 50 % du montant combiné d'assurance vie collective du membre du régime ou 100 000 \$, payable une fois la vie durant de l'employé.
- L'assurance des retraités est offerte aux groupes de 36 employés et plus (10 employés, pour les groupes ayant déjà une couverture).

Assurance vie des personnes à charge

Caractéristiques	De 10 à 35 assurés	36 assurés et plus
Montant de la prestation	Conjoint – de 5 000 \$ à 25 000 \$ (par tranche de 5 000 \$)	
Le montant du conjoint ne peut être supérieur à celui de l'employé	Enfant – 50 % du montant du conjoint	

Assurance vie facultative

- L'assurance vie facultative pour employé, conjoint ou enfant est offerte aux groupes de 10 assurés et plus

Assurance décès et mutilation accidentels

- Même que pour l'assurance vie de base des employés

Autres avantages

- Prestation d'études
- Prestation pour frais de garderie
- Exposition aux éléments et disparition
- Transport d'un membre de la famille
- Frais funéraires
- Aménagement d'un logement et transformation d'un véhicule
- Indemnité d'hospitalisation
- Physiothérapie
- Rapatriement et identification
- Ceinture de sécurité et coussin gonflable
- Formation professionnelle du conjoint

Invalidité

Assurance invalidité de courte durée

Caractéristiques	De 10 à 35 assurés	36 assurés et plus
Montant de la prestation Les montants d'assurance excédant 66,67 % sont imposables	60 %, 66,67 %, 70 % ou 75 % de la rémunération hebdomadaire. Montants fixes : de 125 \$ à 750 \$ par semaine. Possibilité de calculer la prestation en fonction de 2 ou 3 tranches de rémunération.	
Montant maximal offert	De 500 \$ à 1 500 \$ par semaine, ou	De 500 \$ à 2 000 \$ par semaine, ou
	Maximum de l'assurance emploi (A-E)	
Période d'indemnisation	15, 16, 17 ou 26 semaines	
Définition d'invalidité	Invalidité résiduelle ou totale	
Option 1^{er} jour d'hospitalisation	Le versement des prestations commence dès le premier jour d'hospitalisation du membre ; comprend la chirurgie ambulatoire.	
Cessation de la couverture	Au départ à la retraite ou à 65 ans, 70 ans, 75 ans, 80 ans ou 85 ans, la date la plus rapprochée étant retenue	
Délai de carence	0 jour en cas de blessure ; 7 jours en cas de maladie	Toute période allant de 0 à 119 jours en cas de blessure, et de 3 à 119 jours en cas de maladie
	14 jours en cas de blessure ; 14 jours en cas de maladie	

Caractéristiques additionnelles

- Aucune preuve d'assurabilité à fournir.

Recommandation de paiement – (RDP) Invalidité de courte durée

- Garantie facultative pour les groupes de plus de 25 assurés et doivent avoir l'assurance ILD.
- Le service Recommandation de paiement (RDP) est conçu pour les employeurs qui préfèrent financer eux-mêmes les absences de courte durée de leurs employés.
- RBC Assurances fournit des conseils à l'employeur pour l'aider à déterminer si un membre du régime qui est absent pendant une courte période devrait être payé et, si c'est le cas, pendant combien de temps.
- Le coût applicable à ce service est un coût fixe par règlement, plus les frais de règlement directs (par exemple les rapports médicaux indépendants et les frais de réadaptation).

Assurance invalidité de longue durée (ILD)

Chef de file reconnu du secteur des garanties d'assurance invalidité, RBC Assurances offre davantage de choix et de souplesse que de nombreux autres assureurs. Par exemple, vous pouvez offrir à vos clients un choix de trois options d'assurance invalidité. Les groupes ayant des besoins d'assurance invalidité de base peuvent choisir un forfait concurrentiel fondé sur une définition d'invalidité « totale » ou « partielle ». Nous offrons également une définition

d'invalidité d'invalidité résiduelle qui permet de gérer avec plus de souplesse l'invalidité d'un employé pendant le délai de carence, ce que la plupart des autres assureurs n'offrent actuellement pas de façon standard.

Enfin, en faisant affaire avec RBC Assurances, vous pouvez offrir à vos clients notre produit Établissement standard garanti (ESG), un produit incomparable qui offre une solution économique pour les salariés à revenu élevé et les cadres.

Caractéristiques	De 10 à 35 assurés	36 assurés et plus
Montant de la prestation	60 %, 66,67 %, 70 % ou 75 % de la rémunération mensuelle	De 40 % à 75 % de la rémunération mensuelle
	Possibilité de calculer la prestation en fonction de 2 ou 3 tranches de rémunération	
	Montants fixes de 1 500 \$ à 5 000 \$ (36 assurés et plus)	
Prestation minimale payable	100 \$ (montant de la prestation payable, indépendamment de toute coordination des prestations)	
Montant maximal offert	De 2 500 \$ à 11 000 \$, par tranche de 500 \$	De 2 500 \$ à 12 000 \$, par tranche de 500 \$
Période maximale d'indemnisation	2, 3, 5 ou 10 ans ou jusqu'à 65 ou 70 ans [†] († Pour les groupes de 36 assurés et plus)	
Délai de carence	90*, 105, 112, 119, 120, 150, or 180, 189, 270*, 365* jours *36+ assurés et plus	
Période axée sur l'exercice de la propre profession	Standard – période visant la propre profession pendant 2 ans, puis toute profession rémunérée, jusqu'à la fin de la période d'indemnisation	
Définition d'invalidité	Invalidité résiduelle, partielle ou totale	
Exonération des primes	Les primes sont exonérées pendant la période de versement des prestations d'invalidité.	

Le maximum sans preuve d'assurabilité varie en fonction des garanties et de la taille du groupe.

Nombre d'employés	Maximum sans preuve d'assurabilité*
10 à 19	De 3 500 \$ à 11 500 \$
20 et plus	De 4 100 \$ à 15 000 \$

Autres caractéristiques et options

- Le droit de transformation de la police est offert aux membres du régime lorsque leur emploi prend fin. Option offerte aux groupes de 10 assurés et plus.
- La garantie de réadaptation et d'aide au retour au travail est offerte aux groupes de 10 assurés et plus.
- La garantie de frais pour soins aux personnes à charge couvre les frais engagés pour fournir des soins personnels à une personne à charge ; elle est offerte aux groupes de 10 assurés et plus.
- La garantie de rajustement de vie chère (RVC) et le report du rajustement de vie chère sont offerts aux groupes de 10 assurés et plus.

*Possibilité de maintenir les montants assurés actuels, sous réserve de l'approbation par la Tarification.

Offres spécialisées en matière d'assurance invalidité

En plus d'une offre concurrentielle au chapitre des définitions d'invalidité normalement offertes au sein de l'industrie, RBC Assurances est en mesure d'offrir des définitions d'invalidité rehaussées dans son contrat d'assurance ILD de base ainsi que la possibilité pour les cadres et autres salariés à revenu élevé d'opter pour une protection spécialisée grâce à son exceptionnel produit Établissement standard garanti (ESG). Notre assurance ILD collective présente les caractéristiques suivantes :

- La définition d'invalidité résiduelle permet aux membres du régime de travailler pendant une période limitée tout en accumulant les journées d'absence au travail aux fins de la satisfaction du délai de carence.
- Les définitions d'invalidité résiduelle et partielle encouragent les membres du régime à reprendre le travail après une blessure ou une maladie.
- La garantie en cas d'invalidité du conjoint prévoit le versement de prestations d'invalidité de 1 000 \$ par mois, pour une période combinée à vie de deux ans, dans l'éventualité de l'invalidité du conjoint.
- Le service Ergonomie du lieu de travail fournit aux employeurs une évaluation ergonomique sur place pour les employés qui éprouvent des difficultés à travailler au bureau en raison d'une configuration inadéquate des postes de travail.
- La prestation de survivant est versée à un survivant admissible si l'employé décède pendant qu'il touche des prestations d'invalidité.

Établissement standard garanti (ESG)

Il arrive que l'assurance ILD collective ne puisse pas offrir à elle seule toute la protection dont les cadres pourraient avoir besoin en cas d'invalidité. Le programme Établissement standard garanti (ESG) de RBC Assurances permet d'offrir une combinaison exceptionnelle des produits d'assurance collective et individuelle de RBC Assurances.

Le programme d'assurance ESG de RBC Assurances vous permet de vous démarquer au sein du secteur par une offre unique grâce à laquelle vous pourrez :

- développer de nouvelles occasions d'affaires avec vos clients existants.
- offrir des solutions plus complètes à vos clients.
- améliorer votre capacité à attirer de nouveaux clients.
- créer de nouvelles occasions de vente grâce à l'option de transfert de la police.

La garantie ESG de RBC Assurances est offerte uniquement dans le cadre des offres d'assurance ILD autonome.

Assurance invalidité de longue durée jusqu'à 70 ans

Couverture jusqu'à 70 ans avec 3 options de période d'indemnisation :

- Jusqu'à 65 ans avec période d'indemnisation de 5 ans jusqu'à 70 ans

- Jusqu'à 65 ans avec période d'indemnisation de 2 ans jusqu'à 70 ans
- Jusqu'à 65 ans avec échelle d'indemnisation dégressive jusqu'à 70 ans

Le tableau ci-dessous indique les trois options de période d'indemnisation ILD offertes.

Structure du régime avec indemnisation de 5 ans jusqu'à 70 ans

Âge au début de l'invalidité	Période d'indemnisation
Moins de 60 ans	Couverture jusqu'à 65 ans
De 60 à 64 ans	Période d'indemnisation de 5 ans (jusqu'à 70 ans max.)
De 65 à 69 ans	Jusqu'à 70 ans (période min. de 12 mois)

Structure du régime avec indemnisation de 2 ans jusqu'à 70 ans

Âge au début de l'invalidité	Période d'indemnisation
Moins de 60 ans	Couverture jusqu'à 65 ans
De 60 à 64 ans	Jusqu'à 65 ans (période min. de 2 ans)
De 65 à 69 ans	Période de 2 ans (jusqu'à 70 ans max.)
69 ans	Période de 12 mois

Structure du régime avec indemnisation dégressive jusqu'à 70 ans

Âge au début de l'invalidité	Période d'indemnisation
Moins de 60 ans	Jusqu'à 65 ans
60 ans	60 mois
61 ans	48 mois
62 ans	42 mois
63 ans	36 mois
64 ans	30 mois
65 ans	24 mois
66 ans	21 mois
67 ans	18 mois
68 ans	15 mois
69 ans	12 mois

Assurance maladies graves*

Assurance maladies graves (MG) de base de l'employé

Caractéristiques	De 10 à 35 assurés	36 assurés et plus
Type de régime	Essentiel – 9 maladies couvertes (voir ci-dessous) Complet – 19 maladies couvertes (voir ci-dessous)	
Montant de l'indemnité : peut varier selon la catégorie Applicable aux groupes de toute taille	Maladies par graves – Personne seule : Employé (par tranches de 1 000 \$) Min. : 5 000 \$ Max. : 200 000 \$ Enfant* : 50 % du montant de l'employé * La couverture pour enfant est automatique une fois que l'employé est inscrit – aucune modification de taux Maladies graves – Famille : - Toutes les indemnités offertes en vertu de la catégorie Maladies graves – Personne seule et - Conjoint* : 50 % du montant de l'employé * La couverture du conjoint est facultative ; elle peut être ajoutée à la police de Solutions d'assurance collective à participation obligatoire, moyennant certains frais.	
*Possibilité de maintenir les montants sans preuve d'assurabilité actuels pour l'employé, son conjoint et les enfants, sous réserve de l'approbation de la Tarification.	Maximum sans preuve d'assurabilité : 75 000 \$ Une preuve d'assurabilité est requise pour toute couverture supérieure à 75 000 \$.	
Délai de carence	Il n'y a aucun délai de carence ; l'indemnité est versée une fois le diagnostic reçu.	
Période de survie	Aucune période de survie. Si l'assuré reçoit un diagnostic d'une maladie grave couverte et décède des suites de cette maladie, l'indemnité est versée aux bénéficiaires ou à la succession au reçu du diagnostic. Il n'a pas besoin de survivre à la maladie grave pour toucher l'indemnité.	
Exonération des primes – Délai de carence et définition d'invalidité Devrait correspondre à l'exonération des primes de l'assurance vie	L'exonération des primes est offerte pour les deux premières années d'invalidité. - Lorsqu'un employé devient invalide aux termes de la police d'assurance, le paiement des primes d'assurance maladies graves (y compris celles de la couverture du conjoint) est suspendu. - Le paiement des primes doit reprendre après la période de deux ans, sans quoi l'assurance sera résiliée. - L'exonération des primes ne s'applique qu'à l'employé. Si le conjoint ou une personne à charge devient invalide, le paiement de la prime ne sera pas suspendu. Standard : - Délai de carence (DC) – 120 jours - Définition d'invalidité : - Profession habituelle pendant 2 ans/invalidité totale Options : Délai de carence (DC) : 112, 119, 120 et 180 jours - Définition d'invalidité : 1. Profession habituelle pendant 2 ans/invalidité totale 2. Profession habituelle pendant 2 ans/invalidité partielle 3. Toute profession/invalidité totale 4. Toute profession/invalidité partielle Si le groupe a souscrit l'assurance ILD auprès de RBC Assurances, le délai de carence doit être d'une durée égale ou supérieure à celle de l'assurance ILD. - Les options se rapportant à la définition d'invalidité partielle sont offertes uniquement avec les régimes offrant l'assurance ILD partielle ou résiduelle. Si le groupe n'a pas souscrit l'assurance ILD auprès de RBC Assurances, seule l'option Invalidité totale est offerte.	

* L'assurance maladies graves est souscrite par Allstate du Canada, compagnie d'assurance (« Allstate Benefits ») et distribuée par la Compagnie d'assurance vie RBC. Les demandes de règlement au titre du régime collectif d'assurance maladies graves sont administrées et payées par Allstate Benefits.

Caractéristiques	De 10 à 35 assurés	36 assurés et plus
Exclusion - Affection préexistante	Il n'y a pas d'exclusion relative à une affection préexistante.	
Âge de résiliation de l'assurance	Maladies graves – Personne seule : ■ Au départ à la retraite ou à l'âge prescrit (entre 65 et 80 ans), la date la plus rapprochée étant retenue ; OU ■ Au départ à la retraite (sans âge prescrit) Nota : L'âge de résiliation ne doit pas être supérieur à l'âge de résiliation applicable à l'assurance vie. Maladies graves – Famille : La couverture du conjoint prend fin à la première des éventualités suivantes : ■ l'assurance de l'employé prend fin ; ■ le conjoint atteint l'âge de soixante-dix (70) ans ; ■ l'employé décède ; ■ un jugement définitif de divorce est rendu, sauf si les dispositions du divorce ou l'ordonnance du tribunal prévoient le maintien de la couverture de l'ex-conjoint.	
Calendrier de réduction	■ Réduction de 50 % à l'âge prescrit (se situant entre 65 et 75 ans) ; OU ■ Aucune réduction ne s'applique à la couverture de l'employé, du conjoint et des enfants. ■ La réduction de la garantie d'assurance maladies graves – couverture familiale suit l'âge de l'assuré et non celui du conjoint. Exemple : ■ Si l'assuré atteint l'âge prescrit pour la réduction, mais que son conjoint ne l'atteint pas, la réduction de 50 % est appliquée à la garantie Maladies graves – Famille. ■ Si l'assuré n'a pas encore atteint l'âge prescrit pour la réduction et que le conjoint a moins de 65 ans, la réduction de 50 % de la garantie Maladies graves – Famille ne s'applique pas	
Transférabilité	■ Les membres du régime peuvent conserver l'assurance s'ils quittent le régime collectif, sans preuve d'assurabilité. Cette couverture est également offerte aux personnes à charge admissibles qui étaient assurées aux termes de la police.	

Avenants et garanties complémentaires offerts :

Indemnité de maladie grave au deuxième sinistre

1. Cette garantie permet de recevoir l'intégralité de l'indemnité de maladie grave de base déjà versée.
2. L'assuré doit recevoir un diagnostic de la même maladie plus de 12 mois après la date du diagnostic d'origine et ne recevoir aucun traitement pendant cette période de 12 mois

Avenant d'assurance pour deuxième évaluation

1. **Deuxième consultation :** versement de 1 000 \$ pour la consultation d'un autre médecin

Indemnité de transport non local : voyage aller-retour en avion de 500 \$ ou 0,30 \$ par kilomètre, jusqu'à concurrence de 1 500 kilomètres

2. limite de 5 000 \$ par période de 12 mois

3. Hébergement pour services en consultation externe :

indemnité pour hébergement de 100 \$ par jour pour une chambre individuelle

- Limite de 1 000 \$ par période de 12 mois
- Le traitement doit être reçu dans un établissement situé à plus de 125 kilomètres de la résidence de la personne assurée

4. Hébergement et transport de la famille :

- Indemnité pour hébergement de 100 \$ par jour pour une chambre individuelle
- limite de 1 000 \$ par période de 12 mois
- Voyage aller-retour en avion de 500 \$ ou 0,30 \$ par kilomètre, jusqu'à concurrence de 1 500 kilomètres.
- limite de 5 000 \$ par période de 12 mois

Tableau des indemnités et des maladies couvertes

Régime essentiel	Montant de l'indemnité de base	Régime complet	Montant de l'indemnité de base
Crise cardiaque	100 %	Crise cardiaque	100 %
Accident vasculaire cérébral	100 %	Accident vasculaire cérébral	100 %
Insuffisance d'organe vital (personne ayant subi une greffe ou en attente d'une greffe)	100 %	Insuffisance d'organe vital (personne ayant subi une greffe ou en attente d'une greffe)	100 %
Insuffisance rénale	100 %	Insuffisance rénale	100 %
Carcinome in situ	25 %	Carcinome in situ	25 %
Cancer envahissant	100 %	Cancer envahissant	100 %
Maladie d'Alzheimer	100 %	Maladie d'Alzheimer	100 %
Maladie de Parkinson	100 %	Maladie de Parkinson	100 %
Sclérose latérale amyotrophique (SLA)	100 %	Sclérose latérale amyotrophique (SLA)	100 %
		Pontage aortocoronarien	100 %
		Sclérose en plaques	100 %
		Paralysie	100 %
		Surdité	100 %
		Cécité	100 %
		Chirurgie de l'aorte	100 %
		Tumeur cérébrale bénigne	100 %
		Coma	100 %
		Brûlures graves	100 %
		Perte de l'usage de la parole	100 %

Assurance maladie complémentaire (AMC)

Assurance médicaments – Obligatoire (doit être comprise avec tous les régimes avec AMC)

MINIMUM : 10 assurés

Caractéristiques	
Méthode de remboursement	Carte-médicaments à remboursement direct, remboursement papier, remboursement différé (option principalement utilisée au Québec seulement)
Type de liste de médicaments	Liste de médicaments préférentielle (liste standard de RBC Assurances) Liste de médicaments préférentielle plus (comprends les médicaments en vente libre) Liste de médicaments provinciale
Listes de médicaments à paliers	Structure du régime d'assurance médicaments à paliers avec pourcentages de remboursement différents pour : les médicaments sur la liste préférentielle, les médicaments qui ne sont pas sur la liste préférentielle et les médicaments de spécialité
Type de régime d'assurance médicaments	Médicament générique obligatoire, Substitution pour médicaments génériques, Médicament de marque déposée
Pourcentage de remboursement	De 50 % à 100 %, par tranche de 5 %
Franchise annuelle	Personne seule/famille : 0 \$, 25 \$/25 \$, 25 \$/50 \$, 50 \$/50 \$, 50 \$/100 \$, 100 \$/100 \$, 100 \$/200 \$, 150 \$/300 \$ ou 200 \$/300 \$ La franchise peut être distincte ou être combinée à celle de la garantie Fournitures et services médicaux.
Franchise par ordonnance	De 0 \$ à 10 \$, par tranche de 1 \$, ou d'une valeur égale aux frais d'exécution d'ordonnance
Plafond des frais d'exécution d'ordonnance	De 5 à 10 \$ par tranche de 0,50 \$ ou aucun plafond
Plafond des frais à la charge de l'assuré	Aucun, par ordonnance ou par année d'assurance
Montant maximal global pour les médicaments	500 \$, 1 000 \$, 1 500 \$, 2 000 \$, 2 500 \$, 3 000 \$, 3 500 \$, 5 000 \$, 10 000 \$, 15 000 \$ ou illimité par assuré par période d'assurance
Médicaments pour la gestion du poids	Couverture facultative Maximum annuel de 2 000 \$ ou de 5 000 \$
Maximum annuel de 2 000 \$ ou de 5 000 \$	Garantie facultative Médicaments pour, médicaments de sevrage tabagique, médicaments pour dysfonction sexuelle et inducteurs d'ovulation.
Médicaments pour la gestion du poids	Couverture facultative Maximum annuel de 2 000 \$ ou de 5 000 \$.
Vaccins préventifs	Garantie facultative Vaccins inclus : vaccins voyage standards et immunisation par vaccin spécialisé

Fournitures et services médicaux

Obligatoire (doit être comprise avec tous les régimes d'assurance maladie complémentaire)

Caractéristiques	
Remboursement	De 50 % à 100 %, par tranche de 5 %
Franchise annuelle	Personne seule/famille : 0 \$, 25 \$/25 \$, 25 \$/50 \$, 50 \$/50 \$, 50 \$/100 \$, 100 \$/100 \$, 100 \$/200 \$, 150 \$/300 \$ ou 200 \$/300 \$ La franchise peut être distincte ou combinée à celle de l'assurance médicaments.
Frais couverts :	
Examens de la vue	Examens de la vue de routine : 1 visite par période de 24 mois ; par période de 12 mois dans le cas des personnes à charge de moins de 18 ans.
Glucomètres	Jusqu'à concurrence de 4 000 \$ par année par assuré pour les moniteurs de glycémie en continu (MGC), récepteurs, transmetteurs, capteurs et fournitures Les récepteurs sont limités à une fois tous les trois ans
Soins infirmiers privés	Remboursement à 100 %, sans franchise, 10 000 \$ par année d'assurance ou 25 000 \$ pendant trois périodes d'assurance consécutives
Services ambulanciers	- Remboursement à 100 % ; sans franchise - Illimité - Services d'ambulance terrestre et aérienne couverts, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires
Prothèses mammaires	Prothèses mammaires nécessaires par suite d'une intervention chirurgicale, à concurrence de 200 \$ par assurée par période d'assurance.
Soutiens-gorges spéciaux	Soutiens-gorges spéciaux nécessaires par suite d'une intervention chirurgicale, à concurrence de deux soutiens-gorges par assurée par période d'assurance.
Viscosupplémentation	Viscosupplémentation pour arthrose de modérée à grave à concurrence de 500 \$ maximum par assuré par période d'assurance
Appareils auditifs	300 \$, 500 \$, 700 \$ (groupes de 36 assurés et plus) par période de cinq ans
Test de compatibilité médicamenteuse	- Le test de compatibilité médicamenteuse est couvert pour les assurés qui prennent des médicaments pour des problèmes de santé mentale. - L'admissibilité dépendra selon que l'assuré a pris ou non des médicaments appartenant à l'une des catégories mentionnées au cours des six mois précédant le test. 1 test à vie par assuré
Affirmation de genre	Actes médicaux de la garantie de base (standard) s'ils sont prescrits par un médecin ou un fournisseur de soins de santé qualifié, à concurrence d'un maximum viager de 5 000 \$ par assuré. Les actes médicaux comprennent les interventions chirurgicales de base qui aident à l'harmonisation physique du genre du membre du régime en transition. Actes médicaux de la garantie ciblée (facultative) s'ils sont prescrits par un médecin ou un fournisseur de soins de santé qualifié, à concurrence d'un maximum viager combiné (garantie de base et garantie ciblée) de 5 000 \$ par assuré. Les actes médicaux comprennent les modifications chirurgicales des traits du membre du régime afin que ceux-ci correspondent à son idéal de genre. - Pour que les frais admissibles soient remboursés, un professionnel de la santé, tel qu'un médecin ou un psychiatre, conformément aux règlements provinciaux, doit avoir posé un diagnostic de dysphorie de genre*.
Chaussures orthopédiques et orthèses sur mesure	Garantie facultative - Montants maximums pour les chaussures orthopédiques : de 50 \$ à 500 \$ (par tranche de 50 \$) - Maximums pour les orthèses : de 50 \$ à 350 \$ (par tranche de 50 \$) - Possibilité de combiner les montants maximums pour chaussures orthopédiques et orthèses.

Frais médicaux d'urgence en voyage hors de la province ou du pays – Garantie facultative

Caractéristiques	
Remboursement	100 %
Franchise	0 \$
Durée en jours	30, 60, 90, 120 et 180 jours
Maximums	Maximum viager illimité
Annulation et interruption de voyage (facultatif)	2 500 \$/annulation de voyage ; 5 000 \$ interruption de voyage

Services paramédicaux – Garantie facultative

Caractéristiques	
Remboursement	50 %, 55 %, 60 %, 65 %, 70 %, 75 %, 80 %, 85 %, 90 %, 95 % ou 100 %
Franchise	Combinée à celle pour les fournitures et services médicaux
Plafonds par certificat ou par personne	
Plafonds annuels	Plafonds en dollars : 200 \$, 250 \$, 300 \$, 350 \$, 400 \$, 500 \$, 600 \$, 700 \$, 750 \$, 800 \$, 900 \$, 1 000 \$, 1 250 \$, 1 500 \$, par praticien, par année Services de santé mentale : jusqu'à 5 000 \$ par année (praticiens combinés)
	Nombre maximal de visites : 5, 10, 12, 15, 20, 25, 30
Maximum par visite	25 \$, 35 \$, 40 \$, 50 \$, 60 \$, 70 \$, 80 \$, 90 \$, 100 \$, 125 \$, 150 \$, 175 \$, 200 \$, frais raisonnables et d'usage
Plafond annuel global	Remboursement à 100 %, sans franchise, 10 000 \$ par année d'assurance ou 25 000 \$ pendant trois périodes d'assurance consécutives au maximum
Praticiens paramédicaux couverts	Chiropraticiens, physiothérapeutes, podiatres et podologues, ergothérapeutes, naturopathes, ostéopathes, audiologistes, orthophonistes, diététistes, acupuncteurs, massothérapeute, thérapeute du sport, homéopathes, praticiens de la science chrétienne Services de santé mentale : évaluation psychologique, psychologue, travailleur social titulaire d'une maîtrise, psychothérapeute, conseiller, travailleur social, thérapeute ou analyste du comportement
Recommandation de médecin	À inclure ou à exclure

Hospitalisation – Garantie facultative

Caractéristiques	
Remboursement	100 %
Franchise	0 \$
Type de chambre	Chambre à un ou deux lits

Soins de la vue – Garantie facultative

Caractéristiques	
Remboursement	50 %, 55 %, 60 %, 65 %, 70 %, 75 %, 80 %, 85 %, 90 %, 95 %, ou 100 %
Franchise	0 \$
Maximum	■ Tous les 24 mois consécutifs à partir de la première demande de règlement pour les adultes ; 12 mois consécutifs à partir de la première demande de règlement pour les personnes à charge de moins de 18 ans (standard) ■ Tous les 12 ou 24 mois consécutifs à partir de la première demande de règlement pour les adultes et les personnes à charge
Frais couverts	■ Lentilles cornéennes ou lunettes prescrites par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé ■ Chirurgie de correction de la vue au laser, effectuée par un ophtalmologiste autorisé

Autres caractéristiques et options

- Prestation de survivant : prestation de 24 mois comprise.
- Assurance soins médicaux d'urgence hors de la province ou du pays – Options : 30 ou 60 jours.

Maximum à vie de 1 million de dollars, 25 000 \$, 50 000 \$, 75 000 \$,

100 000 \$ par demande de règlement ou à vie

Soins dentaires

Soins de base, soins préventifs et soins endodontiques et parodontiques – Garantie obligatoire (doit être adjointe à tous les régimes)

Caractéristiques	
Méthode de remboursement	De 50 % à 100 %, par tranche de 5 % Le pourcentage de remboursement peut varier pour les soins de base, préventifs, endodontiques et parodontiques (p. ex., 80 % Base et prév. ; 70 % Endod. et parod.).
Maximum annuel	500 \$, 750 \$, 1 000 \$, 1 250 \$, 1 500 \$, 2 000 \$, 2 500 \$, 3 000 \$ ou illimité
Examens de rappel	Tous les 6 mois pour les enfants ; tous les 6, 9 ou 12 mois pour les adultes
Unités de détartrage	De 6 à 16, par tranche de 2, par année d'assurance
Radiographies	■ Quatre radiographies interproximales par période de 12 mois ■ Une série complète de radiographies ou une radiographie panoramique par période de 36 mois ■ Quatre radiographies périapicales par période de 60 jours consécutifs ■ Deux radiographies occlusales par période de 12 mois consécutifs
Obturations	■ Obturations en amalgame (argent) ; obturations en matériau composite ou acrylique (blanc). ■ Obturations en matériau blanc couvertes sur toutes les dents.
Autre	■ Interventions chirurgicales de base (p. ex., extractions) ■ Service de prothèse dentaire ordinaire (p. ex., rebasage superficiel ou complet de prothèses dentaires, à concurrence d'un rebasage superficiel ou complet par période de 12 mois consécutifs par prothèse dentaire.) ■ Endodontie (traitement radiculaire) ■ Traitement périodontique (maladie des gencives)

Soins de restauration majeure – Garantie facultative. L'assurance soins dentaires de base doit être en place pour pouvoir ajouter la couverture des soins de restauration majeure.

Caractéristiques	
Méthode de remboursement	De 50 % à 80 %, par tranche de 5 %
Maximum annuel	500 \$, 750 \$, 1 000 \$, 1 500 \$, 2 000 \$ ou 2 500 \$ par année d'assurance. Le plafond pour les soins de base, les soins préventifs et les soins endodontiques et parodontiques peut être séparé ou combiné.

Services d'orthodontie – Garantie facultative. La couverture des soins de base et des soins de restauration majeure doit être en place pour pouvoir ajouter les services d'orthodontie.

Caractéristiques	
Remboursement	50 %
Maximum viager	Maximum viager : 500 \$, 1 000 \$, 1 500 \$, 2 000 \$, 2 500 \$, 3 000 \$, 4 000 \$ ou 5 000 \$
Frais couverts	Soins orthodontiques de base (p. ex., examens, radiographies, appareils, etc.)

Régime de soins de santé pour nouveaux arrivants (SSNA) de RBC Assurances.

Le régime de soins de santé pour nouveaux arrivants de RBC Assurances®, administré par Cowan Benefits Ltd, est un régime provincial de remplacement qui couvre les travailleurs étrangers temporaires et les nouveaux arrivants au Canada qui ne sont pas encore couverts par l'assurance maladie provinciale. Nous vous rappelons que, pour être admissibles aux avantages sociaux de leur employeur, les travailleurs étrangers ou les nouveaux arrivants doivent détenir un permis de travail valide et être couverts par une assurance maladie provinciale ou par un régime provincial de remplacement en vigueur.

Qui est admissible ?

Les membres du régime de moins de 75 ans et leurs personnes à charge. Les travailleurs étrangers temporaires et les nouveaux arrivants qui attendent d'être couverts par un régime d'assurance maladie de l'État (RAME) ou les Canadiens qui reviennent de l'étranger et doivent observer une période d'attente pour être de nouveau admissibles à la couverture du RAME.

Autres caractéristiques et options

- Prestation de survivant : prestation 24 mois comprise.
- L'assurance des retraités est offerte aux groupes de 36 employés et plus (10 employés, pour les groupes qui ont déjà une assurance en vigueur).

Compte crédit santé

Le compte crédit santé (CCS) est un moyen simple pour un employeur d'offrir à ses employés des choix et des options libre service en matière d'assurances maladie et soins dentaires. Les employeurs affectent des crédits au compte crédit santé de chacun des employés tous les ans.

Les employés peuvent utiliser ces crédits au besoin pour régler des frais médicaux admissibles qui ne sont pas pris en charge par le régime provincial d'assurance maladie ni par le régime d'avantages sociaux de leur employeur.

Que couvre cette assurance ?

Le régime SSNA offre une couverture des soins médicaux et hospitaliers de base aux membres du régime et à leurs personnes à charge admissibles. Cela comprend les honoraires d'un médecin, les examens de la vue, les examens de laboratoire diagnostique ou de radiologie, les services ambulanciers et paramédicaux (ostéopathe, podiatre, chiropraticien et physiothérapeute).

Coût Plus

- Garantie offerte aux groupes de toute taille qui ont les garanties AMC ou Soins dentaires.

Exemples de frais de ce type :

- les franchises ou montants de coassurance applicables aux frais de soins médicaux et de soins dentaires ;
- les frais médicaux ou de soins dentaires qui excèdent le maximum couvert ;
- une vaste gamme d'autres frais liés aux soins de santé qui ne sont pas pris en charge par le régime d'assurances maladie et soins dentaires, mais qui sont admissibles à titre de frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada.

Caractéristiques	
Exigences liées à l'affectation des crédits	Options : Selon le statut dans le certificat ou la couverture AMC Minimum : 300 \$ par certificat, par année Maximum : 10 000 \$ par certificat, année
Périodicité de l'affectation des crédits/calendrier des dépôts	Périodicité annuelle (standard). Une périodicité mensuelle peut être offerte; sur demande. Possibilité d'affecter les crédits au prorata dans le cas des nouveaux employés.
Allocation Requirements	Options : Selon le statut dans le certificat ou la couverture AMC Minimum: \$300 per certificate per year Maximum: \$10,000 per certificate per year
Période d'indemnisation	Correspond à celle des garanties AMC et Soins dentaires
Options de report	■ Report des crédits ou dépenses de 12 mois ; les dépenses ou crédits non utilisés à la fin de la période d'assurance seront ajoutés au solde de la période d'assurance suivante. ■ Les dépenses ou crédits reportés doivent être utilisés avant la fin de l'année, sinon ils seront perdus. ■ Aucun report de crédits : Les crédits CCS d'une période d'assurance peuvent uniquement être utilisés au cours de la période d'assurance à laquelle ils ont été alloués. Le remboursement des frais engagés pendant une période d'assurance peut uniquement être demandé au cours de cette période d'assurance. Tout crédit CCS inutilisé dans le compte d'un employé à la fin de la période d'assurance sera perdu.

Compte crédit bien-être

Le compte crédit bien-être est conçu pour promouvoir l'adoption d'un mode de vie sain. Les employeurs ont la possibilité d'ajouter cet avantage imposable pour les employés. Les crédits alloués peuvent servir à rembourser un large éventail de produits et de services pour soutenir tous les aspects de leur santé et bien-être – mental, physique ou financier.

Exemples de frais de ce type :

- Condition physique et bien-être : abonnement à un centre de conditionnement physique, cours de mise en forme, entraînement privé, équipement de sport et frais d'inscription à divers sports et loisirs.
- Études et perfectionnement personnel
- Passe-temps (p. ex., cours de piano ou de guitare)
- Mode de vie vert ou écologique (p. ex. borne de recharge pour voiture électrique, thermostat écologique)

Caractéristiques		
Exigences liées à l'affectation des crédits	Options : Selon le statut dans le certificat ou la couverture AMC Aucun minimum Maximum : 10 000 \$ par certificat par année	
Allocation Requirements	Options : Selon le statut dans le certificat ou la couverture AMC No Minimum Maximum: \$10,000 per certificate per year	
Périodicité de l'affectation des crédits / calendrier des dépôts	Périodicité annuelle (standard) ; possibilité de périodicité semestrielle, trimestrielle ou mensuelle sur demande	
Période d'assurance	Année d'assurance/année civile	
Choix de structure du régime	Option 1 : Études et perfectionnement personnel Soins aux membres de la famille Équipement sportif Abonnement à un centre sportif ou de conditionnement physique Primes d'assurance Services professionnels non liés à la santé Services de bien-être	Option 2 : Option 1 plus frais de soins médicaux et dentaires (doit respecter les lignes directrices de l'ARC) Option 3 : Option 1, plus produits écologiques/écoénergétiques Option 4 : Option 2, plus produits écologiques/écoénergétiques
Options de report	Report des crédits de 12 mois ; les crédits du compte crédit bien-être non utilisés à la fin de la période d'assurance seront ajoutés au solde de la période d'assurance suivante. Aucun report de crédits : Les crédits du compte crédit bien-être d'une période d'assurance peuvent uniquement être utilisés au cours de la période d'assurance à laquelle ils ont été alloués. Le remboursement des frais engagés pendant une période d'assurance peut uniquement être demandé au cours de cette période d'assurance. Tout crédit inutilisé dans le compte crédit bien-être d'un employé à la fin de la période d'assurance sera perdu. NOTA : Le report des dépenses n'est pas offert.	

Services administratifs seulement (SAS)

Le programme Services administratifs seulement (SAS) est une entente en vertu de laquelle RBC Assurances offre seulement des services administratifs aux entreprises de 20 employés et plus qui choisissent de s'autoassurer pour les assurances maladie complémentaire ou soins dentaires (à l'exception des frais médicaux d'urgence en voyage à l'extérieur de la province ou du pays). Aucun contrat d'assurance n'est établi. Le promoteur du régime assume les risques et la responsabilité financière liés aux demandes de règlement des membres du régime.

Dans le cadre de notre mécanisme de financement SAS, nous offrons la « mise en commun des montants élevés », qui permet au promoteur de régime de limiter ses risques autoassurés.

Régime flexible modulaire

Avec le régime flexible modulaire, les entreprises comptant 25 employés et plus peuvent offrir un choix de trois modules à leurs employés afin qu'ils puissent adapter leur régime à leurs besoins. Un régime flexible leur permet de modifier leur couverture par suite d'événements marquants de la vie comme un mariage ou un divorce, la naissance ou l'adoption d'un enfant, ou la perte d'un être cher.

Avantages à valeur ajoutée

RBC Assurances offre les avantages à valeur ajoutée suivants :

- Programme d'aide aux employés Travail/Vie privée
- Programme Bien-être RBC Assurances
- Services médicaux spécialisés
- SoinsPlus – Services étendus en santé mentale
- Soins primaires virtuels
- Centre de soutien RH
- Remises sur les soins de la vue

Programme d'aide aux employés Travail/Vie privée

Le Programme d'aide aux employés Travail/Vie privée offert par l'entremise de TELUS Santé est une caractéristique standard des garanties Assurance ILD ou AMC de RBC Assurances. Qu'il s'agisse de gérer le stress, des ressources humaines, des conflits au travail ou des conflits familiaux, les employés font face à de nombreux défis courants qui découlent de l'incompatibilité entre les priorités de la vie professionnelle et celles de la vie privée. Le Programme d'aide aux employés Travail/Vie privée vise à maintenir la productivité au travail et à favoriser l'engagement en mettant à la disposition des employés un soutien confidentiel offert à toute heure du jour ou de la nuit, tous les jours de la semaine.

Programme Bien-être sur plateforme numérique de RBC Assurances

Offert par l'entremise de TELUS Santé, le programme Bien-être RBC Assurances est inclus avec l'AMC de RBC Assurances. Ce programme numérique vous aide à favoriser et à récompenser la santé et le bien-être de vos employés et à améliorer l'engagement. Des fonctionnalités telles que l'évaluation des risques pour la santé, du contenu personnalisé, des récompenses fondées sur le progrès, de même que les défis individuels et d'équipe permettent de favoriser des changements d'habitudes de vie susceptibles d'améliorer l'état de santé et l'expérience de règlement. Le programme est conçu pour être facile à mettre en œuvre pour les employeurs, grâce à ses grilles prêtes à l'emploi qui peuvent être envoyées aux employés en quelques clics.

Les clients qui ont la garantie AMC profitent aussi d'un programme de bien-être intégré aux ressources en ligne du Programme d'aide aux employés (PAE). Consultez le tableau ci-dessus pour faire une comparaison entre les caractéristiques du PAE autonome et ceux du PAE avec programme de bien-être intégré.

Programme d'aide aux employés amélioré

- Assistance en cas d'incident critique
- Apprentissage au travail
- Programmes de soutien en milieu de travail (y compris les soins contre la dépression, la désintoxication, soin des traumatismes et autres)

	Caractéristiques du PAE et du programme Bien-être	ILD	AMC
Services de consultation et de conciliation travail-famille	Centre d'accès aux soins en tout temps	✓	✓
	Counseling clinique En personne, par vidéo, par téléphone, par clavardage en direct	✓	✓
	Soutien par clavardage en direct	✓	✓
	Soutien par clavardage en direct	✓	✓
	Consultations spécialisées Finances, juridique, nutrition, santé	✓	✓
	Services de soutien à la famille : Parentalité, garde d'enfants, soins aux personnes âgées, etc.	✓	✓
	Aiguillage dans la collectivité	✓	✓
Soutien à la direction	Consultations en gestion Soutien en milieu de travail	✓	✓
	Ressources numériques pour la direction (recherche et navigation en libre-service)	✓	✓
Soutien numérique pour le bien-être	Bibliothèque de contenu en libre-service Recherche et navigation	✓	✓
	Évaluation du bien-être global ILD – les évaluations sont limitées aux relations et aux finances AMC – les évaluations sont complètes et incluent les notes traçables de bien-être mental, physique, financier et social.	✓	✓
	Programmes Soins immédiats Modules autodirigés et assistés par un conseiller de thérapie cognitivo-comportementale en ligne (TCCi)	✓	✓
	Séance LIFT Mise en forme virtuelle (automatisée)	✓	✓
	Recommandations personnalisées		✓
	Défis personnels et d'entreprise		✓
	Intégration des dispositifs portables	✓	✓
	Analyse avancée de l'indice de bien-être global (Rapports de gestion)	✓	✓
Récompenses	Paliers et récompenses (Sur la base de la réalisation d'activités de bien-être)		✓
Collectivité	Fil d'actualité d'entreprise et interactif		✓
Avantages et économies	Offres exclusives	✓	✓
	Remise en argent	✓	✓
	Cartes-cadeaux numériques à prix réduit		✓
Reconnaissance du mérite	Reconnaissance entre pairs		✓
	Tableau des meneurs (Applicable aux défis des entreprises)		✓
	Répertoire des employés		✓
	Récompenses ponctuelles		✓

Services médicaux spécialisés

Le services médicaux spécialisés est automatiquement inclus dans les régimes d'avantages sociaux avec assurance ILD ou AMC.

Les services médicaux spécialisés, fournis par l'entremise de Teladoc, le service leur permet de recevoir des renseignements médicaux exacts, des diagnostics et des conseils sur les traitements, et les aide à s'orienter dans le système de santé lorsqu'ils doivent composer avec un problème de santé.

Les services médicaux spécialisés sont offerts pour :

- les membres du régime
- leurs personnes à charge
- leurs parents
- leurs beaux-parents

Ces personnes ont accès à un ensemble de renseignements d'ordre médical et de connaissances spécialisées et approfondies si leur médecin soupçonne l'existence d'une maladie, d'une blessure ou d'un problème de santé de nature indéterminée.

Résumé des services offert :

Avis médicaux d'experts	Diagnostic et traitement : L'équipe Experts médicaux de Teladoc vous donnera bien plus qu'un second avis médical. Elle effectuera une analyse exhaustive des renseignements versés aux dossiers médicaux des membres du régime, notamment des scintigraphies, des radiographies, des résultats d'examen et de toute autre pathologie (qui est réévaluée). Les membres du régime recevront par écrit un sommaire des conclusions relatives à leur pathologie, notamment les recommandations en matière de traitement, qu'ils pourront communiquer à leur médecin. Programmes de soins spécialisés : Accès à des programmes tels que le programme de soutien aux aidants, le programme de soins de la ménopause et le programme de gestion du poids afin d'optimiser la santé des employés ayant des besoins spéciaux.
Trouver un médecin	Accès à des médecins spécialistes canadiens : L'équipe Experts médicaux de Teladoc effectuera une recherche personnalisée pour recommander les meilleurs médecins spécialistes au Canada qui acceptent de nouveaux patients.
Répertoire santé[†]	Expertise internationale : Lorsque les membres du régime auront besoin de médecins spécialistes ou d'un établissement de soins de santé de premier ordre à l'extérieur du Canada, Experts médicaux de Teladoc les trouvera et s'informeront de la possibilité de prendre un rendez-vous au nom du membre du régime.
Navigateur personnel de santé[†]	Représentant attitré : Les membres du régime peuvent appeler l'équipe Experts médicaux de Teladoc pour qu'elle les aide à s'y retrouver dans le système de soins de santé, ou pour obtenir des ressources et des renseignements médicaux, un soutien individualisé et un accompagnement médical personnalisé pour une panoplie de problèmes de santé, qu'ils soient bénins ou graves.

SoinsPlus – services étendus en santé mentale

SoinsPlus, offert par TELUS Santé, fournit un soutien en santé mentale au-delà du counseling à court terme offert dans le cadre du programme PAE. Le service SoinsPlus est offert selon le principe de la rémunération à l'acte. Il est possible de se faire rembourser les frais liés au programme par l'entremise de l'AMC, sous réserve de la couverture en santé mentale disponible. Avec SoinsPlus, les membres du régime et leurs personnes à charge ont accès au soutien ci-dessous, en fonction de leurs besoins et de leurs préférences.

- **Thérapie cognitivo comportementale (TCC) TELUS Santé :** Ce programme en ligne fait appel à un thérapeute qui utilise des thérapies cognitivo-comportementales pour régler des problèmes comme la dépression, l'anxiété et plus encore.
- Comprend une première évaluation réalisée en ligne et une consultation par téléphone ou par vidéo avec un thérapeute.
- Accès à 10 modules d'apprentissage incluant des évaluations en ligne, des activités multimédias d'apprentissage, des exercices de perfectionnement des aptitudes et des consultations par clavardage ou vidéo avec un thérapeute.

- Vos progrès seront constamment évalués par un thérapeute.
- Accès jour et nuit à une ligne de soutien en cas de crise et à un clavardoir pour échanger avec des cliniciens titulaires d'une maîtrise.
- **Counseling supérieur**
Accès à un service de counseling vidéo, par téléphone ou en personne lorsque des soins de longue durée sont nécessaires.
- Après une évaluation initiale, les membres du régime et leurs personnes à charge seront dirigés vers le meilleur professionnel de la santé et le plan de traitement le mieux adapté à leurs besoins.
- Il permet d'éviter le temps d'attente couramment lié aux services communautaires.
- Clinicien formé pour répondre à des besoins spécifiques.
- Une évaluation finale soulignera les progrès.

Soins primaires virtuels

RBC Assurances® s'est associée à Maple pour offrir aux employeurs et à leurs employés une option sûre et sécurisée de communiquer virtuellement avec un omnipraticien canadien en quelques minutes par vidéo, message instantané ou appel téléphonique.

Les clients de Solutions d'assurance collective avec la garantie AMC peuvent associer le service Soins primaires virtuels au niveau de la police. Deux options de service sont offertes :

	Programme supérieur	Programme standard
Taux exclusif de RBC Assurances par employé et par mois	4,40 \$	1,25 \$
Nombre de consultations avec un médecin	Illimité	4 par famille par année*
Disponibilité du médecin	En tout temps	De 7 h à minuit (h. locale) 7 jours/semaine, 365 jours/année
Accès direct à un médecin dans les cinq minutes	✓	✓
Conseils médicaux, diagnostic et traitement (ordonnances, analyses en laboratoire, etc.)	✓	✓
Recommandations de spécialistes au système public**	✓	✓
Solide dossier de santé numérique pour la gestion et le stockage des données sur la santé	✓	✓
Rapports pour les promoteurs de régime (taux d'inscription, utilisation, temps d'attente, cotes de satisfaction, etc.)	✓	✓
Facturation intégrée avec votre facture actuelle de RBC Assurances	✓	✓

* Selon le modèle standard, s'il y a plus de quatre visites par année, le site de Maple indiquera aux membres du régime comment accéder à l'option de paiement par visite pour avoir droit aux taux privilégiés de RBC Assurances.

** D'autres services spécialisés privés sur Maple sont offerts aux frais du membre du régime et sont offerts dans la section Avantages du programme Bien-être RBC Assurances. Les spécialités peuvent varier selon la province et peuvent comprendre, notamment, la psychothérapie, la dermatologie, la consultation en lactation, des services d'éducation par des infirmières aux personnes diabétiques, l'endocrinologie, des conseils en oncologie, la naturopathie et la psychiatrie.

Centre de Soutien des RH RBC Assurances

Dans le cadre du régime Solutions d'assurance collective de RBC Assurances, vos clients ont accès à des renseignements et à des services pour répondre à leurs besoins en matière de ressources humaines. Ces services peuvent contribuer à réduire le fardeau administratif et les coûts de main-d'œuvre de vos clients, tout en aidant leur organisation à se conformer à la législation sur les normes d'emploi.

Vos clients auront accès au site Soutien des RH de RBC Assurances, où ils pourront consulter de l'information à jour sur les lois et télécharger des lignes directrices et des modèles en RH prêts à utiliser. Ils peuvent également choisir parmi une panoplie de services facultatifs tarifés pour des questions d'ordre juridique ou touchant les ressources humaines.

Remises sur les soins de la vue

Nous offrons aux participants à nos régimes d'assurance collective, à leur conjoint et à leurs personnes à charge une remise sur les articles de lunetterie et sur la chirurgie oculaire au laser, même s'ils n'ont pas d'assurance soins de la vue auprès de nous.

Les remises sont accessibles dans l'appli Mes assurances et sur le portail RBC Assurances en ligne.

Test de compatibilité médicamenteuse

- Grâce à notre entente avec Personalized Prescribing Inc., les membres du régime peuvent obtenir un prix préférentiel pour un test de compatibilité médicamenteuse. Un test de compatibilité médicamenteuse sert à déceler la présence de marqueurs génétiques et à déterminer quels médicaments présentent le moins de risques pour une personne donnée. Le test est non invasif et ne nécessite qu'un simple frottis buccal, qui se fait en moins de cinq minutes.
- Tous les membres de régime, peu importe la couverture, recevront une réduction sur le plein prix du marché pour l'essai.
- Le test peut porter sur les médicaments utilisés pour le traitement de troubles de santé mentale, de la douleur chronique et de maladies neurologiques.

- Des consultations avec un pharmacien de Personal Prescribing Inc. sont offertes pour déterminer la pertinence de passer ce test. Les médicaments que Personalized Prescribing Inc. recommande se trouvent sur sa liste de médicaments consultable.
- Les membres du régime qui prennent actuellement un médicament pour une maladie mentale ou qui prévoient commencer un tel traitement pourraient se faire rembourser le coût du test au titre de l'assurance maladie complémentaire, sous réserve de la structure du régime (p. ex. coassurance et franchise). Les membres du régime qui reçoivent des prestations d'invalidité en raison d'un problème de santé mentale et qui sont considérés comme admissibles à un test n'ont rien à payer.
 - Les membres de régime qui font un test de compatibilité médicamenteuse peuvent en retirer les bienfaits suivants :
 - Risque réduit d'effets indésirables en raison de la prise de médicaments inappropriés
 - Mise en place plus rapide du bon traitement
 - Moins d'effets négatifs sur leur vie personnelle, leur famille et leur emploi
 - Moins de déplacements pour aller consulter le médecin (grâce à la prise du bon médicament plus tôt)
- De plus, ce programme peut contribuer à réduire les coûts des demandes de règlement pour médicaments qu'assument les promoteurs de régime en réduisant la quantité de médicaments inefficaces et en augmentant la productivité par suite d'une baisse des congés pour invalidité et de l'absentéisme pour cause d'effets indésirables.

Les remises sont accessibles dans l'appli Mes assurances et sur le portail RBC Assurances en ligne.

Section 8 – Comment nous joindre

Courriel

Les demandes de renseignements relatives aux demandes de règlement d'assurance vie, d'assurance décès et mutilation accidentels et d'assurance invalidité peuvent être adressées à

claimservice@rbc.com

Les demandes de renseignements relatives aux demandes de règlement d'assurances maladies graves peuvent être adressées à Allstate Benefits :

RBCI_CI_Claims@allstatebenefits.ca

Les demandes de renseignements relatives aux demandes de règlement d'assurances maladie et soins dentaires peuvent être adressées à

healthanddentalclaims@groupinsurance.rbc.com

Les questions et les demandes de renseignements se rapportant à la facturation peuvent être adressées à

admin@groupinsurance.rbc.com

Téléphone

Bureau régional des ventes : **1 866 234-4332**

Service clientèle, Assurance collective : **1 855 264-2174**

Demandes de règlement d'assurance maladies graves :

Communiquez avec Allstate Benefits : **1 844 436-1105**

Télécopieur

Demandes de règlement d'assurances vie et invalidité :

1 800 714-8861

Demandes de règlement d'assurances maladie et soins dentaires : **1 855 612-3031**

Service clientèle, Assurance collective : **1 855 257-1599**

Par la poste

Pour vous faciliter la tâche, l'adresse postale est inscrite sur tous les formulaires. Si vous avez besoin d'aide, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

Un expert-conseil, Vente, de RBC Assurances peut vous aider à répondre à vos demandes de renseignements. Si vous n'avez pas un expert-conseil, Vente, communiquez avec votre bureau régional des ventes pour prendre rendez-vous



Section 9 – Compliments ou plaintes

Nous avons tous intérêt à favoriser l'établissement d'une communication ouverte. Qu'elle serve à répondre à une question, à résoudre un problème ou à souligner une réussite, la communication est essentielle.

Nous sommes bien sûr toujours heureux de recevoir des compliments, mais il est tout aussi important pour nous d'être mis au courant des problèmes, afin que nous puissions les résoudre et conserver ainsi votre confiance. En même temps, nous utilisons vos commentaires appréciatifs pour continuer à améliorer sans cesse la qualité des produits et services que nous vous offrons, à vous et à d'autres clients.

Divers moyens sont mis à votre disposition pour nous communiquer vos préoccupations ou nous fournir des commentaires appréciatifs au sujet de vos expériences avec RBC Assurances. Nous vous encourageons à communiquer avec nous, que ce soit en personne ou par téléphone, par courriel, par la poste ou par télécopieur.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez consulter le site

rbcinsurance.com/fr-ca/nous-joindre

Pour de plus amples renseignements, veuillez :

- communiquer avec votre expert-conseil, Vente, RBC Assurances, au 1 855 264-2174
- ou visitez le site rbcassurances.com/centredesressources



Assurances

Assureur : Compagnie d'assurance vie RBC.

L'assurance maladies graves est souscrite par Allstate du Canada, compagnie d'assurance (« Allstate Benefits ») et distribuée par Compagnie d'assurance vie RBC. Les demandes de règlement au titre du régime collectif d'assurance maladies graves sont administrées et payées par Allstate Benefits.

® / ^{MC} Marque(s) de commerce de Banque Royale du Canada, utilisée(s) sous licence.

† Toutes les autres marques de commerce appartiennent à leur propriétaire respectif.

Toutes les structures de régime sont assujetties à l'approbation de la Tarification. Certaines limites et exclusions s'appliquent. Les caractéristiques et les plafonds relatifs aux garanties peuvent varier en fonction de la taille du groupe.

Il est interdit d'apporter des modifications à ce document sans obtenir au préalable notre consentement.