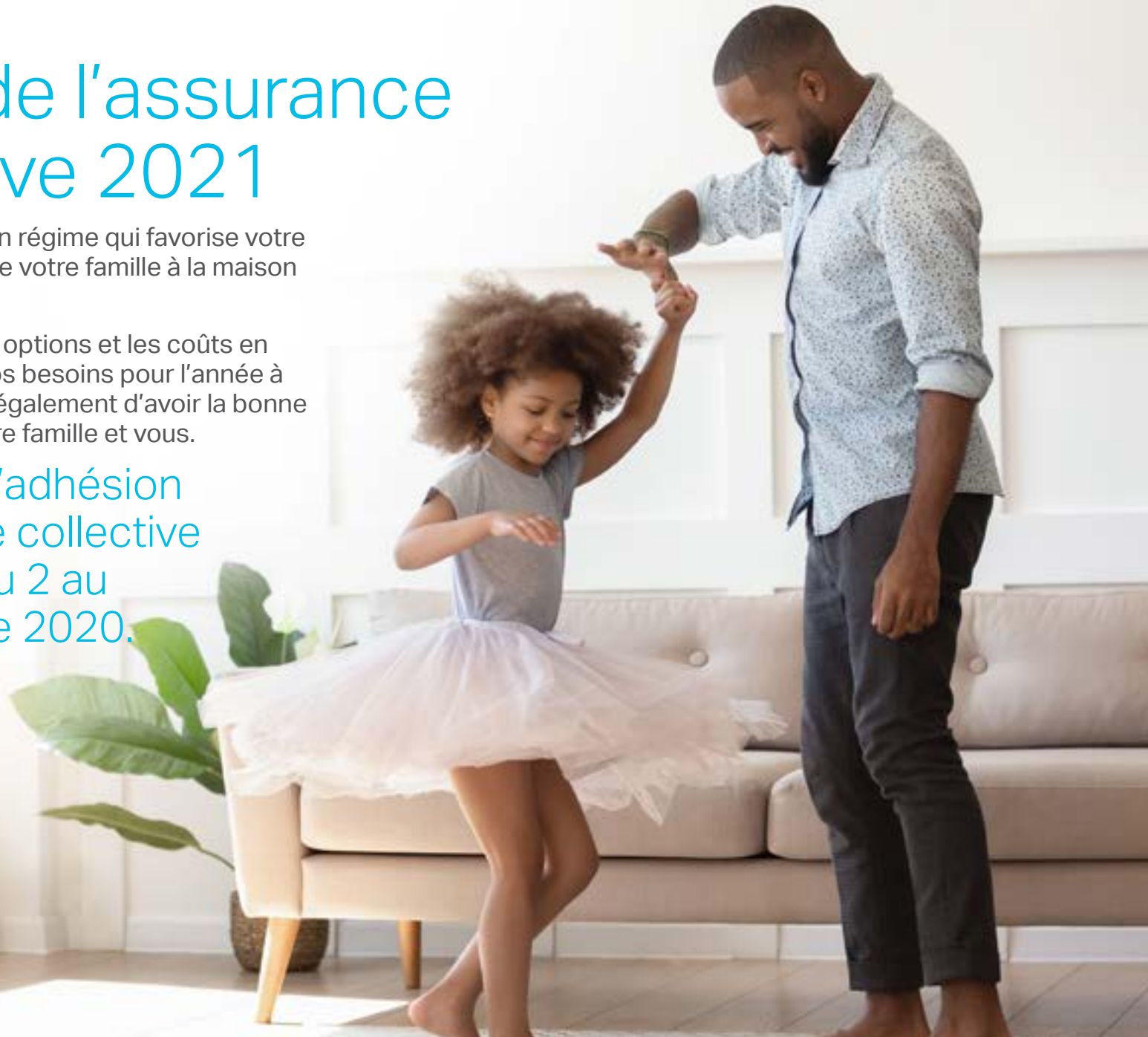


Guide de l'assurance collective 2021

AECOM vous offre un régime qui favorise votre mieux-être et celui de votre famille à la maison et au travail.

Passez en revue vos options et les coûts en tenant compte de vos besoins pour l'année à venir. Assurez-vous également d'avoir la bonne couverture pour votre famille et vous.

La période d'adhésion à l'assurance collective se déroule du 2 au 20 novembre 2020.



Votre assurance collective AECOM

AECOM offre un régime d'assurance collective complet dans le cadre de votre programme de rémunération globale et paie la majorité des coûts pour votre famille et vous.

Nous continuerons d'offrir tous les avantages actuels en 2021. Les coûts demeurent inchangés, sauf les coûts liés à la couverture d'assurance invalidité de courte durée (ICD). La cotisation des employés augmentera pour l'ICD en raison du grand nombre de demandes d'indemnité au cours des dernières années.

Notre régime d'assurance collective offre différents modules pour que vous puissiez choisir les options qui répondent le mieux à vos besoins et à votre budget. Utilisez le présent guide pour revoir les protections et les choix offerts et pour en apprendre davantage sur les autres avantages sociaux offerts par AECOM. Vous pouvez également en apprendre plus sur les ressources et les avantages sociaux offerts par AECOM au benefitsatAECOM.com, votre site Web pour tout ce qui a trait aux avantages sociaux.

SEB gère notre site Web d'adhésion à l'assurance collective (AECOMBenefitsOnline.com) et le Centre d'assurance collective d'AECOM. Vous pouvez communiquer avec le Centre d'assurance collective si vous avez des questions pendant la période d'adhésion à l'assurance collective ou à tout moment au courant de l'année.

Période d'adhésion à l'assurance collective

Chaque année, vous avez la possibilité de revoir et de modifier vos modules de soins de santé, d'assurance vie, d'assurance D et MA et d'assurance invalidité et de modifier l'allocation de votre compte de dépenses. Vous pouvez conserver vos choix ou apporter des changements pour l'année à venir. Si vous n'apportez aucun changement, vous conserverez vos choix actuels pour 2021 (vous trouverez la couverture par défaut à la [page 18](#)). Vous devez adhérer si vous désirez qu'une partie ou la totalité de la contribution à votre compte de dépenses soit versée à votre compte de dépenses personnel (CDP). Autrement, le montant sera automatiquement alloué à votre compte gestion-santé (CGS), et aucun changement ne sera autorisé après le 20 novembre.

Si vous êtes embauché après la période d'adhésion à l'assurance collective, mais avant la fin de l'année (après le 20 novembre et avant le 30 décembre 2020), vous devez adhérer à l'assurance collective d'AECOM deux fois; une fois pour l'année 2020 et une autre pour l'année 2021. Suivez les indications à AECOMBenefitsOnline.com pour veiller à bien procéder aux deux adhésions.

La période d'adhésion à l'assurance collective pour 2021 aura lieu du 2 au 20 novembre 2020.

Adhérez si vous voulez modifier votre couverture pour l'année 2021. Rendez-vous au AECOMBenefitsOnline.com ou inscrivez-vous par téléphone au 1-833-411-5520 avant 20 h (HE) le 20 novembre.

Cotisation de l'employé et taux

Les retenues sur la paie demeureront identiques pour tous les régimes en 2021, sauf pour l'assurance invalidité de courte durée (ICD). Les tarifs liés à l'assurance ICD augmenteront, car un grand nombre d'employés y ont eu recours au cours des deux dernières années. Vous paierez donc davantage pour votre couverture d'assurance invalidité de courte durée en 2021.

Les cotisations bimensuelles des employés pour les modules de soins de santé sont présentées ci-dessous.

	Cotisations bimensuelles des employés en 2021		
	Module A	Module B	Module C
Employé seulement	0 \$	15,88 \$	32,44 \$
Employé + 1 personne à charge	0 \$	32,10 \$	61,66 \$
Employé + 2 personnes à charge ou plus	0 \$	42,57 \$	79,90 \$

Vous trouverez les primes d'assurance invalidité, d'assurance vie facultative, d'assurance D et MA et d'assurance contre les maladies graves au [AECOMBenefitsOnline.com](https://www.aecombenefits.com).

Ressources liées aux avantages sociaux

Notre nouveau site Web pour l'assurance collective, [benefitsatAECOM.com](https://www.benefitsatAECOM.com), regroupe tous vos renseignements sur les avantages sociaux et les ressources sur une plateforme unique adaptée à la mobilité. Comme aucune connexion n'est requise, vous pourrez, votre conjoint et vous, trouver rapidement ce dont vous avez besoin sur votre téléphone, votre tablette ou votre ordinateur. Vous avez des questions sur vos avantages sociaux? Consultez d'abord le site [benefitsatAECOM.com](https://www.benefitsatAECOM.com) pour y trouver les détails du régime d'assurance, des listes de vérification utiles, les coordonnées du fournisseur d'assurances et les dernières nouvelles.

Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires après avoir consulté le site [benefitsatAECOM.com](https://www.benefitsatAECOM.com), rendez-vous sur le **Centre d'assurance collective d'AECOM**, administré par **SEB**, pour adhérer, modifier votre couverture et poser des questions. Pour parler à un expert en assurance collective, composez le 1-833-411-5520, du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HE).

Pour adhérer ou pour apporter des modifications à votre assurance collective en ligne, ouvrez une session à [AECOMBenefitsOnline.com](https://www.AECOMBenefitsOnline.com) (accessible en tout temps, sauf le dimanche avant 13 h [HE], période au cours de laquelle le site fait l'objet d'une maintenance).

Les demandes de règlement continuent d'être traitées par la Financière Sun Life : soins médicaux et dentaires, assurance vie, administration du compte de dépenses et autorisation préalable. Rendez-vous au [masunlife.ca/aecom](https://www.masunlife.ca/aecom) pour présenter et suivre le déroulement des demandes de règlement, consulter votre historique de demandes, vérifier les montants maximaux et les limites et le solde de votre compte de dépenses.

Régime de soins de santé

Vous avez le choix entre trois modules de soins de santé, chacun offrant différents niveaux de couverture de soins médicaux et dentaires. Ainsi, vous pouvez choisir la couverture qui répond le mieux à vos besoins.

Module A : Comprend la couverture médicale de base et une franchise annuelle de 1 000 \$ par personne (ne comprend aucune couverture dentaire). La cotisation est prise en charge par l'entreprise.

Modules B et C : Assurance soins de santé complète sans franchise, y compris les soins de la vue, les services paramédicaux et les soins dentaires. Vous devez assumer une partie de la cotisation à cette assurance.

Le tableau à la page suivante fournit des précisions sur la couverture de chaque module.



Best Doctors

Tous les employés et leurs personnes à charge inscrits au régime de soins de santé de la Sun Life ont automatiquement accès à Best Doctors. Best Doctors est un service de consultation qui vous donne accès à un avis médical spécialisé et à l'avis d'un deuxième spécialiste des principaux fournisseurs de soins médicaux au pays, et ce, gratuitement.

Certains médicaments d'ordonnance soumis à une autorisation préalable

Pour limiter les coûts, notre régime de soins médicaux couvre le médicament d'ordonnance de remplacement le moins coûteux, très souvent un médicament générique. En outre, certains médicaments d'ordonnance coûteux nécessitent une autorisation préalable (préapprobation) avant que l'ordonnance puisse être exécutée. Cette étape de préapprobation vise certains médicaments et thérapies biologiques qui ont été sélectionnés en fonction du coût et des critères médicaux.

Si votre médecin recommande un médicament nécessitant une autorisation préalable, communiquez avec la Financière Sun Life et présentez un formulaire de demande d'autorisation préalable avant d'exécuter l'ordonnance. La Sun Life vous répondra par écrit dans les cinq jours ouvrables. Si votre demande est approuvée, les coûts du médicament seront remboursés selon les modalités de votre module de soins de santé. Si la Sun Life refuse votre demande, vous pourrez tout de même obtenir le médicament, mais il ne sera pas remboursé par le régime.

Une autorisation préalable est exigée pour certains médicaments (mais pas tous) utilisés pour traiter certaines maladies inflammatoires, l'asthme, des maladies du sang, le cancer (médicament oral), les anomalies du cholestérol, le diabète, les maladies du cœur, l'hépatite, le VIH, le lupus, la sclérose en plaques, les troubles musculaires et nerveux, l'ostéoporose, l'hypertension artérielle pulmonaire et certaines maladies rares. Les thérapies utilisées pour traiter des affections comme l'arthrite rhumatoïde, la maladie de Crohn, le rhumatisme psoriasique, la spondylarthrite ankylosante et le psoriasis en plaques sont également soumises à une autorisation préalable.

Pour obtenir de plus amples détails, y compris une FAQ et les formulaires de demande, visitez le [masunlife.ca/autorisationprealable](https://www.masunlife.ca/autorisationprealable).

Régime de soins de santé	Module A AECOM prend en charge la totalité de la cotisation au régime	Module B Vous partagez la cotisation au régime avec AECOM	Module C Vous partagez la cotisation au régime avec AECOM
Régime de soins médicaux			
Franchise (montant que vous devez déboursier avant que le régime ne contribue)	1 000 \$ par personne, par année (ne s'applique pas à l'assurance médicale d'urgence en dehors de la province ou du pays ni au service d'assistance voyage)	Aucune franchise	Aucune franchise
Médicaments d'ordonnance (substitution par des médicaments génériques obligatoire)	Une fois la franchise payée : • Remboursement de 100 % • Frais d'exécution d'ordonnance limités à 10 \$	• Remboursement de 80 % • Frais d'exécution d'ordonnance limités à 10 \$ • Contribution personnelle limitée à 2 000 \$ par famille et par année	• Remboursement de 90 % • Frais d'exécution d'ordonnance limités à 10 \$ • Contribution personnelle limitée à 1 000 \$ par famille et par année
Soins de la vue	Aucune couverture	Remboursement de 80 % des dépenses admissibles (lunettes, verres de contact, chirurgie), jusqu'à concurrence de 250 \$ par personne tous les 24 mois	Remboursement de 90 % des dépenses admissibles (lunettes, verres de contact, chirurgie), jusqu'à concurrence de 350 \$ par personne tous les 24 mois
Examens de la vue (si non couverts par votre régime provincial)	Une fois la franchise payée : Remboursement de 100 % jusqu'à concurrence de 85 \$ par personne tous les deux ans	Remboursement de 80 % jusqu'à concurrence de 85 \$ par personne tous les deux ans	Remboursement de 90 % jusqu'à concurrence de 85 \$ par personne tous les deux ans
Prothèses auditives	Aucune couverture	Remboursement de 80 % jusqu'à concurrence de 450 \$ par personne tous les cinq ans	Remboursement de 90 % jusqu'à concurrence de 550 \$ par personne tous les cinq ans
Services paramédicaux*	Aucune couverture	Remboursement de 80 % jusqu'à concurrence de 500 \$ par praticien, par personne et par année	Remboursement de 90 % jusqu'à concurrence de 700 \$ par praticien, par personne et par année
Orthèses	Aucune couverture	Remboursement de 80 % jusqu'à concurrence de 400 \$ par personne tous les trois ans	Remboursement de 90 % jusqu'à concurrence de 400 \$ par personne tous les trois ans
Chaussures orthopédiques	Aucune couverture	Remboursement de 80 % jusqu'à concurrence de 200 \$ par personne et par année	Remboursement de 90 % jusqu'à concurrence de 200 \$ par personne et par année
Hospitalisation	Une fois la franchise payée : • Chambre à deux lits • Remboursement de 100 %	• Chambre à deux lits • Remboursement de 100 %	• Chambre à deux lits • Remboursement de 100 %
Équipements médicaux et services d'ambulance	Une fois la franchise payée : Remboursement de 100 %	Remboursement de 80 %	Remboursement de 90 %
Aide médicale d'urgence hors province ou hors pays	• Remboursement de 100 % pour des voyages de 180 jours ou moins • Prestation maximale viagère de 1 000 000 \$	• Remboursement de 100 % pour des voyages de 180 jours ou moins • Prestation maximale viagère de 1 000 000 \$	• Remboursement de 100 % pour des voyages de 180 jours ou moins • Prestation maximale viagère de 1 000 000 \$
Régime de soins dentaires			
Soins de base (diagnostic, soins préventifs et de restauration, endodontie)	Aucune couverture	Remboursement de 80 % jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par personne et par année pour la combinaison des soins de base et majeurs	Remboursement de 100 % jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par personne et par année pour la combinaison des soins de base et majeurs
Soins majeurs (ponts, couronnes, dentiers, parodontie)	Aucune couverture	Remboursement de 50 % jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par personne et par année pour la combinaison des soins de base et majeurs	Remboursement de 50 % jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par personne et par année pour la combinaison des soins de base et majeurs
Orthodontie (pour les enfants de 19 ans ou moins)	Aucune couverture	Remboursement de 50 %, prestation maximale viagère de 2 000 \$ par personne	Remboursement de 50 %, prestation maximale viagère de 2 500 \$ par personne
Fréquence des examens de suivi	Aucune couverture	Tous les neuf mois pour les adultes et tous les six mois pour les enfants	Tous les six mois pour les enfants et les adultes
Comptes de dépenses			
Compte gestion-santé ou compte de dépenses personnel (la prestation peut être divisée entre les deux comptes)**	175 \$ par année (employé + 1 personne à charge ou employé + 2 personnes à charge ou plus) 150 \$ par année (employé seulement)	175 \$ par année (employé + 1 personne à charge ou employé + 2 personnes à charge ou plus) 150 \$ par année (employé seulement)	175 \$ par année (employé + 1 personne à charge ou employé + 2 personnes à charge ou plus) 150 \$ par année (employé seulement)

* Les services paramédicaux comprennent la chiropractie, l'ostéopathie, l'orthophonie, la podiatrie, la massothérapie, la diététique, l'acupuncture, la naturopathie, la physiothérapie, les services de santé mentale (psychologie, travail social, psychothérapie, thérapie de couple et familiale, psychanalyse et conseil clinique). Les praticiens doivent être titulaires d'un permis de pratique provincial.

** Les sommes versées dans votre compte gestion-santé ou votre compte de dépenses personnel ne peuvent être transférées d'un compte à l'autre par la suite. Le montant du compte de dépenses est calculé au prorata à partir de la date d'embauche des nouveaux employés.

Choisir votre module de soins de santé

En choisissant votre module de soins de santé, tenez compte de ce qui suit :

Module A :

- AECOM assume la totalité des coûts.
- Le régime comprend l'aide médicale d'urgence hors pays pour des voyages de 180 jours ou moins.
- Il comprend l'hospitalisation dans une chambre à deux lits (une fois la franchise payée).
- Il prend en charge le coût des médicaments d'ordonnance et des examens de la vue seulement si vous avez payé la franchise annuelle de 1 000 \$.
- Il ne comprend aucune assurance dentaire.
- Ce module s'adresse aux personnes dont les frais de soins de santé sont habituellement peu élevés ou dont le conjoint possède une assurance collective qui leur donne accès à une couverture de soins de santé et leur permet de coordonner les prestations afin de réduire les coûts (voir la [page 17](#)).

Modules B et C :

- Vous partagez les coûts avec AECOM, qui en paie la majeure partie.
- Les deux modules couvrent un large éventail de frais médicaux et dentaires, y compris les soins de la vue et les services paramédicaux.
- Ces services ne comprennent aucune franchise.
- Le coût dépend du module que vous choisissez et de la couverture souhaitée (employé seulement, employé + 1 personne à charge, employé + 2 personnes à charge ou plus). Consultez la [page 3](#) pour connaître les coûts.
- Le module C est plus coûteux, car il offre une meilleure couverture pour de nombreux services, une limite de contribution moins élevée et d'autres améliorations.

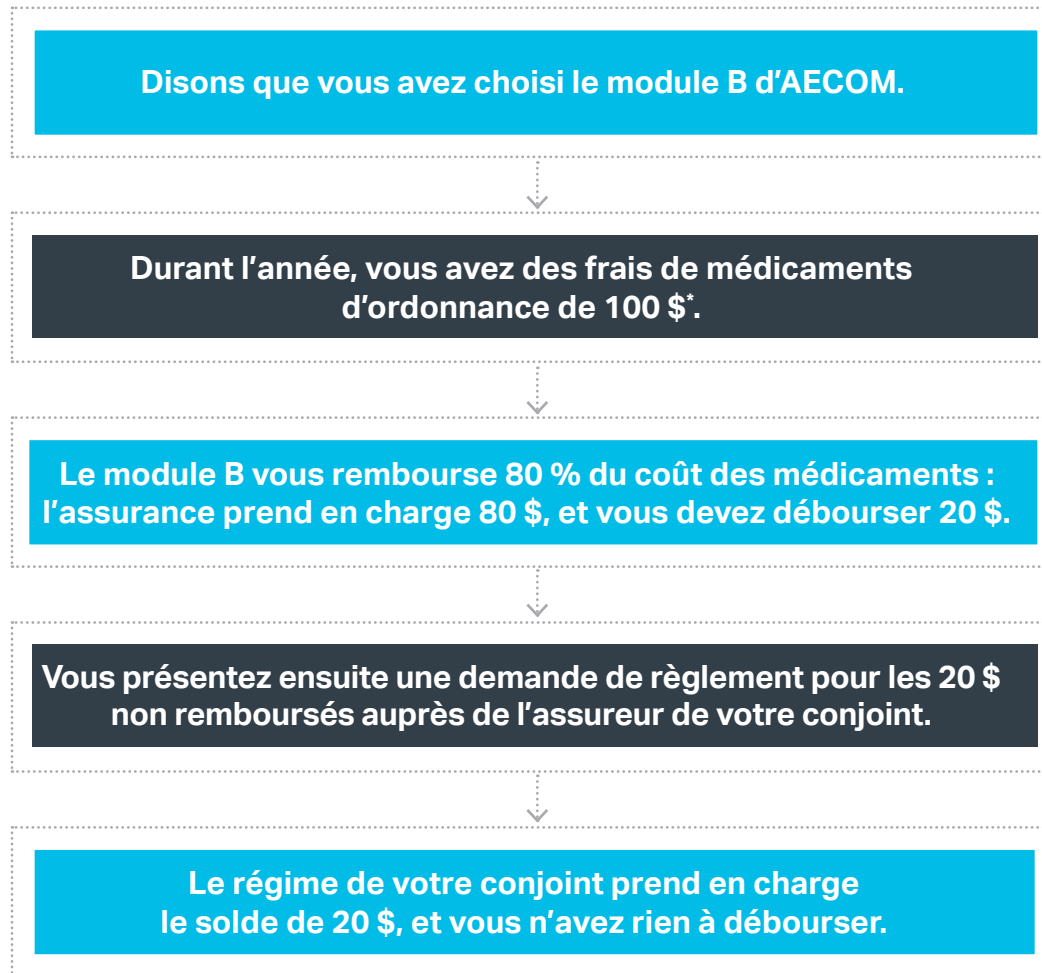
Cinq étapes pour prendre votre décision :

- 1. Calculez ce que vous déboursez pour des produits tels que les médicaments d'ordonnance, les services paramédicaux et les soins dentaires.** Vous pouvez consulter l'historique de vos demandes de règlement sur le site Web de la Sun Life, au masunlife.ca/aecom.
- 2. Estimez vos dépenses pour l'année prochaine.** Quelques-unes de vos dépenses resteront stables d'une année à l'autre, mais il se peut que vous ayez aussi des dépenses ponctuelles. Vous pourriez, par exemple, avoir besoin de soins dentaires majeurs, ou l'un de vos enfants pourrait avoir besoin d'un appareil orthodontique. Seuls les modules B et C couvrent ces frais.
- 3. Examinez la couverture fournie par chacun des modules et déterminez la pertinence de conserver votre module actuel ou d'apporter des changements.** Quel module offre la meilleure couverture pour le genre de dépenses prévues?
- 4. Tenez compte du coût de chaque module.** Si vous hésitez entre les modules B et C, calculez s'il est avantageux de payer un peu plus, au moyen de retenues à la source, pour bénéficier de la couverture supplémentaire offerte par le module C.
- 5. Si vous bénéficiez d'une couverture en vertu du régime d'assurance collective de votre conjoint, tenez-en compte.** Examinez le type de couverture offert par ce régime, et son prix. Si la couverture est suffisante, vous pouvez envisager le module A, dont la cotisation est entièrement prise en charge par AECOM.

Une fois que vous aurez choisi votre régime d'assurance collective, celui-ci restera en vigueur toute l'année. Vous ne pourrez pas modifier vos choix avant la prochaine période d'adhésion à l'assurance collective, à moins qu'un événement marquant admissible change votre situation (voir les précisions à la [page 17](#)).

Coordination avec le régime de votre conjoint

La coordination de votre assurance collective avec le régime d'assurance maladie de votre conjoint est une excellente façon de tirer le maximum des deux régimes. En coordonnant vos prestations, vous et votre conjoint pourriez vous faire rembourser la totalité de vos dépenses admissibles sans recourir à votre CGS. Pour ce faire, vous devez tous les deux adhérer au régime d'assurance de l'autre, tout comme vos enfants à charge. Voici ce qu'il faut faire :



* Montant équivalant aux frais raisonnables et courants.

Si les dépenses concernent vos enfants à charge, envoyez la demande d'abord à l'assureur du conjoint dont le mois d'anniversaire vient en premier. Si les deux conjoints sont nés le même mois, la demande de règlement doit être envoyée par celui dont la date de naissance est la première. Ensuite, réclamez le solde auprès de l'assureur de l'autre conjoint.

Ouvrez une session à masunlife.ca/aecom pour consulter les lignes directrices et les exemples de coordination des prestations.

Autres avantages

Comptes de dépenses

Peu importe le module de soins de santé choisi, AECOM cotise à un compte de dépenses que vous pouvez utiliser pour payer des frais de santé et de conditionnement physique pour vous et vos personnes à charge :

- 175 \$ par année si vous choisissez la couverture pour l'employé +1 personne à charge ou l'employé +2 personnes à charge ou plus*.
- 150 \$ par année si vous choisissez la couverture réservée à l'employé seulement*.

* Le montant équivaut à la cotisation totale pour l'employé et toutes les personnes à charge couvertes (non pas par personne à charge). Le montant est calculé au pro rata pour les nouveaux employés en fonction de leur date d'embauche.

Vous pouvez déposer ce montant dans un compte gestion-santé (CGS) ou un compte de dépenses personnel (CDP), ou encore le diviser entre ces deux comptes. Vous devez adhérer chaque année si vous désirez qu'une partie ou la totalité du montant soit versée dans votre CDP. Autrement, le montant sera automatiquement alloué à votre compte gestion-santé (CGS), et vous ne pourrez pas faire de changement après la période d'adhésion.

Tout solde non utilisé de votre CGS ou CDP à la fin d'une année sera automatiquement reporté à l'année suivante. Vous devez utiliser le montant reporté avant le 31 décembre de la seconde année. Sinon, vous le perdrez. La Sun Life doit recevoir votre réclamation au titre du CGS ou du CDP dans les 90 jours suivant la fin de l'année du régime au cours duquel vous avez engagé les dépenses admissibles ou dans les 90 jours suivant la fin de votre couverture de CGS ou de CDP, selon la première éventualité.

Compte gestion-santé

Le CGS vous aide à assumer les frais médicaux et dentaires que ni le régime d'assurance maladie de votre province, ni votre régime d'assurance collective d'AECOM, ni le régime de votre conjoint ne prennent en charge. L'allocation à votre CGS n'est pas un avantage imposable, sauf au Québec. Voici quelques-unes des dépenses admissibles :

- Votre part de cotisation au module B ou C, ou les primes payées par votre conjoint pour son régime de soins médicaux ou dentaires
- La part des frais d'exécution d'ordonnance qui dépasse 10 \$
- Les frais de coassurance (le pourcentage des frais médicaux ou dentaires que vous devriez normalement déboursier, p. ex. les 20 % des frais médicaux non couverts par le module B).
- Les dépenses qui dépassent le montant maximum des prestations annuelles.
- Les dépenses que vous assumez pour vos petits-enfants, vos parents ou d'autres proches parents qui vivent avec vous et qui sont considérés comme des personnes à charge selon la définition de l'Agence du revenu du Canada (ARC).
- Il y en a d'autres. Allez sur le [site de l'ARC](#) pour obtenir la liste complète des **frais médicaux admissibles**.

Compte de dépenses personnel

Le CDP vous aide à assumer les frais de mise en forme pour vous et vos personnes à charge couvertes par votre régime. Voici quelques-unes des dépenses admissibles :

- Abonnement à un programme d'entraînement physique
- Services d'un entraîneur personnel
- Programmes de mise en forme et équipement de conditionnement physique
- Cotisation à une équipe sportive
- Laissez-passer de golf
- Laissez-passer de ski
- Programmes de gestion du poids, notamment Weight Watchers, Jenny Craig et LA Weight Loss
- Il y en a d'autres. Allez sur la [page du CDP de la Sun Life](#) pour consulter la liste des **dépenses admissibles au titre du CDP**.

Les montants remboursés dans un CDP sont imposables.

Assurance invalidité

L'assurance invalidité vous procure un soutien financier lorsqu'une maladie ou une blessure vous empêche de travailler pour une période prolongée. Vous recevrez un pourcentage de votre revenu, tant et aussi longtemps que vous restez admissible au congé d'invalidité en vertu des régimes d'AECOM.

- L'assurance invalidité de courte durée (ICD) et l'assurance invalidité de longue durée (ILD) sont **obligatoires** pour tous les employés d'AECOM.
- Vous avez le choix entre deux niveaux de couverture, à la fois pour l'assurance ICD et l'assurance ILD.
- Vous cotisez aux régimes d'assurance ICD et ILD au moyen de retenues à la source, **un avantage considérable du point de vue fiscal** : en cas de maladie ou de blessure, si vous devenez admissible aux prestations d'ICD ou d'ILD, celles-ci ne seront pas imposables.

Régime de prestations d'invalidité de courte durée

En cas de maladie ou de blessure, si vous êtes incapable d'effectuer votre travail habituel pendant cinq jours ouvrables consécutifs, vous pourriez être admissible aux prestations d'ICD jusqu'à 16 semaines (après une période d'attente d'une semaine). Vous avez le choix entre deux niveaux de couverture :

- **Option 1** – Remplacement de 67 % de votre salaire
- **Option 2** – Remplacement de 75 % de votre salaire

Le coût de chaque option repose sur votre salaire annuel de base. Vous trouverez vos coûts personnels sur le site AECOMBenefitsOnline.com.

Les tarifs pour l'assurance invalidité de courte durée (ICD) augmenteront en 2021 en raison d'une utilisation accrue de la couverture ICD au cours des deux dernières années.



CONSEIL POUR VOUS AIDER À CHOISIR

Réfléchissez aux autres sources de revenus dont vous pourriez bénéficier si vous étiez dans l'impossibilité de travailler pendant quatre mois. L'option 1 est-elle suffisante pour subvenir à vos besoins, ou le revenu supplémentaire offert par l'option 2 est-il nécessaire?

Rappelons que si vous êtes admissible aux prestations d'ICD, celles-ci ne seront pas imposables, contrairement à votre salaire habituel.

Régime de prestations d'invalidité de longue durée

Si vous êtes admissible, les prestations d'ILD sont versées dès la fin de la période d'admissibilité aux prestations d'ICD, soit après 17 semaines d'invalidité. Les prestations d'ILD vous sont versées tant et aussi longtemps que vous demeurez totalement invalide (jusqu'à l'âge de 65 ans) et sous les soins d'un médecin. Les prestations d'ILD sont versées ainsi :

70 % de la première tranche de 2 000 \$ de votre salaire de base mensuel avant invalidité



55 % de la tranche de 1 500 \$ suivante de votre salaire de base mensuel avant invalidité



45 % du solde de votre salaire de base, jusqu'à concurrence d'une prestation mensuelle de 12 000 \$

Pour l'assurance ILD, vous avez le choix entre deux options :

- **Option 1** – La couverture de base est payée en fonction de la formule ci-dessus
- **Option 2** – La même couverture de base que l'option 1, rajustée annuellement au coût de la vie, jusqu'à concurrence d'une augmentation de 3 % (la prestation augmente chaque année en fonction de l'indice des prix à la consommation, l'augmentation annuelle étant limitée à 3 %)

Le coût de chaque option repose sur votre salaire annuel de base. Vous trouverez vos coûts personnels sur le site AECOMBenefitsOnline.com.



CONSEIL POUR VOUS AIDER À CHOISIR

Les prestations d'ILD prennent fin lorsque vous ne répondez plus aux critères définissant l'invalidité, à votre rétablissement ou lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans. Si vous approchez cet âge, le rajustement au coût de la vie, qui vous protège des effets de l'inflation, n'aura pas nécessairement une grande incidence sur vos prestations. Par contre, si vous êtes plus jeune, vous risquez de recevoir des prestations d'invalidité pendant plusieurs années, le cas échéant. Dans ce cas, la protection contre l'inflation pourrait s'avérer avantageuse.

Assurance ILD, assurance vie et assurance D et MA – quelle est la différence?

- **Assurance ILD** – Remplace une partie de votre revenu pour une période prolongée si vous subissez une invalidité par suite d'une blessure ou d'une maladie non liée à votre travail.
- **Assurance vie** – Verse une indemnité forfaitaire à votre bénéficiaire en cas de décès.
- **Assurance D et MA** – Verse une indemnité uniquement en cas de décès survenu à la suite d'un accident. L'indemnité s'ajoute à celle de l'assurance vie. Elle prévoit aussi une indemnité pour certaines blessures.

Assurance vie et assurance D et MA

Assurance vie de base

AECOM souscrit automatiquement en votre nom une assurance vie dont la couverture équivaut à une année de votre salaire annuel. La couverture est réduite de 50 % lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans et prend fin à votre 70^e anniversaire.

Assurance vie facultative

Vous pouvez souscrire une assurance vie supplémentaire, facultative, pour vous et votre famille, selon les modalités suivantes :

- **Vous** – Tranches de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 750 000 \$ sur présentation d'une preuve d'assurabilité
- **Conjoint** – Tranches de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 500 000 \$ (ne peut pas dépasser le montant que vous avez acheté pour vous-même) sur présentation d'une preuve d'assurabilité
- **Enfants** – Tranches de 5 000 \$ jusqu'à concurrence de 25 000 \$

Le coût de l'assurance vie facultative pour vous ou votre conjoint dépend de l'âge, du sexe et du statut de fumeur de la personne assurée. Que vous fumiez ou non, vous devez le déclarer au moment de souscrire l'assurance vie facultative, à défaut de quoi votre prime sera calculée comme si vous fumiez. L'assurance vie pour enfants comporte une prime fixe, indépendamment du nombre d'enfants couverts.

Vous trouverez les coûts sur le site AECOMBenefitsOnline.com. La cotisation à ce régime est prélevée sur votre salaire.

Preuve d'assurabilité

Avant d'approuver une assurance vie facultative, la compagnie d'assurance exige une preuve d'assurabilité (PA) qui témoigne de votre bonne santé. Normalement, la preuve d'assurabilité doit accompagner toute demande d'assurance vie facultative des employés ou de leur conjoint. Pour la fournir, remplissez le formulaire Déclaration d'état de santé de la Sun Life.



CONSEIL POUR VOUS AIDER À CHOISIR

L'indemnité d'assurance vie est versée sous forme de paiement forfaitaire non imposable. Voici quelques questions que vous devriez vous poser au moment de décider de souscrire ou non une assurance vie facultative :

- De quel montant votre famille aurait-elle besoin si vous, votre conjoint ou un de vos enfants perdiez la vie?
- Votre famille pourrait-elle compter sur d'autres sources de revenus si vous ou votre conjoint perdiez la vie?
- Votre famille prévoit-elle des dépenses majeures, comme un prêt hypothécaire ou des frais de scolarité?
- Avez-vous les moyens d'assumer le coût des funérailles si vous ou un membre de votre famille perdiez la vie?
- Vous et votre conjoint possédez-vous d'autres assurances vie individuelles ou collectives? Si oui, la couverture est-elle suffisante compte tenu de vos besoins? Le coût est-il concurrentiel?

Vous pouvez également utiliser le [calculateur d'assurance vie](#) offert par la Sun Life pour déterminer le montant d'assurance vie qu'il vous faut.

Assurance D et MA de base

AECOM souscrit automatiquement en votre nom une assurance décès et mutilation accidentels (D et MA) dont la couverture équivaut à une année de votre salaire annuel. La couverture est réduite de 50 % lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans et prend fin à votre 70^e anniversaire.

Assurance D et MA facultative

Vous pouvez souscrire une assurance D et MA facultative, selon les modalités suivantes :

- **Vous** – Tranches de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 500 000 \$
- **Conjoint** – Tranches de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 500 000 \$ ou le montant de la couverture de l'employé, selon le plus bas des deux.
- **Enfants** – Tranches de 5 000 \$ jusqu'à concurrence de 100 000 \$

L'assurance D et MA prend fin à l'âge de 70 ans. Le coût de l'assurance D et MA dépend de la couverture choisie.

Vous trouverez les coûts sur le site [AECOMBenefitsOnline.com](https://www.aecombenefits.com). La cotisation à ce régime est prélevée sur votre salaire.



CONSEIL POUR VOUS AIDER À CHOISIR

- Réfléchissez aux frais que vous pourriez engager si vous ou un membre de votre famille subissiez une blessure grave. Il pourrait s'agir notamment du coût des aménagements spéciaux devant être apportés à votre résidence ou à votre voiture pour accommoder une personne à mobilité réduite, d'une perte de revenu ou de frais de réadaptation.
- Réfléchissez à la couverture d'assurance vie que vous possédez. Avez-vous besoin d'une couverture de D et MA en plus? N'oubliez pas que l'assurance D et MA ne remplace pas l'assurance vie, dont la protection couvre également le décès non accidentel.

Comment fonctionne l'assurance D et MA

- L'assurance D et MA verse une indemnité forfaitaire non imposable en cas de décès ou de blessure grave résultant d'un accident. Elle s'applique en tout temps, pas seulement lorsque vous êtes au travail.
- En cas de décès, l'indemnité de D et MA est versée en plus de l'indemnité d'assurance vie.
- Comme l'indemnité n'est versée qu'en cas de décès ou de blessure grave résultant d'un accident, aucune preuve d'assurabilité n'est requise.
- L'indemnité de D et MA est versée à votre bénéficiaire en cas de décès. Elle vous est versée si vous êtes victime d'une blessure grave.

Assurance contre les maladies graves

L'assurance contre les maladies graves est une assurance facultative qui verse une indemnité forfaitaire non imposable à la personne assurée (vous ou votre conjoint), si elle répond aux critères de survie propres à la maladie grave diagnostiquée, pouvant aller de 14 à 90 jours. Cette somme peut servir à toute fin que vous jugez utile : payer une partie des frais médicaux, payer des soins infirmiers ou des services de garde d'enfants ou apporter des aménagements spéciaux à votre résidence ou à votre véhicule. L'assurance couvre 40 affections différentes, y compris l'infarctus, le cancer et les accidents vasculaires cérébraux. Cette couverture vous est offerte jusqu'à l'âge de 70 ans.

Vos options sont les suivantes :

- **Vous** – Tranches de 5 000 \$ jusqu'à concurrence de 550 000 \$ (preuve d'assurabilité requise pour les montants supérieurs à 60 000 \$ et pour tout nouveau montant souscrit par la suite)
- **Conjoint** – Tranches de 5 000 \$ jusqu'à concurrence de 550 000 \$ (preuve d'assurabilité requise pour les montants supérieurs à 40 000 \$ et tout nouveau montant souscrit par la suite)

La totalité de la cotisation à ce régime est prélevée de votre salaire. Le coût dépend de la couverture choisie et de l'âge, du sexe et du statut de fumeur de la personne assurée. Vous trouverez le coût de la couverture choisie sur le site [AECOMBenefitsOnline.com](https://www.aecombenefits.com).



CONSEIL POUR VOUS AIDER À CHOISIR

- Réfléchissez aux conséquences financières qu'aurait sur votre famille une maladie grave subie par vous ou votre conjoint.
- Lisez attentivement les modalités de cette assurance afin de bien comprendre quelles sont les maladies couvertes et sous quelle forme est versée l'indemnité pour chaque maladie. Vous trouverez plus de détails sur le site [AECOMBenefitsOnline.com](https://www.aecombenefits.com).
- L'assurance contre les maladies graves, quel que soit le montant de la couverture, est assujettie à une limite en cas de trouble préexistant.

Protégez vos êtres chers en mettant à jour vos bénéficiaires

L'une des meilleures façons de protéger votre mieux-être financier consiste à désigner vos bénéficiaires, c.-à-d. les personnes qui recevront vos prestations d'assurance vie et d'assurance D et MA ainsi que le solde de votre régime de retraite si vous décédez. Vous pouvez modifier vos bénéficiaires en tout temps; en fait, il est toujours bon d'examiner et de mettre à jour les renseignements relatifs à vos bénéficiaires pour veiller à ce qu'ils soient exacts et à jour. Si vous décédez et n'avez désigné aucun bénéficiaire ou si les renseignements relatifs à vos bénéficiaires sont inexacts, cela pourrait retarder considérablement le versement des prestations (ou empêcher tout versement) pendant une période très éprouvante pour vos proches. Apprenez-en davantage sur le site [benefitsatAECOM.com](https://www.benefitsatAECOM.com).

Avantages facultatifs

Vous pouvez souscrire des assurances habitation, automobile, animaux de compagnie et frais juridiques à taux de groupe réduits exclusifs aux employés d'AECOM. Ces avantages facultatifs sont administrés par Marsh, et vous pouvez y adhérer à tout moment de l'année.



Assurance habitation et automobile

L'assurance habitation et automobile de Marsh vous permet d'obtenir une garantie étendue à des taux de groupe réduits. Voici les caractéristiques du programme :

- taux de groupe préférentiels réduits;
- modalités de paiement mensuel sans frais de gestion;
- service d'indemnisation d'urgence 24 heures sur 24;
- couverture d'amnistie en cas d'accident facultative.

Pour en savoir plus ou pour obtenir une soumission, composez le **1-877-476-6727**.



Assurance pour animaux de compagnie

Marsh s'est associée à Petsecure pour offrir une garantie étendue en cas de maladies imprévues et d'accidents à prix réduit.

Pour en savoir plus, veuillez composer le **1-888-920-7176** ou visiter le petsecure.com/fr/economical-select pour obtenir une soumission en ligne.



Assurance frais juridiques

L'assurance frais juridiques vous protège contre des événements juridiques imprévus en couvrant vos frais juridiques et en offrant un accès à des avocats expérimentés.

Vous pouvez vous procurer une police DASvivre&conduire pour seulement 150 \$ par année (plus des frais d'administration et les taxes applicables). Cette police offre aussi un accès illimité à des conseils juridiques généraux pour toute question litigieuse, même si elle n'est pas couverte par la police. Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour acheter une police en ligne, veuillez visiter le shop.marsh.ca/solutions/legal-expense-insurance (en anglais seulement).

Well-Being at AECOM

Notre programme canadien de mieux-être offre une variété de ressources et d'activités gratuites pour vous aider à vous sentir bien tout au long de l'année, que ce soit sur le plan physique, émotionnel, financier, social ou écologique. Bien que le mieux-être soit une récompense en soi, vous pouvez aussi débloquent des écussons et obtenir des cartes-cadeaux pour vous aider à rester motivé dans votre quête du mieux-être. Adhérez en tout temps en vous inscrivant sur la [plateforme Sprout](#).

Veillez également à vous joindre à vos collègues partout dans le monde en participant à notre programme mondial de mieux-être. Surveillez les annonces au sujet des défis, des webinaires de mieux-être et des événements virtuels, comme les cours de conditionnement physique et de méditation. Visitez également le site [wellBeingAtAECOM.com](#) (en anglais seulement) en tout temps pour obtenir des applications, des évaluations, des plans d'action et d'autres ressources pour soutenir tous les aspects de votre mieux-être. Pour l'instant, le site est uniquement offert en anglais, mais sera bientôt offert en français.

Jours fériés et congés payés

- AECOM offre 11 jours fériés payés chaque année.
- Vous avez droit à 8 jours de congé de maladie par année (au prorata pour les nouveaux employés, selon leur date d'embauche).
- Le nombre de jours de vacances est déterminé selon le nombre d'années de service :

Années de service	Vacances annuelles
Jusqu'à 9	15 jours
10 à 19	20 jours
20 et plus	25 jours
Cumul (et report) maximum	2 X

Programme d'achat de jours de vacances

Les employés ont la possibilité d'acheter jusqu'à deux semaines de vacances par année civile, par tranches d'une ou de deux semaines. Consultez la page dédiée aux vacances sur Écosystème ou le site [benefitsatAECOM.com](#) pour trouver le manuel de l'employé qui contient les renseignements relatifs aux périodes d'achats de vacances ainsi que le formulaire d'achat de vacances.

Régime de retraite et d'épargne

AECOM offre à ses employés un régime d'épargne-retraite, géré par la Financière Sun Life, qui comprend ce qui suit :

- **Un régime à cotisations déterminées** – AECOM y verse une cotisation équivalant à 2 % de votre salaire annuel de base, que vous cotisiez ou non au régime. Les employés peuvent cotiser jusqu'à 4 % de leur salaire de base et recevoir une cotisation de contrepartie de 50 % de l'employeur, ce qui représente encore 2 % du salaire de base.
- **Un régime enregistré d'épargne-retraite collective (REER collectif) et un compte d'épargne libre d'impôt (CELI)** – Cotisations de l'employé seulement, sous réserve des limites prévues par la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada).

Régime d'achat d'actions des employés (RAAE)

Géré par Merrill, le régime d'achat d'actions des employés vous fait bénéficier d'une réduction de 12 % sur le prix d'achat des actions de la société.

Programme d'aide aux employés

Grâce au programme d'aide aux employés (PAE) de GuidanceResources, vous et les membres admissibles de votre ménage pouvez accéder à un service de consultation confidentiel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour vous aider à gérer des situations telles que des problèmes conjugaux, l'alcoolisme, la toxicomanie, des difficultés financières ou des problèmes généraux liés au stress ou à la dépression. Vous pouvez aussi faire appel au PAE si vous avez besoin d'aide pour accéder à des services financiers, à des conseils juridiques ou à des ressources qui vous aideront à maintenir l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. De nombreux problèmes peuvent être traités directement par les professionnels du PAE, mais, s'il le faut, ces derniers vous dirigeront vers d'autres ressources. Le PAE est accessible en tout temps. Il suffit de téléphoner à ComPsych, au 1-877-616-0509 (en anglais, 1-800-497-9096) ou d'aller sur le site guidanceresources.com (code d'entreprise : AECOM) et de sélectionner le drapeau du Canada. Aucune adhésion requise – la couverture est automatique, et AECOM paie la totalité des coûts du programme.

Assurance voyage d'affaires

Vous (de même que votre conjoint et les enfants à charge qui voyagent avec vous) êtes admissible au programme d'assurance pour voyage d'affaires. Ce programme comprend une assistance voyage, un service de renseignements sur les risques de voyage dans certains pays, une assurance accident pour voyages d'affaires (AVA) et une assurance soins médicaux d'urgence à l'étranger. Aucune adhésion requise – la couverture est automatique, et AECOM paie la totalité des coûts du programme.

Care.com

Care.com vous aide à trouver des fournisseurs de soins pour divers besoins familiaux, notamment pour un enfant, une personne âgée, un animal de compagnie ou votre domicile. Vous pouvez effectuer des recherches dans le réseau de fournisseurs Care.com et accéder GRATUITEMENT aux ressources de Care.com. AECOM paie les frais d'adhésion. Votre couverture Care.com comprend également des soins de remplacement pour les adultes et les enfants subventionnés par AECOM.

Programme de conditionnement physique au Canada

Le programme de conditionnement physique au Canada vous offre les ressources et le soutien dont vous et votre famille avez besoin pour conserver un mode de vie sain.

Reconnaissance d'ancienneté

Le programme de récompense d'anniversaire d'entrée en service souligne les années de service par tranches de cinq ans.

Programme d'aide aux études et de première certification

Le programme d'aide aux études et de première certification d'AECOM vous aide à faire avancer votre carrière en améliorant vos compétences et votre expertise professionnelles.

Ces programmes sont offerts à la seule discrétion de l'entreprise et peuvent varier selon le groupe commercial. Vous trouverez de plus amples renseignements sur tous les avantages sociaux d'AECOM sur le site benefitsatAECOM.com.

Comment adhérer du 2 au 20 novembre 2020

Étape 1 : Rendez-vous sur le site [AECOMBenefitsOnline.com](https://www.aecombenefitsonline.com) et saisissez le code d'accès et le mot de passe que vous avez déjà utilisés pour vous inscrire sur le site. Si vous avez oublié votre code d'accès, vous le trouverez sur votre carte d'assurance maladie Sun Life.

Si vous ne possédez pas de carte de la Sun Life, vous trouverez votre code d'accès en suivant ces directives :

- Les employés de DCS trouveront leur identifiant Workday en ouvrant une session dans monÉcosystème > Centre des employés et en cliquant sur le lien Workday. L'identifiant se trouve sur la page de profil.
 - Si vous ne trouvez toujours pas votre code d'accès après avoir suivi ces étapes, vous pouvez soumettre un billet au Centre de services aux employés.

Étape 2 : Vérifiez votre régime d'assurance collective et les renseignements sur vos personnes à charge et bénéficiaires. (Bien que la période d'adhésion constitue le moment opportun pour le faire, vous pouvez passer en revue et mettre à jour vos bénéficiaires en tout temps.) Choisissez les personnes à charge que vous voulez inclure et vérifiez l'exactitude des renseignements qui les concernent.

Étape 3 : Examinez vos documents d'adhésion.

Étape 4 : Faites votre choix d'assurance collective pour 2021 et déterminez la façon de répartir le montant alloué à votre compte de dépenses, soit entre votre compte gestion-santé (CGS) et votre compte de dépenses personnel (CDP). Vous verrez toutes les options et les coûts s'y rattachant. Si vous ne voulez pas faire de changements, vos choix actuels seront maintenus en 2021, et la prestation annuelle de votre compte de dépense sera acheminée à votre CGS.

Vous n'avez jamais visité le site [AECOMBenefitsOnline.com](https://www.aecombenefitsonline.com)?

Si vous n'avez jamais utilisé le site [AECOMBenefitsOnline.com](https://www.aecombenefitsonline.com), rendez-vous sur la page de connexion, cliquez sur **Première fois?**, saisissez votre **identifiant d'accès** et suivez les étapes indiquées.

Des questions?

Si vous avez des questions ou besoin d'aide, communiquez avec le **Centre d'assurance collective d'AECOM**, au 1-833-411-5520. Des représentants se tiennent à votre disposition du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure de l'Est.

Puis-je modifier mes options durant l'année?

Uniquement si vous vivez un événement marquant :

- Un changement de situation de famille ou d'état matrimonial
- Une naissance ou l'adoption d'un enfant
- La modification de votre protection ou de celle de vos personnes à charge en vertu du régime de votre conjoint
- Un changement d'admissibilité de votre enfant
- Un changement de province de résidence
- Le décès d'une personne à charge

Après un événement marquant, vous pouvez augmenter ou diminuer votre couverture de soins de santé et modifier votre option d'assurance invalidité de longue durée. Vous devez effectuer tout changement dans les 31 jours suivant l'événement. Sinon, vous devrez attendre la prochaine période d'adhésion pour le faire.

Vous pouvez modifier l'assurance vie facultative, l'assurance D et MA et l'assurance contre les maladies graves en tout temps durant l'année.

Pour effectuer un changement relatif à un événement marquant, rendez-vous sur le site

[AECOMBenefitsOnline.com](https://www.aecombenefitsonline.com)

ou communiquez avec le Centre d'assurance collective d'AECOM au **1-833-411-5520**.

Couverture par défaut si vous n'adhérez pas d'ici le 20 novembre 2020

Si vous ne faites pas vos choix de prestations 2021 lors de la période d'adhésion à l'assurance collective, vous bénéficierez automatiquement de la couverture par défaut suivante :

Assurance	Couverture par défaut pour 2021
Soins de santé (médicaux et dentaires)	<ul style="list-style-type: none"> • Vous conservez le même module de soins de santé qu'actuellement • Si vous habitez au Québec et avez renoncé à l'assurance médicale et dentaire, cette renonciation restera en vigueur
Compte gestion-santé et compte de dépenses personnel	La contribution annuelle au compte de dépenses sera versée par défaut dans le CGS.
Assurance vie de base et assurance D et MA	Une (1) fois le salaire annuel, arrondi à la tranche de 1 000 \$ supérieure s'il ne correspond pas déjà à un multiple de 1 000 \$
Assurance vie facultative	La même qu'actuellement
Assurance D et MA facultative	La même qu'actuellement
Assurance accident pour voyage d'affaires	Cinq (5) fois le salaire annuel, arrondi à la tranche de 1 000 \$ supérieure, si elle ne correspond pas déjà à un multiple de 1 000 \$ (aucune adhésion requise)
Assurance invalidité de courte durée	La même qu'actuellement
Assurance invalidité de longue durée	La même qu'actuellement
Assurance contre les maladies graves	La même qu'actuellement
Programme d'aide aux employés (PAE)	Le même qu'actuellement (aucune adhésion requise)
Avantages facultatifs (habitation, automobile, animaux et frais juridiques)	Les mêmes qu'actuellement (vous pouvez adhérer à ces assurances à tout moment de l'année)

Pour obtenir de plus amples renseignements

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur ces différents sujets et sur l'assurance collective d'AECOM, y compris les coordonnées des personnes-ressources, visitez le site benefitsatAECOM.com.

Des questions?

Si vous avez des questions ou besoin d'aide, communiquez avec le Centre d'assurance collective d'AECOM au **1-833-411-5520**. Des représentants sont à votre disposition du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure de l'Est.