

# Annexe D : Questionnaire

## 1. Questions générales

1.0. Informations sur l'organisation	
- Nom de l'organisation	
- Revenus annuels (en millions \$)	
- Nombre total d'employés	
Employés non-syndiqués	
Employés syndiqués	
- Secteur d'activité	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"><li>• Agriculture &amp; foresterie</li><li>• Extraction minière et extraction de pétrole et de gaz</li><li>• Services publics</li><li>• Construction</li><li>• Fabrication</li><li>• Transport et activités de support</li><li>• Industrie de l'information et publications</li><li>• Services professionnels, scientifiques et techniques</li><li>• Services de gestion des déchets et services d'assainissement</li><li>• Soins de santé et assistance sociale</li><li>• Autres services, sauf les administrations publiques</li><li>• Administrations publiques</li></ul>



## Annexe D : Questionnaire

2.0. Provinces dans lesquels votre organisation fait affaire (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)	
	<input type="checkbox"/> Terre-Neuve <input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard <input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse <input type="checkbox"/> Nouveau-Brunswick <input type="checkbox"/> Québec <input type="checkbox"/> Ontario <input type="checkbox"/> Manitoba <input type="checkbox"/> Saskatchewan <input type="checkbox"/> Alberta <input type="checkbox"/> Colombie-Britannique <input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest <input type="checkbox"/> Yukon <input type="checkbox"/> Nunavut

3.0. Quelle est la méthode habituelle de progression dans les échelles salariales?		
	Pour les employés syndiqués	Pour les employés non-syndiqués
	<input type="checkbox"/> - Progression automatique <input type="checkbox"/> - Progression au rendement	<input type="checkbox"/> - Progression automatique <input type="checkbox"/> - Progression au rendement

4.0. Profil démographique	
Quel est l'âge moyen des employés couverts par les régimes de retraite et d'avantages sociaux?	
Quelle est la répartition hommes/femmes en pourcentage des employés couverts par les régimes de retraite et d'avantages sociaux?	
% d'hommes?	
% de femmes?	



# Annexe D : Questionnaire

## 5.0. Information sur le participant

- Nom de la personne qui répond au questionnaire	
- Titre dans votre organisation	
- Adresse courriel	
- Téléphone	
- Télécopieur	

## 1. A. Régime d'épargne retraite

Saisissez l'information pour les régimes couvrant les emplois que vous avez appariés.

### 1.0. Votre entreprise offre-t-elle un régime de retraite?

*Dans la négative, veuillez passer à la section 2*

	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### 2.0. Type de régime (cochez toutes les options qui s'appliquent)

Cotisation déterminée (CD)	<input type="checkbox"/>
REER collectif	<input type="checkbox"/>
Régime de participation différée aux bénéfices (RPDB)	<input type="checkbox"/>
Prestations déterminées (PD)	<input type="checkbox"/>



# Annexe D : Questionnaire

3.0. Cotisation déterminée (CD)	
a) Cotisation salariale	Min. % du salaire ou autre : (spécifiez)
	Max. % du salaire ou autre : (spécifiez)
b) Cotisation patronale	% du salaire ou
	% de la cotisation salariale
c) En plus du régime à prestations déterminées, y a-t-il aussi:	<input type="checkbox"/> Régime PD actif <input type="checkbox"/> Régime PD gelé <input type="checkbox"/> N'a pas de régime à prestations déterminées
d) Y a-t-il une autre forme de rémunération que le salaire de base à partir de laquelle des cotisations peuvent être faites?	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>
Veuillez spécifier, si c`est le cas :	



## Annexe D : Questionnaire

4.0. Reer collectif	
a) Cotisation salariale	Min. % du salaire ou autre : (spécifiez)
	Max. % du salaire ou autre : (spécifiez)
b) Cotisation patronale	% du salaire ou
	% de la cotisation salariale
c) Frais d'administration à la charge de :	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Employeur</li> <li>• Employé</li> </ul>
d) Y a-t-il une autre forme de rémunération que le salaire de base à partir de laquelle des cotisations peuvent être faites?	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>
Veuillez spécifier si c`est le cas :	

5.0. Régime de participation différée aux bénéfices (RPDB)	
Cotisation patronale	% du salaire ou autre : (spécifiez)



# Annexe D : Questionnaire

6.0. Prestations déterminées (PD)	
a) Cotisation salariale	% du salaire ou
	% du salaire, jusqu'à concurrence du MGA +
	% du salaire en excédent du MGA
b) Salaire de référence pour le calcul de la rente	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carrière</li> <li>• 3 dernières années</li> <li>• 5 dernières années</li> <li>• Carrière indexé</li> <li>• Autre</li> </ul>
1) Si carrière indexé ou autre, veuillez préciser la formule d'indexation ou expliquer l'autre salaire de référence	
2) Y a-t-il une autre forme de rémunération admissible aux cotisations au régime de retraite?	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>
Veuillez spécifier si c`est le cas	
c) Formule de rente	% du salaire ou
	% du salaire, jusqu'à concurrence du MGA +
	% du salaire en excédent du MGA
d) Âge normal de la retraite	
e) Règles relatives à la retraite anticipée pour les participants actifs	
1) Âge minimum sans réduction	
2) Nombre minimum d'années de service sans réduction	
3) Formule de réduction pour retraite anticipée	
f) Indexation après la retraite	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>



## Annexe D : Questionnaire

1) Dans l'affirmative, veuillez préciser :	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• ad hoc</li> <li>• Automatique</li> </ul>
2) Veuillez préciser la formule :	
g) Forme normale de rente	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vie seulement</li> <li>• Garantie 5 ans</li> <li>• Garantie 10 ans</li> <li>• Garantie 15 ans</li> <li>• 50 % au conjoint survivant</li> <li>• 60 % au conjoint survivant</li> <li>• 66(2/3) % au conjoint survivant</li> <li>• Autre (spécifiez)</li> </ul>
Veuillez préciser (autre) :	
h) Régime de retraite flexible (cotisations complémentaires optionnelles)	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>
i) Quel est le coût moyen du régime de retraite pour l'employeur, tel que défini par les coûts courants du régime pour les fins du financement moins la cotisation de l'employé (sous forme de pourcentage du salaire de l'employé)? Le coût courant exclut les paiements additionnels liés au statut déficitaire du régime faits par l'employeur et ne tient pas compte des congés partiels ou totaux de cotisation.	\$



# Annexe D : Questionnaire

## 2. B. Régimes d'avantages sociaux

Saisissez l'information pour les régimes couvrant les emplois que vous avez appariés.

### 1.0. Votre organisation offre-t-elle un régime d'avantages sociaux?

*(Dans la négative, veuillez passer à la Section 3)*

	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### 2.0. Quel est le pourcentage payé par l'employeur des primes provinciales/territoriales reliées à la santé normalement versées par l'employé?

a) Colombie-Britannique - Soins médicaux	%
b) Alberta - Soins médicaux	%
c) Ontario - Soins médicaux	%
d) Québec - Assurances médicaments	%

### 3.0. Type de régime

Quel type de régime est offert aux employés?	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Régime d'assurance collective conventionnel (non flexible)</li> <li>• Approche modulaire - Régime d'assurance collective flexible</li> <li>• Régime de base plus options - Régime d'assurance collective flexible</li> <li>• Approche cafétéria - Régime d'assurance collective flexible</li> <li>• Compte de dépense pour services médicaux</li> <li>• Autre (spécifiez) - Régime d'assurance collective flexible</li> </ul>
Veuillez préciser (autre) :	



# Annexe D : Questionnaire

4.0. Protection de Base - Assurance-vie				
	Assurance-vie de l'employé	Assurance-vie des personnes à charge	Assurance DMA	Rente aux survivants
a) Protection en vigueur	liste déroulante : • Oui • Non	liste déroulante : • Oui • Non	liste déroulante : • Oui • Non	liste déroulante : • Oui • Non
b) Capital assuré				
1) Multiple de salaire	x salaire		x salaire	x salaire
Montant maximum	\$ max		\$ max	\$ max
2) Montant fixe	\$ fixe	conjoint	\$ fixe	\$ fixe
		enfants		
c) Portion des coûts payée par l'employeur	%	%	%	%
d) Coût moyen annuel par employé				
1) Assurance vie de l'employé et des personnes à charges	\$			
2) Assurance décès et mutilation	\$			
3) Rente aux survivants	\$			



# Annexe D : Questionnaire

5.0. Protection de Base - Assurance-maladie					
	Hospitalisation	Médicaments	Soins paramédicaux	Soins hors Canada	Soin de la vue
a) Protection en vigueur	liste déroulante : • Oui • Non	liste déroulante : • Oui • Non	liste déroulante : • Oui • Non	liste déroulante : • Oui • Non	liste déroulante : • Oui • Non
Veuillez préciser le type :	liste déroulante : • Lit privée • 2 lits • Salle commune				
b) % de remboursement	% jusqu'à	% jusqu'à	% jusqu'à	% jusqu'à	% jusqu'à
	\$ plus	\$ plus	\$ plus	\$ plus	\$ plus
	% excéd.	% excéd.	% excéd.	% excéd.	% excéd.
d) Déductible :					
1) Individuelle (\$)	\$	\$	\$	\$	\$
2) Familiale (\$)	\$	\$	\$	\$	\$
3) Combiné	\$				
e) Portion des coûts payée par l'employeur	%	%	%	%	%
f) Coût annuel par employé	\$				



## Annexe D : Questionnaire

6.0. Protection de Base - Assurance dentaire				
	Soins de base	Endodontie/périodontie	Restauration majeure	Orthodontie
a) Protection en vigueur	liste déroulante : • Oui • Non	liste déroulante : • Oui • Non	liste déroulante : • Oui • Non	liste déroulante : • Oui • Non
b) % de remboursement	% jusqu'à	% jusqu'à	% jusqu'à	% jusqu'à
	\$ plus	\$ plus	\$ plus	\$ plus
	% de l'excès	% de l'excès	% de l'excès	% de l'excès
c) Âge maximum (si applicable)				
d) Fréquences des examens (mois)				
e) Déductible :				
1) Individuelle (\$)	\$			
2) Familiale (\$)	\$			
3) Combiné	\$			
f) Portion des coûts payée par l'employeur	%			
g) Coût annuel par employé	\$			

7.0. Protection de Base - Assurance invalidité		
	De courte durée	De longue durée
Quel type de plan d'invalidité à court terme avez-vous?	liste déroulante : • Auto-assuré • Assuré • Service de gestion seulement	
a) Protection en vigueur		liste déroulante : • Oui • Non



## Annexe D : Questionnaire

b) Prestations égales à		% salaire
c) Maximum		\$ par mois
d) Durée maximale		Âge
e) Portion du coût payée par l'employeur		%
f) Intégration avec le régime de retraite		liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>
g) Indexation		liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>
Si oui, indiquez le taux :		% IPC,
		% maximum
h) Coût annuel moyen par employé		\$

### 8.0. Protection de Base - Congés Parentaux

	Prestations de maternité	Prestations de congés parentaux
a) Protection en vigueur	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>
b) Prestations égales à	% du salaire	% du salaire
c) Maximum	\$ par mois	\$ par mois
d) Durée maximale	semaines	semaines
e) Portion du coût payée par l'employeur	%	%
f) Coût annuel moyen par employé	\$	\$



# Annexe D : Questionnaire

9.0. Protection de Base - Compte de soins de santé	
	na
a) En vigueur	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>
b) Maximum par employé par année	\$

10.0. Protection supplémentaire facultative	
<i>Les employés ont-ils la possibilité d'acheter les protections supplémentaires suivantes?</i>	
	<input type="checkbox"/> Assurance-vie de l'employé <input type="checkbox"/> Assurance-vie des personnes à charge <input type="checkbox"/> Assurance DMA de l'employé <input type="checkbox"/> Assurance DMA des personnes à charge <input type="checkbox"/> Assurance-maladie <input type="checkbox"/> Assurance soins dentaires <input type="checkbox"/> Assurance-invalidité de courte durée <input type="checkbox"/> Assurance-invalidité de longue durée <input type="checkbox"/> Maladie grave

11.0. Crédits pour l'achat de protections facultatives	
a) Crédits alloués pour l'achat de protections supplémentaires facultatives dans un régime d'assurance collective flexible	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>
b) Montant alloué	\$ et/ou
	% du salaire de base



## Annexe D : Questionnaire

12.0. Jours de maladie	
a) Vos employés ont-ils droit à des jours de maladie?	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>
b) Quelle est la période d'admissibilité?	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune</li> <li>• 3 mois</li> <li>• 6 mois</li> <li>• 1 an</li> <li>• Autre</li> </ul>
c) Nombre de jours par année auxquels a droit chaque employé admissible	jours
d) Les jours de maladie peuvent-ils être reportés à l'année suivante?	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>
e) Nombre de jours pouvant être reportés à l'année suivante	jours
f) Les jours de maladie inutilisés peuvent-ils être remboursés?	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>
1) Si oui, à quel taux?	%
2) Y a-t-il un maximum qui peut être remboursé?	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>
3) Si oui, quand a lieu le remboursement? (Cochez tout ce qui s'applique)	
- À la retraite	<input type="checkbox"/>
- Autre cessation d'emploi	<input type="checkbox"/>
- À la fin de l'année	<input type="checkbox"/>
- Autre	<input type="checkbox"/>

### 13.0. Prime de séparation/indemnité de départ (exluant montants prévus pour mise-à-pied et cessation d'emploi)



## Annexe D : Questionnaire

1) Vos employés sont-ils admissibles à une prime de séparation ou à une indemnité de départ?	liste déroulante : • Oui • Non		
DANS LA NÉGATIVE, VEUILLEZ PASSER À LA SECTION SUIVANTE			
2) La prime ou l'indemnité est versée : (cochez tout ce qui s'applique)			
- À la retraite	<input type="checkbox"/>		
- Départ volontaire	<input type="checkbox"/>		
- Cessation d'emploi (pour des raisons autres que disciplinaires)	<input type="checkbox"/>		
- Décès	<input type="checkbox"/>		
- Autres raisons (veuillez spécifier)			
3) Nombre minimal d'années de service requis pour être éligible	années		
4) Nombre maximal de mois de service payés	mois		
5) Calcul de la prime ou indemnité			
% des revenus	%		
Valeur du montant en \$	\$		
Valeur du montant en équivalence d'années	années		
% du revenus ou année(s) de service	% par année jusqu'à un maximum de	% ou	années
Montant ou année(s) de service	\$ par année jusqu'à un maximum de	\$ ou	années
6) La prime ou l'indemnité est généralement versée			



## Annexe D : Questionnaire

comme suit			
- Montant forfaitaire	<input type="checkbox"/>		
- Continuité de salaire	<input type="checkbox"/>		
- Autre (veuillez spécifier)			
Veuillez indiquer toute modalité ou information supplémentaire			

### 3. C. Politique de vacances et congés

Saisissez l'information pour les régimes couvrant les emplois que vous avez appariés.

**1.0. Veuillez inscrire dans le tableau ci-dessous le nombre d'années donnant droit au nombre de semaines de vacances indiqué dans la première colonne.**

a) 1 semaine	après	année(s) de service
b) 2 semaines	après	année(s) de service
c) 3 semaines	après	année(s) de service
d) 4 semaines	après	année(s) de service
e) 5 semaines	après	année(s) de service
f) 6 semaines	après	année(s) de service
g) Plus de 6 semaines		année(s) de service

**2.0. Congés fériés / Congés flottants / Congés personnels**

a) Nombre de congés fériés	
b) Nombre de congés flottants	
c) Nombre de congés personnels	



# Annexe D : Questionnaire

## 4. D. Politique à l'égard des heures supplémentaires

Saisissez l'information pour les régimes couvrant les emplois que vous avez appariés.

1.0. Votre entreprise offre-t-elle aux employés une majoration du taux de salaire pour les heures supplémentaires (par rapport au taux de salaire normal)?

	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>
--	---

2.0. Les heures supplémentaires effectuées après les heures normales de travail sont payées aux employés sur une base :

	liste déroulante : <ul style="list-style-type: none"> <li>• quotidienne</li> <li>• hebdomadaire</li> <li>• quotidienne et hebdomadaire</li> <li>• selon une période de travail déterminée</li> </ul>
a) Si base quotidienne, après combien d'heures travaillées pendant la journée?	heures
b) Si base hebdomadaire, après combien d'heures travaillées dans la semaine?	heures

3.0. Veuillez indiquer le taux payé à l'employé en surtemps qui travaille durant les jours mentionnés ci-après :

	Jour de travail régulier	Congés fériés	1er jour de repos	2e jour de repos
Taux	jusqu'à	jusqu'à	jusqu'à	jusqu'à
	heures	heures	heures	heures
	pour toute heure additionnelle	pour toute heure additionnelle	pour toute heure additionnelle	pour toute heure additionnelle

