

## Guide de référence du portail GreenShield

Ce document a été créé pour vous aider à compléter votre adhésion à GreenShield.

**Voici les instructions nécessaires pour créer votre compte ainsi sur le portail de GreenShield pour l'inscription:**

1. Étape 1 : Cliquez sur « **S'inscrire** ».



2. Étape 2 : Sélectionnez la première option « **un employeur ou une organisation** »

A screenshot of the GreenShield+ registration options page. The page is titled 'Comment accédez-vous à GreenShield+?' and asks the user to select one of the following options: 'Par l'intermédiaire d'un employeur ou d'une organisation', 'En tant que personne à charge', 'Dans le cadre d'un régime d'assurance individuelle', and 'En tant que particulier'. The first option is selected, indicated by a red arrow and a large number '2'. To the right of the options, there is a section titled 'Vous ne savez pas quelle option choisir?' which provides instructions for each option. The first instruction is for 'Par l'intermédiaire d'un employeur ou d'une organisation', which includes details about health insurance and identification numbers. The second instruction is for 'Par l'intermédiaire d'un membre de la famille', which includes details about being a dependent or having access to services.

Cliquez sur **Continuer**

3. Étape 3 : Cochez la case indiquant votre consentement aux conditions.

Consentement aux conditions

---

## Consentement aux conditions

Nos conditions générales et notre politique de confidentialité ont été récemment mises à jour. Pour continuer à utiliser notre application, veuillez consulter et accepter nos conditions mises à jour.

Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels, tel que décrit dans notre [politique de confidentialité](#), ainsi qu'aux [conditions générales](#) régissant les services de GreenShield, ce site Web et la plateforme GS+. **(obligatoire)**

3

Besoin d'aide? Consultez notre Centre d'aide

Cliquez sur **Continuer**

4. Étape 4 : Sélectionnez l'option indiquant que vous disposez d'un **numéro de certificat**.

Sélectionnez votre type d'identifiant

Sélectionnez l'une des options suivantes :

J'ai un numéro d'identification  
(p. ex., 123456-00 ou ABC123456-00)  
provenant d'un courriel de bienvenue  
ou d'une carte d'assurance

Où puis-je trouver mon n°  
d'identification de personne assurée?

J'ai un code d'organisation  
Vous avez reçu un code d'organisation  
par l'entremise d'un courriel de  
bienvenue ou d'une communication de  
votre employeur ou de votre  
organisation

J'ai un numéro de certificat  
Vous avez reçu un **numéro de certificat**  
par l'entremise d'un courriel de  
bienvenue ou d'une communication de  
votre employeur ou de votre  
organisation

Cliquez sur **Continuer**.

5. Étape 5 : Entrez l'adresse **courriel** que vous souhaitez utiliser pour vous connecter à GreenShield+.

*N.B. Il n'est pas nécessaire que ce soit votre adresse courriel professionnelle.*

Vérification de l'adresse courriel

### Entrez votre courriel

Entrez le courriel que vous voulez utiliser pour vous connecter.

Courriel

Retour Continuer

Besoin d'aide? Consultez notre Centre d'aide

Cliquez sur **Continuer**.

6. Étape 6 : Vous recevrez un courriel contenant un code de vérification.

**Entrez le code.**

Vérification de l'adresse courriel

### Vérifiez vos courriels

Nous vous avons envoyé un code de vérification à Entrez-le ci-dessous.

Code de vérification

envoyer un nouveau code

Retour Continuer

Besoin d'aide? Consultez notre Centre d'aide

Cliquez sur **Continuer**

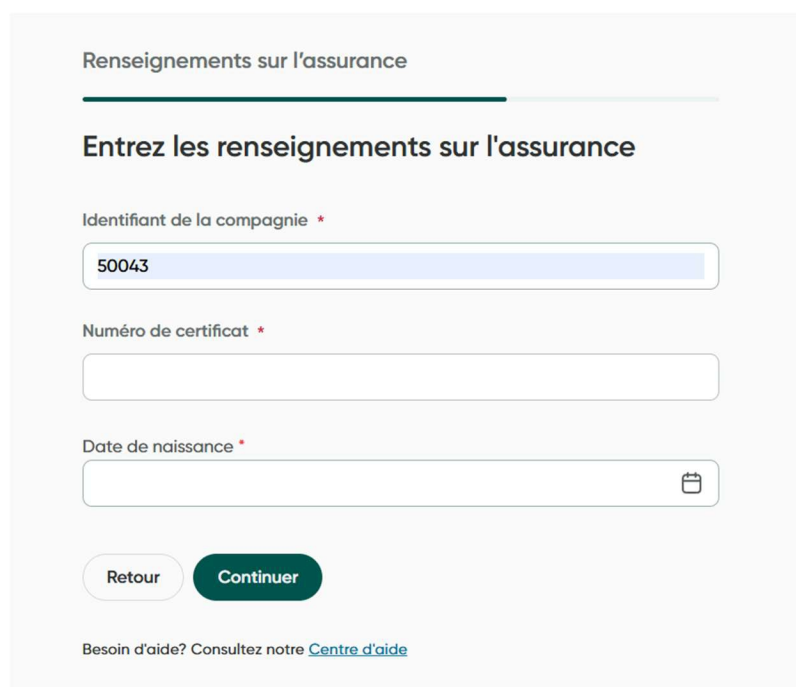
7. Étape 7 : Entrez les informations à l'écran.

- **L'identifiant de l'entreprise/numéro** de client est 50043
- **Le numéro de certificat** correspond à votre numéro de la ville et matricule.

Ces informations figuraient également dans votre courriel d'inscription.

Remplissez vos **informations personnelles** pour votre profil de GreenShield.

Si vous y êtes invité, **sélectionnez un mot de passe**.



The screenshot shows a web form titled "Renseignements sur l'assurance". Below the title is a progress bar. The main heading is "Entrez les renseignements sur l'assurance". There are three input fields: "Identifiant de la compagnie" with the value "50043", "Numéro de certificat" (empty), and "Date de naissance" (empty with a calendar icon). At the bottom, there are two buttons: "Retour" and "Continuer". A link for "Centre d'aide" is also present.

Renseignements sur l'assurance

---

### Entrez les renseignements sur l'assurance

Identifiant de la compagnie \*

Numéro de certificat \*

Date de naissance \*

[Retour](#) [Continuer](#)

Besoin d'aide? Consultez notre [Centre d'aide](#)


Votre compte est créé ! Vous pouvez désormais vous **inscrire aux avantages sociaux**.

## Étapes à suivre pour finaliser votre adhésion :

Une fois connecté au site, vous accédez à l'écran d'accueil où vous verrez une tâche à effectuer. Veuillez cliquer sur « **Commencer** » pour démarrer votre adhésion.



À faire

 **Nouvelle embauche**  
Date d'expiration 1 mars 2026.

**Commencer →**

La page suivante apparaîtra. Veuillez noter la date limite indiquée à droite. Vous avez jusqu'à la date affichée pour compléter votre adhésion. Vous pouvez également quitter la page et y revenir à tout moment pour compléter votre adhésion. C'est votre dernière soumission qui sera enregistrée. Nous vous recommandons de ne pas passer de l'anglais au français pendant votre session. Cela peut entraîner l'affichage des deux langues dans le portail dans certains cas. Si vous souhaitez changer de langue, nous vous recommandons de vous déconnecter et de recommencer dans la langue de votre choix. Vous trouverez un guide de dépannage à la fin de ce document.

Adhésion

### Bienvenue à votre adhésion à votre régime d'avantages sociaux!



Continuer



#### Date limite: 31 janv. 2026

Vous pouvez suspendre le processus de réadhésion à tout moment. Vos renseignements sont sécurisés, et vous pourrez revenir quand vous le voudrez.

Toutefois, si vous n'effectuez pas votre réadhésion et n'apportez aucune modification, votre couverture sera définie par défaut en fonction des règles de votre régime d'assurances collectives.

La page suivante est celle des conditions générales d'utilisation, qui décrit les conditions d'utilisation du site. **Cochez la case** et sélectionnez « **Continuer** » pour poursuivre.

Adhésion

## Conditions

Vous êtes autorisé à divulguer des renseignements sur votre conjoint et vos personnes à charge, le cas échéant, afin de les inscrire à ce régime. En vous inscrivant, vous autorisez ce qui suit:

1. Le Syndicat des Cols bleus regroupés de Montréal, section locale 301, ses agents et ses fournisseurs de services y compris l'assureur du régime, à utiliser et à échanger les renseignements recueillis dans le cadre de cette inscription pour souscrire la demande d'assurance collective, administrer les garanties et statuer sur les demandes de règlement présentées en mon nom et/ ou au nom de mes personnes à charge.
2. Le Syndicat des Cols bleus regroupés de Montréal, section locale 301, utilisera les renseignements recueillis dans le cadre de cette inscription pour l'administration des assurances collectives et pour effectuer les retenues salariales nécessaires, le cas échéant.

J'ai lu et j'accepte les présentes conditions.

← Retour

Continuer →



### Date limite: 1 mars 2026

Vous pouvez suspendre le processus de réadhésion à tout moment. Vos renseignements sont sécurisés, et vous pourrez revenir quand vous le voudrez.

Toutefois, si vous n'effectuez pas votre réadhésion et n'apportez aucune modification, votre couverture sera définie par défaut en fonction des règles de votre régime d'assurances collectives.

La page suivante est la page Informations personnelle (étape 1). Elle contient des informations personnelles telles que votre nom, votre date de naissance et votre salaire. Si l'une de ces informations doit être mise à jour, veuillez contacter votre employeur.

[Retour au tableau de bord](#) Adhésion / Renseignements personnels 13%

### Renseignements personnels

Renseignements personnels  
Étape 1 de 5

- Personnes à charge
- Garanties
- Bénéficiaires
- Confirmation

#### Renseignements sur la personne assurée

**Veillez vérifier que vos informations personnelles sont exactes. Si vous devez modifier un des détails suivants, veuillez communiquer avec votre employeur.**

Nom	Date de naissance
L1C4 Plan9	15 déc. 1990
Préférences linguistiques	Sexe
Anglais	Homme
Province ou territoire de résidence	Vous travaillez au
Québec	Québec

Sélectionnez le bouton « **Suivant** » pour continuer. Vous pouvez également utiliser le bouton « **Retour** » sur n'importe quelle page pour revenir à la page précédente.

La page suivante est la page « **Personnes à charge** » (étape 2). C'est ici que vous pouvez modifier (ajouter ou supprimer) des « personnes à charge ». Pour ajouter un conjoint ou un enfant, cliquez sur le bouton vert « **Ajouter un conjoint ou un enfant** » et remplissez les informations relatives à la nouvelle personne à charge.

Retour au tableau de bord

Adhésion / Personnes à charge

25%

Renseignements personnels  
Étape 1 de 5

Personnes à charge  
Étape 2 de 5

Garanties

Bénéficiaires

Confirmation

### Personnes à charge

Ajouter votre conjoint(e) ou un enfant

Veillez réviser, ajouter ou modifier les informations ci-dessous relatives aux personnes à charge couvertes dans votre régime d'assurance collective. Si vous avez des enfants à charge de plus de 21 ans, veuillez fournir des preuves d'étude à temps plein ou de handicap au syndicat à l'adresse suivante dans un délai de 30 jours, sans quoi leur couverture pourrait être résiliée: confirmation@scfp301.qc

Nom de la personne assurée	Date de naissance	Lien	Statut	Aux études	
Conjoint Test	1970-11-01	Conjoint	actif(ve)	Non	Modifier Supprimer

Retour Suivant

Vous voulez suspendre momentanément le processus? Vous pouvez quitter l'application à tout moment et reprendre plus tard là où vous en étiez.

Si vous avez une personne à charge âgée de 21 à 26 ans qui est inscrite à temps plein dans une école, veuillez cocher la case indiquant que cette personne est un étudiant et envoyer une preuve d'études à votre syndicat, à l'adresse indiquée dans la note à l'écran.

### Modifier la personne à charge

Nom de famille \*

Test

Prénom légal \*

Enfant

Lien \*

Enfant

Date de naissance \*

2005-01-01

Sexe \*

Homme

Cette personne à charge est aux études à temps plein.

Est-ce un enfant à charge qui a un handicap?

Annuler Enregistrer

La page suivante est la page Avantages sociaux (étape 3) où vous pouvez sélectionner les avantages sociaux qui vous conviennent, à vous et à votre famille.

Plus bas sur la page, vous trouverez la liste des avantages sociaux auxquels vous avez droit.

Dans le bouton « **Afficher par mois** », vous pouvez utiliser le menu déroulant pour sélectionner la fréquence de paie à laquelle vous souhaitez afficher vos choix d'avantages sociaux. Le bouton « Modifier » dans la case correspondant à certains avantages sociaux vous permet de choisir des options lorsqu'il existe plusieurs options de couverture.

La case située à droite de la page intitulée « **Retenues salariales, taxes de vente comprises** » vous permet de consulter les retenues salariales. Ces valeurs incluent les taxes, contrairement aux valeurs indiquées dans la case des avantages sociaux.

The screenshot shows the 'Garanties' page with a sidebar on the left containing navigation options: 'Renseignements personnels', 'Personnes à charge', 'Garanties', 'Bénéficiaires', and 'Confirmation'. The main content area is titled 'GARANTIES' and 'Garanties obligatoires', with a note that 2221,80 \$ of flexible dollars are attributed annually. It features three main sections: 'Soins médicaux', 'Soins dentaires', and 'Retenues salariales (taxes de vente comprises)'. The 'Soins médicaux' section shows a monthly cost of 178,02 \$ and a 'Modifier' button. The 'Soins dentaires' section shows a monthly cost of 44,26 \$ and a 'Modifier' button. The 'Retenues salariales' section lists various deductions: Soins médicaux (0,00 \$), Soins dentaires (48,24 \$/mois), Médecine (0,00 \$), Assurance vie de base (26,98 \$/mois), and Assurance décès et mutilation accidentels - Employé (0,38 \$/mois). A total monthly cost of 75,60 \$ is shown at the bottom. A red arrow points to the 'Afficher par mois' dropdown menu, which is currently set to 'par mois' and includes options for 'par année', 'Hebdomadaire', 'par quinzaine', and 'deux fois par mois'. Another red box highlights the 'Modifier' button in the 'Soins dentaires' section.

Cliquez sur le bouton « **Modifier** » pour sélectionner l'option pour laquelle vous souhaitez bénéficier d'une couverture. La garantie s'ouvrira pour afficher les options qui s'offrent à vous.

Cliquez sur le bouton « **Sélectionner** » pour l'option que vous souhaitez.

Veillez à cliquer sur le bouton « **Enregistrer** », sinon votre sélection ne sera pas enregistrée. Cliquez sur le bouton « **Enregistrer** » pour mettre à jour les coûts.

Si vous avez choisi l'option de renonciation aux soins médicaux et dentaires, veuillez envoyer une preuve de couverture ailleurs au syndicat à l'adresse indiquée dans la note sur le site.

## GARANTIES

### Garanties obligatoires

Voici les garanties offertes par votre employeur.

Si vous choisissez de renoncer à la couverture, comme indiqué dans cet écran d'inscription, veuillez envoyer une preuve de votre couverture ailleurs au syndicat à l'adresse suivante dans un délai de 30 jours, sans quoi la couverture par défaut, et tout paiement associé pourraient être octroyés : [confirmation@scfp301.qc.ca](mailto:confirmation@scfp301.qc.ca)

Pour comparer les différences entre les options, cliquez sur « **Afficher les renseignements** » en bleu pour ouvrir un document comparatif présentant les différences entre les couvertures Renonciation, Bronze, Or, Argent et Platine (ce document ne peut être consulté que pour les prestations de soins de santé et dentaires).

Retour au tableau de bord / Adhésion / Garanties 38%

Renseignements personnels Étape 1 de 5

Personnes à charge Étape 2 de 5

**Garanties Étape 3 de 5**

Bénéficiaires

Confirmation

### GARANTIES

#### Garanties obligatoires

Voici les garanties offertes par votre employeur.  
Total des Dollars flexibles attribués: 5 601,36 \$/année

Afficher par mois ▾

#### Soins médicaux

Annuler Enregistrer

Voulez-vous la garantie de Soins médicaux?

Oui

Non, je demande une exemption

Sélectionnez une option

Option	Coût de la garantie	Votre part	Payé avec mes Dollars Flexibles
<b>Bronze Monoparentale</b>	0,00 \$	🔒	🔒

Afficher les renseignements

Sélectionner

#### Retenues salariales (taxes de vente comprises)

Garanties obligatoires

Soins médicaux	0,00 \$
Soins dentaires	83,84 \$/mois
Télémedecine	0,00 \$
Assurance vie de base	26,98 \$/mois
Assurance vie des personnes à charge	4,22 \$/mois
Assurance décès et mutilation accidentels - Étant donné	0,38 \$/mois

Les garanties facultatives sont présentées à la deuxième page des pages consacrées aux garanties. Si une preuve d'assurabilité est requise, un message en bleu apparaîtra pour vous en informer. Les formulaires seront mis à votre disposition à la fin du processus d'adhésion.

Personnes à charge  
Étape 2 de 5

**Garanties**  
Étape 3 de 5

Bénéficiaires

Confirmation

Afficher par mois ▾

### Vie facultative - Employé

100 000,00 \$

**Preuves d'assurabilité requises**

Vous avez sélectionné une garantie qui nécessite des preuves d'assurabilité. Après avoir confirmé votre réadhésion, vous pourrez télécharger les formulaires requis. Veuillez remplir ces formulaires dès que possible, car votre couverture d'assurance n'entrera en vigueur qu'une fois votre demande approuvée.

Votre part	Dollars "flex" utilisés
6,40 \$/mois	0,00 \$
Niveau de couverture	Date d'entrée en vigueur
100 000,00 \$	30 décembre 1899

[Modifier](#)

### Vie facultative - Conjoint

Votre part	Dollars "flex" utilisés
0,00 \$	0,00 \$
Niveau de couverture	Date d'entrée en vigueur
	-

[Modifier](#)

### Vie facultative - Enfant

Votre part	Dollars "flex" utilisés
0,00 \$	0,00 \$

[Modifier](#)

#### Retenues salariales (taxes de vente comprises)

<b>Garanties obligatoires</b>	
Soins médicaux	0,00 \$
Soins dentaires	0,00 \$
Assurance vie de base	0,00 \$
Assurance vie des personnes à charge	0,00 \$
Assurance décès et mutilation accidentels	0,00 \$
Invalidité de courte durée	0,00 \$
Invalidité de longue durée	0,00 \$
<b>Garanties facultatives</b>	
Vie facultative - Employé	6,91 \$/mois
Vie facultative - Conjoint	0,00 \$
Vie facultative - Enfant	0,00 \$
Maladies graves facultative -	0,00 \$

Pour ajouter des garanties facultatives, cliquez sur « **Modifier** ».

**GARANTIES**

**Garanties facultatives**

Il s'agit de garanties facultatives que vous pouvez ajouter à votre régime d'assurance.

Total des Dollars flexibles attribués: 2221,80 \$/année

Afficher par mois ▾

### Vie facultative - Employé

\$0,00

Votre part	Dollars Flexibles utilisés
0,00 \$	0,00 \$
Niveau de couverture	Date d'entrée en vigueur
\$0,00	-

[Modifier](#)

### DMA facultative - Employé et familiale

\$0,00

Votre part	Dollars Flexibles utilisés
0,00 \$	0,00 \$
Niveau de couverture	Date d'entrée en vigueur
\$0,00	-

[Modifier](#)

#### Retenues salariales (taxes de vente comprises)

<b>Garanties obligatoires</b>	
Soins médicaux	0,00 \$
Soins dentaires	48,24 \$/mois
Télé médecine	0,00 \$
Assurance vie de base	26,98 \$/mois
Assurance décès et mutilation accidentels - Employé	0,38 \$/mois
<b>Garanties facultatives</b>	
Vie facultative - Employé	0,00 \$
DMA facultative - Employé et familiale	0,00 \$
<b>Votre part</b>	<b>75,60 \$/mois</b>

Si vous êtes fumeur, veuillez sélectionner « **Oui** » pour la garantie vie facultative (veuillez noter que cela ne s'applique pas à la garantie facultative assurance décès et mutilation accidentelle (DMA)).

Saisissez le montant de la couverture que vous souhaitez souscrire.

Cliquez sur « **Enregistrer** ».

Afficher par mois ▾

### Vie facultative - Employé

[Annuler](#) [Enregistrer](#)

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé ou consommé du tabac, de la nicotine ou du cannabis mélangé à du tabac, ou des produits à fumer sous toute autre forme ?

Oui  Non

Quel montant d'assurance voulez-vous?

80000

[Calculer la prime](#)

Tranches de 10 000 \$. Votre montant maximum est de 250 000,00 \$

Niveau de couverture	Coût de la garantie	Votre part
0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$

### DMA facultative - Employé et familiale

[Modifier](#)

**\$0.00**

Votre part	Dollars Flexibles utilisés
0,00 \$	0,00 \$
Niveau de couverture	Date d'entrée en vigueur
\$0.00	-

### Retenues salariales (taxes de vente comprises)

Garanties obligatoires

Soins médicaux	0,00 \$
Soins dentaires	48,24 \$/mois
Télémédecine	0,00 \$
Assurance vie de base	26,98 \$/mois
Assurance décès et mutilation accidentels - Employé	0,38 \$/mois

Garanties facultatives

Vie facultative - Employé	0,00 \$
DMA facultative - Employé et familiale	0,00 \$

Votre part 75,60 \$/mois

### Besoin de renseignements supplémentaires ?

La page suivante est la page bénéficiaire (étape 4) où vous pouvez désigner vos bénéficiaires. Une fois que vous avez désigné vos bénéficiaires, cliquez sur le bouton vert « **Suivant** » en bas de la page. Veuillez noter que la désignation sera automatiquement révocable, sauf si la case « **irrévocable** » est cochée.

### Bénéficiaires

Je désigne la personne suivante comme bénéficiaire révocable, sauf indication contraire dans la case irrévocable, du montant d'assurance payable en cas de décès conformément aux modalités du présent régime de garanties collectives. Si le bénéficiaire n'est pas vivant, la prestation de décès sera versée à ma succession, ou au bénéficiaire subsidiaire, si nommé.

Si vous avez désigné un bénéficiaire irrévocable\*, vous ne pouvez pas modifier ou supprimer les renseignements concernant ce bénéficiaire à moins d'obtenir d'abord son autorisation écrite à l'aide du formulaire de consentement à la renonciation du bénéficiaire irrévocable. Si le bénéficiaire désigné comme irrévocable est mineur, vous devez attendre qu'il atteigne l'âge de la majorité pour obtenir son consentement avant de modifier tout renseignement le concernant.

**Résidents hors Québec:** Veuillez noter que si vous désignez un enfant mineur comme bénéficiaire, vous devrez nommer un fiduciaire.

\*Un bénéficiaire irrévocable est une personne désignée dans une police d'assurance-vie dont la désignation ne peut être modifiée par le titulaire de la police sans le consentement explicite et écrit du bénéficiaire. Cela rend la désignation permanente et garantit que le paiement sera versé à cette personne spécifique, offrant ainsi une plus grande sécurité au bénéficiaire. Ce statut signifie également que le titulaire de la police ne peut pas modifier la répartition des pourcentages entre les bénéficiaires. Il est également important de noter que si vous désignez un mineur, celui-ci ne pourra pas renoncer à sa désignation irrévocable avant d'avoir atteint l'âge légal.

### Premiers ou premières bénéficiaires

Les premiers ou premières bénéficiaires désignés pour une police d'assurance sont les premiers à recevoir les prestations prévues.

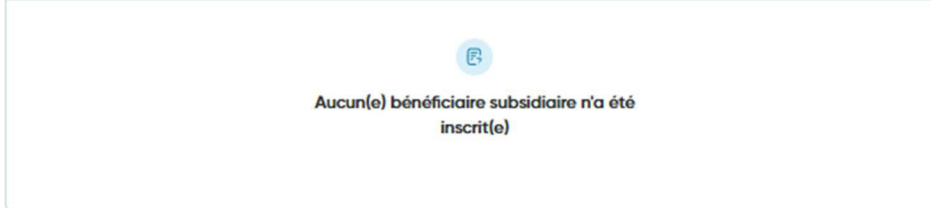
Ajouter un ou une bénéficiaire

Nom	Lien	Assurance vie de base	Assurance décès et mutilation accidentels - Employé	Vie facultative - Employé
John Gilbert	Conjoint	<input type="text" value="100%"/> <input type="checkbox"/> Irrévocable	<input type="text" value="100%"/> <input type="checkbox"/> Irrévocable	<input type="text" value="100%"/> <input type="checkbox"/> Irrévocable
Total		<input type="text" value="100%"/>	<input type="text" value="100%"/>	<input type="text" value="100%"/>

### Bénéficiaires subsidiaires

Des bénéficiaires subsidiaires peuvent être désignés comme bénéficiaires d'une police d'assurance advenant le cas où les premiers ou premières bénéficiaires décèdent et ne peuvent recueillir la somme au moment où elle sera versée.

Ajouter un ou une bénéficiaire

Nom	Lien	Assurance vie de base	Assurance décès et mutilation accidentels - Employé	Vie facultative - Employé
				

Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, ou que vos bénéficiaires primaires et subsidiaires décèdent avant vous, les prestations seront versées à votre succession.

← Retour

Suivant →

Vous voulez suspendre momentanément le processus? Vous pouvez quitter l'application à tout moment et reprendre plus tard là où vous en étiez.

La page suivante est la page de confirmation (étape 5 et dernière étape), où vous pouvez vérifier toutes les informations et les sélections des pages précédentes.

← Retour au tableau de bord      Adhésion / Confirmation      100%

### Confirmation

Cliquez sur le bouton soumettre pour appliquer vos modifications. Une fois que vous avez soumis, vous ne pourrez pas changer votre couverture sans un événement de vie admissible jusqu'à la prochaine période d'inscription. Si vous devez apporter des modifications, cliquez sur le bouton "Faire les modifications" approprié ci-dessus.

#### Renseignements sur la personne assurée

**Veillez vérifier que vos informations personnelles sont exactes. Si vous devez modifier un des détails suivants, veuillez communiquer avec votre employeur.**

Nom	Date de naissance
LIC4 Plan9	15 déc. 1990
Préférences linguistiques	Sexe
Anglais	Homme
Province ou territoire de résidence	Vous travaillez au
Québec	Québec

Si vous souhaitez apporter des modifications, cliquez sur les boutons « **Modifier** » disponibles.

### Personnes à charge

[Modifier les renseignements sur les personnes à charge](#)

Nom de la personne assurée	Date de naissance	Lien	Statut	Aux études
Conjoint Test	1985-12-11	Conjoint	actif(ve)	Non
Enfant Test	2005-01-01	Enfant	actif(ve)	Oui

### Garanties

Afficher par mois ▾ [Modifier les garanties](#)

Coût de la garantie (Taxe de vente incluse)	Votre part (Taxe de vente incluse)
483,98 \$	119,25 \$

Nom de la garantie	Description de la couverture	Date d'entrée en vigueur de la couverture	Niveau de couverture	Coût de la garantie
Soins médicaux	Bronze	2025-11-01	Famille	321,30 \$
Soins dentaires	Argent	2025-11-01	Famille	123,57 \$
Télémedecine	Couverture	2025-12-01	Famille	1,26 \$

Assurez-vous de cocher la case pour confirmer vos sélections. Cliquez ensuite sur le bouton vert «**Suivant** » en bas de la page.


## Bénéficiaires

 [Modifier les bénéficiaires](#)

### Premiers ou premières bénéficiaires

Nom	Lien	Assurance vie de base	Assurance décès et mutilation accidentels - Employé	Vie facultative - Employé
John Gilbert	Conjoint	100%	100%	100%

### Bénéficiaires subsidiaires

Nom	Lien	Assurance vie de base	Assurance décès et mutilation accidentels - Employé	Vie facultative - Employé
 <b>Aucun(e) bénéficiaire subsidiaire n'a été inscrit(e)</b>				

Je confirme mes choix et comprends que cette soumission est finale pour cette session d'inscription. Je désigne par la présente la ou les personnes indiquées comme bénéficiaires. Je comprends que cette désignation remplace automatiquement toute désignation antérieure que j'ai faite pour ces régimes et que je peux modifier cette désignation à tout moment, sauf si ma désignation antérieure était irrévocable. Toutefois, pour les résidents du Québec uniquement, si le participant avait désigné son conjoint légal (par mariage ou union civile) comme bénéficiaire, cette désignation est considérée comme irrévocable, sauf si le participant avait désigné le conjoint de manière révocable. Si vous avez désigné un bénéficiaire irrévocable et que vous devez le modifier à l'avenir, veuillez consulter « Mes documents » pour obtenir le formulaire de renonciation et les instructions.

[← Retour](#)

[Suivant →](#)

Vous voulez suspendre momentanément le processus? Vous pouvez quitter l'application à tout moment et reprendre plus tard là où vous en étiez.

Vous avez terminé votre adhésion! Si vous souhaitez consulter votre relevé de confirmation, cliquez sur le lien ci-dessous.



Félicitations Sarah, vous avez terminé votre réadhésion pour la prochaine année!

[Voir les documents du régime](#)

[Aller au tableau de bord](#)

Voici votre régime d'assurance

#### Garanties

Soins médicaux

**Argent**

Individuelle

Soins dentaires

**Argent**

Individuelle

Télémedecine

**Couverture**

Individuelle

Assurance vie de base

**75 000 \$**

75 000,00 \$

Assurance décès et mutilation  
accidentels - Employé

**10 000 \$**

10 000,00 \$

Vie facultative - Employé

**80 000,00 \$**

80 000,00 \$

#### Événements de la vie

Consultez les événements de votre vie dans les paramètres de votre compte pour connaître les changements à venir dans votre vie ou votre famille.

[Afficher les événements de vie →](#)

#### Déclaration de confirmation

Consultez votre déclaration de confirmation dans Mes documents dans les paramètres de votre compte.

[Afficher mes documents →](#)



Vous verrez alors apparaître ce qui suit :

[← Retour aux paramètres du compte](#)

## Mes documents

[Documents](#) [Vidéos](#)

### Vos documents



Preuves d'assurabilité  
Nouvel embauche  
PDF - 8 janv. 2026

[Télécharger](#)



Déclaration de confirmation  
Nouvel embauche  
PDF - 8 janv. 2026

[Télécharger](#)

**Félicitations, vous avez terminé !**

**Conseils de dépannage pour l'application mobile si vous rencontrez un problème de langue :**

- déconnectez-vous de l'application,
- reconnectez-vous
- changez la langue en anglais
- navigatez dans l'application et vérifiez que tout est bien en anglais
- déconnectez-vous de l'application
- reconnectez-vous
- changez la langue en français
- Naviguer dans l'application pour confirmer que le français



Les informations contenues dans cette présentation sont données à titre indicatif uniquement et peuvent être modifiées sans préavis. Eckler n'assume aucune responsabilité en cas d'erreur ou d'omission.

©2025 Eckler Itée. Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit sans l'autorisation écrite préalable d'Eckler.