

REZIDENCIJALNI PLAN ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I DOBROBITI SINDIKATA CARPENTERS



INFORMATIVNA KNJIŽICA ZA KORISNIKE PLANA SVEOBUH VATNI PLAN POGODNOSTI

AŽURIRANO 1. SIJEČNJA 2019.

WWW.CARPENTERSRESIDENTIAL.CA



SADRŽAJ

UVOD.....	1
SAŽETI PREGLED POGODNOSTI.....	2
UKRATKO O POGODNOSTIMA.....	6
INFORMACIJE O ISPUNJAVANJU UVJETA.....	8
POMOĆ SA ZAHTJEVIMA S OSNOVE ZAŠTITE I OSIGURANJA OD OZLJEDE NA RADU (WSIB)...	12
NAKNADA ŽIVOTNOG OSIGURANJA.....	14
NAKNADA ŽIVOTNOG OSIGURANJA UZDRŽAVANOG ČLANA OBITELJI.....	16
NAKNADA ZA SMRTI I GUBITAK UDA NESRETNIM SLUČAJEM.....	17
NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA.....	28
NAKNADA ZA DUGOTRAJNU ONESPOSOBLJENOST.....	33
POGODNOST POMOĆI U SLUČAJU ONESPOSOBLJENOSTI.....	38
NAKNADA ZA DOPUNSKU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU.....	39
POGODNOST HITNE POMOĆI NA PUTOVANJU.....	46
NAKNADA ZA STOMATOLOŠKU SKRBI.....	56
POGODNOST PROGRAMA POMOĆI KORISNICIMA.....	61
PLAN ŽALOVANJA / RODITELJSKOG DOPUSTA.....	63
PLAN BONUSA ZA PRODUKTIVNOST.....	65
PLAN PLAĆENOG DOPUSTA.....	67
PLAN PRAVNIH USLUGA.....	69
PRAVILA I ODREDBE OPĆEG PLANA.....	71
URED ZA UPRAVLJANJE PLANOM.....	76

UVOD

Poštovani korisniče plana,

Ova Informativna knjižica za korisnike plana pripremljena je kao neslužbeni referentni dokument u kojem su sažeta glavna obilježja pogodnosti koje se pružaju korisnicima Sveobuhvatnog plana pogodnosti Rezidencijalnog plana zdravstvene zaštite i dobrobiti sindikata Carpenters koji ispunjavaju uvjete počevši od 1. siječnja 2017. godine. U ovoj su knjižici pružene i informacije o tome kako ispuniti i nastaviti ispunjavati uvjete za ostvarenje pogodnosti plana kao i pravila i postupci za podnošenje zahtjeva.

Ova knjižica ne predstavlja pravni dokument, policu osiguranja ni ugovor niti se njome pružaju ikakva ugovorna prava. U ovoj knjižici upotreba izraza „plan“, „vaš plan“ ili „naš plan“ odnosi se na „Rezidencijalni Plan zdravstvene zaštite i dobrobiti sindikata Carpenters“. Pojam „fond“ ili „fondovi“ odnosi se na „Rezidencijalni fond zdravstvene zaštite i dobrobiti sindikata Carpenters“, i/ili na "Stolarski i udruženi radnici Lokalne podružnice 27 – Fond za bonus za produktivnost Odjela radnika za postavljanje šindre i oblaganje zidova" i/ili na „Fond za plaćeni dopust Lokalne podružnice 1030 sindikata Carpenters“. Pojmovi „korisnik plana“, „vi“, „vaš“ i „osigurana osoba“ odnosi se na osobu koja je zadovoljila pravila o ispunjavanju uvjeta za pogodnosti koje se pružaju u okviru Sveobuhvatnog rezidencijalnog plana zdravstvene zaštite i dobrobiti Sindikata stolara. Pojam „osiguravatelj“ odnosi se na odgovarajuća osiguravajuća društva i/ili pružatelje pogodnosti koji osiguravaju pogodnosti iz plana opisane u ovoj Knjižici.

Sve pogodnosti povezane sa životnim osiguranjem i dugotrajnom onesposobljenošću opisane u ovoj knjižici i prava na njih uređena su odredbama Police glavnog osiguranja broj 10042 (bivši brojevi polica 10077, 901202 i 901857) koje je izdalo osiguravateljsko društvo Manulife Financial te važećim zakonima, uključujući pravila o ispunjavanju uvjeta, izuzetke i ograničenja pogodnosti. Sve naknade u slučaju smrti uslijed nesretnog slučaja i gubitka uda (AD&D) opisane u ovoj knjižici i prava na njih uređena su odredbama police osiguravateljskog društva Chubb Life Insurance Company of Canada, broj AB10403501(prijašnja polica ACE/INA br. AB10403501). Program pomoći korisnicima (MAP) pruženi su i upravljani Programima pomoći zaposlenicima za obiteljske usluge (FSEAP). Osiguranje hitne pomoći na putovanju omogućuje i njome upravlja društvo Green Shield Canada. Sve ostale pogodnosti opisane u ovoj knjižici financiraju se samostalno i pokrivaju iz sredstava fondova te se uređuju odredbama službenog teksta plana. Police osiguranja, ugovori i dokumenti teksta plana sastavni su dio službenih dokumenata plana, koji su dostupni u Uredu za upravljanje planom.

Planom zdravstvene zaštite i dobrobiti, Planom žalovanja/roditeljskog dopusta, Planom plaćenog dopusta i Planom pravnih usluga te primjenjivim fondovima upravlja Odbor povjerenika, koji imenuje Lokalna podružnica sindikata stolarskih i udruženih radnika 27. Odbori povjerenika ovih fondova zadržavaju pravo izmjene ovih planova u potpunosti prema vlastitom nahođenju kako oni to smatraju prikladnim te u skladu sa zakonom. Bilo kakve izmjene tih planova priopćavaju se svim korisnicima plana i takve izmjene smatraju se dopunom i/ili izmjenom Sažetog pregleda pogodnosti plana i ove knjižice za korisnike plana. Odbor povjerenika zadržao je društvo Employee Benefit Plan Services Limited kao upravitelja plana kako bi upravljao Planom zdravstvene zaštite i dobrobiti, uključujući upravljanje planom i zahtjeve za isplatu u okviru mnogih pogodnosti plana. Pažljivo pročitajte ovu knjižicu i čuvajte je na sigurnom mjestu kao referentni dokument. Slobodno se obratite Uredu za upravljanje planom budete li imali bilo kakvih pitanja o pogodnostima plana ili o bilo kojem od pravila ili postupaka u okviru plana.

SAŽETI PREGLED POGODNOSTI

Možda ćete uvidjeti da plan ne pokriva sve troškove koje biste željeli da se okviru njega plate. Plan je uspostavljen kako bi se njime pružio najširi raspon osiguranja prikladan korisnicima plana. S vremenom će se područje zdravstvene zaštite proširiti novim lijekovima i liječenjima, a povjerenici uvijek zadržavaju pravo da pokriju ili ne pokriju bilo koji od njih te da dodaju ograničenja osiguranja.

U skladu s ograničenjima i izuzecima u službenim dokumentima plana, a kako je opisano u ovoj knjižici, korisnici plana koji ispunjavaju uvjete i njihove uzdržavane osobe koje ispunjavaju uvjete kvalificiraju se za sljedeće pogodnosti:

NAKNADA ŽIVOTNOG OSIGURANJA

Korisnik plana:	100 000 dolara
Bračni drug:	50 000 dolara
Svako uzdržavano dijete:	10 000 dolara

NAKNADA ZA SMRTI I GUBITKA UDA NESRETNIM SLUČAJEM (AD&D)

Korisnik plana:	Glavni iznos	100 000 dolara
	Naknada za trajnu i potpunu onesposobljenost	100 000 dolara
	Naknada za smrt i gubitak uda nesretnim slučajem na radnom mjestu	100 000 dolara

NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)

Maksimalna naknada tjednog obeštećenja iznosi 400 dolara na tjedan. Isplate naknada pridružene su naknadama Osiguranja zaposlenika u slučaju nezgode i bolesti. Kako bi se kvalificirao za isplatu tjednog obeštećenja, korisnik plana mora biti „u potpunosti onesposobljen” (kako je definirano u ovoj knjižici i tekstu plana).

Naknade tjednog obeštećenja mogu se isplaćivati od prvog dana nezgode ili nakon 24-satnog razdoblja hospitalizacije ili osmog dana bolesti, a na maksimalno razdoblje od 17 uzastopnih tjedana za jedan uzrok onesposobljenosti.

NAKNADA ZA DUGOTRAJNE ONESPOSABLJENOSTI (LTD) I POGODNOST POMOĆI U SLUČAJU ONESPOSABLJENOSTI

Maksimalna naknada koju je moguće isplatiti za dugotrajnu onesposobljenost iznosi 500 dolara mjesečno. Kako bi se kvalificirao za nju, korisnik plana mora biti mlađi od 65 godina i „potpuno onesposobljen” (kako je definirano u knjižici i u polici osiguranja) tijekom razdoblja od 120 uzastopnih dana. Naknade za LTD mogu se isplaćivati do dobi od 65 godina, oporavka ili smrti.

Kvalificirani korisnici plana također mogu ispunjavati uvjete za 500 dolara „pomoći u slučaju onesposobljenosti“ iz plana, što predstavlja „dodatnu naknadu“, odnosno dodatak bilo kojoj naknadi koju plaća osiguravatelj.

NAKNADA ZA DOPUNSKU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Iznos sudjelovanja osiguranika u troškovima	Nema ga	
Naknada troškova	100 % za troškove oftalmološke skrbi i generičke lijekove na recept, 80 % za negeneričke lijekove na recept i za sve ostale troškove koji ispunjavaju uvjete za naknadu	
Sveukupni maksimum	Neograničeno	
Lijekovi koji se izdaju na recept	Naknada za izdavanje lijeka maksimalno devet dolara, 100 % nadokn: troškova za generičke lijekove na recept; 80 % nadoknade za originalne lijekove na recept; maksimalni iznosi za specifične lijekove na recept: metadon liječenje 1000 dolara tijekom života; erektilna disfunkcija 500 dolara na godi lijekovi za plodnost 2500 dolara tijekom života. Lijek na recept mora imati identifikacijski broj lijeka i potvrdu o sukladnosti koju izdaje ustanova Health Canada.	
Troškovi oftalmološke skrbi	Leće, okviri i Kontaktne leće:	400 dolara u bilo kojem razdoblju od uzastopna 24 mjeseca; uključuje sunčane naočale za vid
	Industrijske sigurnosne naočale:	200 dolara u bilo kojem razdoblju od 24 uzastopna mjeseca (samo za korisnike plana)
	Laserski zahvat na oku:	Maksimalno 1500 dolara tijekom života
	Pregledi očiju:	Jedan pregled oka svaka 24 mjeseca
Pomoćno medicinsko osoblje praktičari	500 dolara po liječniku po kalendarskoj godini za kiropraktičara, registrirani masažni terapeut, logoped, fizioterapeut, naturopat, osteopat, podijatar i psiholog.	
Slušna pomagala	maksimalna naknada od 500 dolara u bilo kojem razdoblju od 36 uzastopnih mjeseci za kupnju slušnih pomagala (baterije nisu uključene u cijenu).	
Ortopedski proizvodi	maksimalna naknada od 500 dolara u 24-mjesečnom razdoblju za ortopedske proizvode koji su posebno dizajnirani i oblikovani za osiguranu osobu i nužni za ispravljanje dijagnosticiranog tjelesnog oštećenja.	
Drugi medicinski troškovi usluge i pribor	vozilo hitne pomoći, skrb tijekom oporavka, ozljede zuba, trajna medicinska pomagala oprema (bolnički krevet, invalidska kolica, ortoze, štake), proteze, rendgenske snimke, laboratorijski testovi, ortopedske čarape.	

**Osobna skrb
medicinskog
tehničara**

10 000 dolara u svakoj kalendarskoj godini

POGODNOST HITNE POMOĆI NA PUTOVANJU

Osiguranje iznosi maksimalno 5 000 000 dolara po incidentu za troškove nastale kao rezultat iznenadne i nepredviđene hitne medicinske pomoći i/ili usluga hitne pomoći tijekom putovanja izvan pokrajine prebivališta. Ne postoji ograničenje broja putovanja, ali osiguranje je pruženo za maksimalno razdoblje od 60 uzastopnih dana po putovanju. Za pomoć se obratite uredu Green Shield Canada Travel Assistance u roku od **48 sati** od početka bilo kakvog medicinskog liječenja.

NAKNADE ZA STOMATOLOŠKU SKRB

Iznos sudjelovanja osiguranika u troškovima

Naknada troškova

100 % za temeljne stomatološke usluge;
50 % za veće stomatološke usluge;
50 % za ortodontske usluge.

Vodič za stomatološke naknade Stomatološke pogodnosti isplaćuju se na temelju predloženog vodiča stomatološke udruge za liječnike opće prakse koji je na snazi na datum kada je trošak nastao, u pokrajini ili u području na kojem se usluga pruža.

Maksimalna stomatološka naknada po korisniku plana i po svakoj uzdržavanoj osobi koja ispunjava uvjete:

Osnovne i veće Stomatološke usluge 2500 dolara za kalendarsku godinu za osnovne i veće usluge zajedno

Ortodontske usluge 2000 dolara tijekom života za svako uzdržavano dijete mlađe od 19 godina. Potreban je plan prije liječenja.

Osnovne usluge Dijagnostika, prevencija, restorativne i kirurške usluge, plombe, anestezija, jedna kompletna serija rendgenskih zračenja, jedan komplet zagriznih rendgenskih snimki, poliranje, lokalni tretman fluorom, skidanje kamenca.

Kontrolni pregledi Jedan kontrolni pregled svakih šest mjeseci

Kompletni pregledi Jedan kompletni oralni pregled svaka 24 mjeseca

Veće usluge krunice, mostovi, umjetna zubala
zamjenski mostovi / zubala osigurani su svakih pet godina

POGODNOST PROGRAMA POMOĆI KORISNICIMA (MAP)

Korisnici plana i njihove uzdržavane osobe koje ispunjavaju uvjete imaju na raspolaganju usluge povjerljivog savjetovanja, pružanja informacija, davanja savjeta i upućivanja. Te usluge pruža FSEAP 24 sata dnevno, svakoga dana u godini. Obratite se programu FSEAP-u izravno na telefon 1-800-668-9920 ili putem interneta pomoću informacija navedenih na 61. stranici ove knjižice.

NAKNADA ZA ČLANOVE OBITELJI PREMINULOG KORISNIKA PLANA

Nakon smrti korisnika plana uzdržavane osobe koje ispunjavaju uvjete (npr. bračni drug i djeca) i dalje su i osigurane Planom dopunske zdravstvene zaštite, Planom stomatološke skrbi i Programom pomoći korisnicima tijekom razdoblja od 30 uzastopnih mjeseci koje započinje nakon što je iscrpljen račun Dolarske banke korisnika plana. Nikakve uplate neće biti potrebne za nastavak osiguranja tijekom ovog produženog razdoblja pogodnosti.

NAKNADA ZA ŽALOVANJE / RODITELJSKI DOPUST

Ako ste pretrpjeli gubitak člana obitelji koji ispunjava uvjete, možda imate pravo na naknadu za slučaj žalovanja. Morate biti u radnom odnosu, pribaviti pismo od svog poslodavca u kojem je naveden posljednji dan kada ste radili i dani kada posljedično niste radili te dostaviti potvrdu ili izjavu o smrti. Članovi su obitelji koji ispunjavaju uvjete bračni drug, dijete*, roditelj*, baka ili djed, brat*, sestra* (*ili supružnici djece, roditelji i braća i sestre supružnika). Naknada iznosi maksimalno 150 dolara na dan, maksimalno do tri radna dana i može se isplatiti od prvog dana izgubljene zarade zbog žalovanja pod uvjetom da ste radili dan ranije.

Ako aktivno radite i roditelj ste novorođenog djeteta, možda imate pravo na primanje naknade za roditeljski dopust. Morate biti odsutni s posla odmah nakon rođenja vašeg djeteta, morate dostaviti pismo svog poslodavca u kojem je navedeno da ste radili, zatim posljednji dan kada ste radili te dane kada niste radili i originalni rodni list novorođenčeta. Naknada iznosi maksimalno 150 dolara na dan, maksimalno do tri radna dana i plaća se od prvog dana izgubljene zarade zbog rođenja djeteta pod uvjetom da ste aktivno radili.

BONUS ZA PRODUKTIVNOST / PLAN PLAĆENOG DOPUSTA

Ovi planovi korisnicima plana daju pravo na bilo koji bonus za produktivnost ili plaćeni dopust koji su stekli pod uvjetima mjerodavnog kolektivnog ugovora za svaku godinu pogodnosti (Lokalna podružnica sindikata 27 za bonus za produktivnost i Lokalna podružnica sindikata 1030 za plaćeni dopust). Planovi svake godine redovito isplaćuju jedan bonus za produktivnost ili naknadu za plaćeni dopust.

Pojedinosti i postupci svakog od ovih planova opisani su u odgovarajućim poglavljima ove knjižice. Pročitajte poglavlje koje se odnosi na vas.

PLAN PRAVNIH USLUGA

Pogodnosti plana zamišljene su tako da članovima plana pruže financijsku pomoć u pogledu općih pravnih usluga kao što su oporuke, odvjetnička punomoć, nekretnine, posvojenja itd.

U Rasporedu pogodnosti unutar poglavlja o Planu pravnih usluga, koje počinje na 69. stranici, pročitajte detalje o maksimalnim godišnjim naknadama koje se mogu isplatiti ovisno o vrsti pravne usluge. U planu su također određeni maksimalni iznosi za kalendarsku godinu za sve pravne usluge zajedno ovisno o tome broju godina provedenih kao korisnik plana koji ispunjava uvjete.

UKRATKO O POGODNOSTIMA

Na sljedećim je stranicama pružen detaljniji sažetak odredbi koje se primjenjuju kao i pogodnosti koje su dostupne korisniku plana koji ispunjava uvjete.

Ukratko o pogodnostima Rezidencijalnog plana zdravstvene zaštite i

dobrobiti

Sažetak Sveobuhvatnog plana pogodnosti



Pogodnost / pružanje pogodnosti	Osiguranje / pravilo plana zdravstvenih pogodnosti
Opće odredbe plana	
Početno ispunjavanje uvjeta	Prvi dan drugog mjeseca koji slijedi nakon mjeseca u kojem korisnik prikupi na računu Dolarske banke najmanje tri puta veći obvezni mjesečni iznos odbitka (povlačenja) s računa Dolarske
Ispunjavanje uvjeta za ponovnu uspostavu	Ponovna uspostava u roku od 12 mjeseci – prvi dan u mjesecu nakon prikupljanja barem obveznog mjesečnog iznosa za sudjelovanja korisnika u troškovima (povlačenje) – u
Opcija Plana izravnog plaćanja *(uz primjenjivi pokrajinski porez)	Plan A - sve pogodnosti (bez WI ili LTD) – prvih šest mjeseci iznos od 225 dolara/mjesečno, zatim 265 dolara/mjesečno Plan B - korisnikovo životno osiguranje i AD&D – 20 dolara mjesečno* Plan C - onesposobljeni članovi (samo zdravstvena zaštita i stomatolog) - 150,00 dolara mjesečno*
Trajanje Izravnog plaćanja	Najviše 12 mjeseci (WSIB do 65 godina)
Definicija uzdržavane osobe – bračni drug	Osoba s kojom je korisnik zakonski vjenčan, izvanbračna zajednica s 12 mjeseci zajedničkog života
Definicija uzdržavane osobe – djeca	Mlađi od 22 godine ili mlađi od 25 godina ako pohađaju obrazovnu ustanovu
Prestanak osiguranja	Odlazak u mirovinu – (osim ako nije drukčije naznačeno u svakoj odredbi o pogodnosti)
Životno osiguranje	
Iznos naknade	100 000 dolara
Odricanje od premije	Nakon šest mjeseci. Do dobi od 65 godina. Definicija onesposobljenosti za „bilo koje zanimanje”
Prestanak osiguranja	Odlazak u mirovinu – (primjenjuju se druge standardne odredbe o prekidu)
Životno osiguranje uzdržavanog člana obitelji	
Iznos naknade za bračnog druga	50 000 dolara
Iznos naknade za djecu	10 000 dolara
Odricanje od premije	Nakon šest mjeseci. Do dobi od 65 godina. Definicija onesposobljenosti za „bilo koje zanimanje”
Prekid osiguranja	Odlazak u mirovinu – (primjenjuju se druge standardne odredbe o prekidu)
Smrt uslijed nesretnog slučaja i gubitak uda	
Glavni iznos za korisnika	100 000 dolara
Naknada u slučaju trajne i potpune	Naknada od 100 000 dolara s jednokratnom isplatom
Raspored gubitaka	Sveobuhvatni
Periferne naknade AD&D	Sveobuhvatni
Odricanje od premije	Nakon šest mjeseci. Do dobi od 65 godina. Definicija onesposobljenosti za „bilo koje zanimanje”
Prekid osiguranja	Odlazak u mirovinu – (primjenjuju se druge standardne odredbe o prekidu)
AD&D na radnom mjestu	100 000 dolara – isti raspored gubitaka kao naknade AD&D – prekida se u dobi od 75 godina ili u
Tjedno obeštećenje	
Iznos tjednog obeštećenja	400 dolara
Kvalificirajuće razdoblje	Prvi dan bolnice. Prvi dan nezgode. Osmi dan bolesti.
Definicija onesposobljenosti	„Vlastito zanimanje”
Maksimalno trajanje naknade	17 tjedana
Izravni prijeboji naknada	Integracija s Osiguranjem zaposlenika
Prestanak osiguranja	Odlazak u mirovinu – (primjenjuju se druge standardne odredbe o prekidu)
Dugoročna onesposobljenost	
Mjesečni iznos naknade	500 dolara osigurane pogodnosti (može se kvalificirati za dodatnih 500 dolara „dodatne naknade”)
Kvalificirajuće razdoblje	120 neprekidnih dana potpune onesposobljenosti.
Definicija onesposobljenosti	„Bilo koje zanimanje”
Maksimalno trajanje pogodnosti	Do dobi od 65 godina
Izravni prijeboji naknada	Prednosti WSIB-a
Neizravni prijeboji pogodnosti	Svi izvori ograničeni su na 85 % bruto zarade
Ograničenje zbog prethodnog postojećeg stanja	Naknada za onesposobljenost koja se liječila u prethodnom razdoblju od 90 dana ne smije se
Prekid osiguranja	Starost od 65 godina ili pri ranijem odlasku u mirovinu– (primjenjuju se ostale standardne odredbe
Naknada za žalovanje	
Maksimalni iznos naknade i razdoblje plaćanja	Maksimalna naknada po danu 150 dolara, maksimalno tri dana
Članovi obitelji korisnika koji ispunjavaju uvjete	Bračni drug, dijete*, roditelj*, baka ili djed, brat*, sestra* (*ili supružnici djece, roditelji, braća i
Potreban dokaz uz zahtjev	Mora biti aktivan na poslu, dostaviti obavijest poslodavca i potvrdu o smrti.
Naknada za roditeljski dopust	
Maksimalni iznos naknade i razdoblje plaćanja	Maksimalna naknada po danu 150 dolara, maksimalno tri dana
Članovi obitelji korisnika koji ispunjavaju uvjete	Novorođeno dijete
Potreban dokaz uz zahtjev	Mora biti aktivan na poslu, dostaviti obavijest poslodavca i rodni list.

Rezidencijalni plana zdravstvene zaštite i dobrobiti sindikata Carpenters



UKRATKO O POGODNOSTIMA

Pogodnost / pružanje pogodnosti	Osiguranje / pravilo plana zdravstvenih pogodnosti
Dopunska zdravstvena zaštita	Mora se ispravno upisati u primjenjivi pokrajinski plan zdravstvene zaštite.
Iznos sudjelovanja korisnika u troškovima	Nema ga
Suosiguranje	100 % za oftalmološku skrb i generičke lijekove, 80 % za sve ostale usluge i pribor
Kartica za izravno plaćanje lijekova	Da
Suosiguranje lijekova na recept – 1. razina	100 % naknade za generičke lijekove
Suosiguranje lijekova na recept – 2. razina	80 % naknade za originalne lijekove
Najveća naknada za doziranje	9,00 dolara
Maksimalni iznos cjelokupne zdravstvene skrbi	Neograničen
Maksimalni iznosi lijekova na recept	metadonska terapija 1000 dolara tijekom života; erektilna disfunkcija 500 dolara godišnje;
Bolnica	doplatka za poluprivatnu sobu
Osobna skrb medicinskog tehničara	10 000 dolara za svaku kalendarsku godinu
Usluge pomoćnog medicinskog osoblja	500 dolara po terapeutu u kalendarskoj godini - kiropraktičar, osteopat, podijatar, fizioterapeut, naturopat, logoped, masažni terapeut i psiholog
Ortopedska pomagala / ortopedska obuća	500 dolara / 24 mjeseca za ortopedska pomagala – razumne i uobičajene naknade za
Slušna pomagala	500 dolara / 36 mjeseci
Troškovi oftalmološke skrbi	200 dolara / 24 mjeseca za leće, okvire ili kontaktne leće. Uključuje sunčane naočale za vid.
Laserska operacija oka:	Maksimalni iznos naknade tijekom života 1500 dolara
Industrijske sigurnosne naočale:	200 dolara / 24 mjeseca. Zaštitne naočale na recept samo za Korisnika plana.
Pregledi očiju	1 pregled oka svakih 24 mjeseca
Usluge medicinskog prijevoza	Hitna pomoć
Medicinski materijali i usluge	Njega prilikom oporavka, trajna medicinska oprema – bolnički krevet, invalidska kolica, ortoze, štake, protetika, rendgenske snimke, laboratorijski testovi, pribor za dijabetičare,
Stomatološke usluge nakon nezgode	5000 dolara po nezgodi – radovi na zubima moraju biti završeni u roku od 12 mjeseci.
Naknada za članove obitelji preminuloga	Stanje na računu dolarske banke korisnika, plus produljenje od 30 mjeseci.
Prestanak osiguranja	Odlazak u mirovinu – (primjenjuju se ostale standardne odredbe o otkazivanju)
Hitna pomoć na putovanju	Maksimalno trajanje putovanja od 60 dana – morate se obratiti društvu Green Shield u roku od
Maksimalna naknada za hitnu pomoć na	5 000 000 dolara po nezgodi u slučaju hitne medicinske intervencije izvan pokrajine
Maksimalna naknada za liječničko upućivanje	50 000 dolara za upućivanje izvan pokrajine prebivališta u kalendarskoj godini
Prekid osiguranja	Starost od 65 godina ili pri ranijem odlasku u mirovinu– (primjenjuju se ostale standardne
Stomatološka skrb	
Iznos sudjelovanja korisnika u troškovima	Nema ga
Suosiguranje osnovnih usluga	100 %
Suosiguranje većih usluga	50 %
Suosiguranje ortodontskih usluga	50 %
Maksimalna godišnja naknada za osnovne usluge	2500 dolara
Maksimalni godišnja naknada za glavne usluge	U kombinaciji s maksimalnom naknadom za osnovne usluge
Maksimalna naknada za ortodontske usluge	2000 dolara
Priručnik o rasporedu naknada	Priručnik za trenutačne stomatološke naknade za Ontario (ODA)
Obuhvaćene osnovne usluge	Dijagnostika, preventiva, restorativna stomatologija, stomatološka kirurgija, ispuni, anestezija
Cjeloviti pregled	jedan pregled svakih 24 mjeseca
Kontrolni pregledi	jedan pregled svakih 6 mjeseca
Rendgenske snimke	jedna kompletna serija rendgenskih snimki svakih 12 mjeseci
Rendgenske zagrizne snimke	jedan komplet svakih 12 mjeseci
Poliranje	Osigurano
Lokalno liječenje fluorom	Osigurano
Čišćenje periodontalnog kamenca	osam jedinica svake kalendarske godine
Obuhvaćene glavne usluge	Krunice, mostovi, proteze
Zamjenski mostovi/proteze	Osigurani svakih pet godina
Ortodontske usluge	Dostupno za uzdržavanu djecu mlađu od 19 godina
Naknada za članove obitelji preminuloga	Stanje na računu dolarske banke korisnika, plus produljenje od 30 mjeseci.
Prekid osiguranja	Odlazak u mirovinu – (primjenjuju se ostale standardne odredbe o otkazivanju)
Program pomoći korisnicima	Povjerljive usluge savjetovanja

INFORMACIJE O ISPUNJAVANJU

TKO MOŽE ISPUNITI UVJETE ZA POGODNOSTI PLANA

Pogodnosti plana pružaju se samo korisnicima Lokalne podružnice 27 ili Lokalne podružnice 1030 sindikata Carpenters koji podmiruju svoje obaveze i koji ispunjavaju uvjete ili službenicima Lokalne podružnice 27 ili Lokalne podružnice 1030 u čije su ime uplaćeni doprinosi fondu i koji ispunjavaju uvjete za stjecanje prava na pogodnosti plana onako kako je opisano u ovoj knjižici.

Status korisnika u sindikatu određuju sindikat i Odbor povjerenika. Upravitelj plana prihvaća procjenu sindikata u pogledu utvrđivanja statusa korisnika. Procjena o ispunjavanju uvjeta korisnika u okviru plana temelji se na visini doprinosa poslodavca koji se uplaćuju u fond u ime korisnika plana, a koju utvrđuje Odbor povjerenika.

Svi kvalificirani korisnici plana i njihove uzdržavane osobe koje ispunjavaju uvjete moraju biti stanovnici Kanade i moraju biti osigurani važećim planom zdravstvene zaštite pokrajinskih vlasti.

KADA KORISNIK PLANA PRVI PUT ISPUNJAVA UVJETE ZA POGODNOSTI?

Kako bi ostvario pravo na pogodnosti iz plana, korisnik plana mora prvo ispuniti i predati Uredu za upravljanje planom karticu s informacijama o korisniku. Kartice s informacijama o korisniku dostupne su u Uredu sindikata ili u Uredu za upravljanje planom. Važno je da redovito ažurirate svoju karticu s informacijama o korisniku i da obavijestite Ured za upravljanje planom ako dođe do bilo kakvih izmjena ranije prijavljenih podataka. Ured za upravljanje planom otvara račun u Dolarskoj banci za svakog korisnika koji ispunjava uvjete i uplaćuje na taj račun sve doprinose poslodavca za plan koje je primio Ured za upravljanje planom.

Osiguranje prema planu za korisnike plana i njihove uzdržavane osobe koje ispunjavaju uvjete započinje prvog dana drugog mjeseca, nakon mjeseca u kojem stanje računa Dolarskoj banci korisnika plana bude najmanje tri puta veće od potrebnog mjesečnog odbitka s računa Dolarske banke.

Sve iznose odbitka s računa Dolarske banke redovito pregledava Odbor povjerenika i podložni su promjenama u bilo kojem trenutku.

PRIJELAZ S OSNOVNOG PLANA POGODNOSTI

Fond pruža i Osnovni plan pogodnosti kako bi svi korisnici što je prije moguće ispunili uvjete za osiguranje unutar nekog plana pogodnosti. Pogodnosti Osnovnog plana pogodnosti opisane su u **Knjižici Osnovnog plana pogodnosti**. Korisnici plana koji su prešli s Osnovnog plana pogodnosti na Sveobuhvatni plan pogodnosti ostaju u Sveobuhvatnom planu pogodnosti. Jednom kada dođe do tog prijelaza korisnik Sveobuhvatnog plana pogodnosti ne može se više vratiti na Osnovni plan pogodnosti. Više informacija o Osnovnom planu pogodnosti i postupku prijelaza potražite u Knjižici Osnovnog plana pogodnosti.

KAKO KORISNIK PLANA ISPUNJAVA UVJETE ZA POGODNOSTI?

Svakog se mjeseca račun Dolarske banke korisnika plana umanjuje za iznos koji predstavlja mjesečni trošak pogodnosti plana. Taj se iznos naziva mjesečni odbitak s računa Dolarske banke.

Korisnik plana ostaje osiguran pogodnostima plana (podložno odredbama o ispunjavanju uvjeta i raskidu opisanim u ovoj knjižici) pod uvjetom da korisnik plana ima minimalni iznos mjesečnog odbitka s računa Dolarske banke na svom računu Dolarske banke za svaki mjesec osiguranja. U bilo kojem mjesecu u kojem upravitelj plana primi u ime korisnika plana doprinose koji premašuju obvezni mjesečni odbitak s računa Dolarske banke taj višak ostaje na računu Dolarske banke korisnika plana sve do maksimalnog stanja računa Dolarske banke koji predstavlja 12 mjeseci mjesečnog odbitka s računa Dolarske banke.

Korisnik plana koji ima maksimalno stanje računa Dolarske banke ostaje osiguran planom do 12 mjeseci.

KAKO KORISNIK PLANA MOŽE ZADRŽATI POGODNOSTI AKO NEMA IZNOS POTREBNOG ODBITKA NA SVOM RAČUNU DOLARSKE BANKE?

Ured za upravljanje planom šalje obavijest korisniku plana ako stanje na njegovu računu Dolarske banke ne sadrži minimalni mjesečni odbitak s računa Dolarske banke. U tom slučaju kvalificirani korisnik plana može ispuniti uvjete za vršenje izravnih mjesečnih uplata do 12 uzastopnih mjeseci kako bi i dalje imao pravo na pogodnosti. Samo oni korisnici plana koji podmiruju obveze u Lokalnoj podružnici 27 ili Lokalnoj podružnici 1030 sindikata Carpenters mogu biti osigurani pogodnostima produljenima izravnim uplatama.

Ured za upravljanje planom upoznaje kvalificirane korisnike plana s njihovom mogućnošću izravnih uplata u planu i potrebnim rasporedom plaćanja. Kako bi osoba ostala korisnik plana koji i dalje ispunjava uvjete, sve izravne uplate u plan moraju se zaprimiti po dospelosti i podliježu primjenjivim porezima koji su na snazi u pokrajini, a on trenutačno iznosi 8 % u Ontariju (porez na promet u trgovini na malo (RST)). Od 1. siječnja 2017. korisnik plana ima mogućnost produžiti osiguranje tako da vrši izravne mjesečne uplate na temelju neke od sljedećih mogućnosti izravnih uplata:

Plan A – Plan izravnih uplata za aktivne korisnike plana koji pruža sve pogodnosti plana osim tjednog obeštećenja i naknade za dugotrajnu onesposobljenost, s mjesečnom izravnom uplatom od 225 dolara mjesečno za prvih šest mjeseci i izravnom mjesečnom uplatom od 265 dolara za sljedećih šest mjeseci (uz plaćanje primjenjivih poreza); ili

Plan B – Plan izravnih uplata za aktivne korisnike plana koji pruža samo pogodnost životnog osiguranja primjenjiv je na korisnike plana (ni za jednu uzdržavanu osobu koja ispunjava uvjete) s mjesečnim izravnim uplatama od 20 dolara mjesečno tijekom 12 mjeseci (uz plaćanje primjenjivih poreza); ili

Plan C – Plan izravnih uplata za onesposobljene korisnike plana koji samo osigurava pogodnosti dopunske zdravstvene zaštite i stomatološke pogodnosti s mjesečnim izravnim

uplatama u iznosu od 150 dolara mjesečno tijekom 12 mjeseci (uz plaćanje primjenjivih poreza).

Sve mogućnosti plana izravnog plaćanja i sve potrebne mjesečne iznose uplata plana izravnog plaćanja redovito pregledava Odbor povjerenika i podložni su promjenama u bilo kojem trenutku.

KAKO KORISNIK PLANA PONOVRNO POSTAJE KORISNIK POGODNOSTI NAKON ŠTO JE OSIGURANJE PRESTALO?

U slučaju da je osiguranje korisnika plana u okviru plana prekinuto zbog nedovoljnog iznosa na bankovnom računu u Dolarskoj banci, a Ured za upravljanje planom ponovno primi doprinose u ime korisnika plana zbog vraćanja na posao kod poslodavca koji uplaćuje doprinose, za korisnika plana može se ponovno uspostaviti osiguranje u okviru plana.

Ako je osiguranje prekinuto u razdoblju kraćem od 12 uzastopnih mjeseci, korisnik plana ponovno ima pravo na pogodnosti prvog dana u mjesecu nakon onog mjeseca u kojem je na korisnikovu računu u Dolarskoj banci bilo minimalni iznos prethodno opisanog mjesečnog odbitka s računa Dolarske banke.

Ako je osiguranje korisnika plana prekinuto na razdoblje od 12 uzastopnih mjeseci ili više, korisnik plana ponovno ostvaruje pravo na pogodnosti prvog dana drugog mjeseca nakon onog mjeseca u kojem je na korisnikovu računu u Dolarskoj banci bio minimalni iznos u visini tri prethodno opisana mjesečna bankovna odbitka koji se isplaćuju iz Dolarske banke.

Početno potrebno stanje računa Dolarske banke, mjesečni odbitak i prethodno opisana trenutna pravila o ispunjavanju uvjeta oni su koji su bili na snazi kada je ova knjižica tiskana. Ova pravila podliježu reviziji i izmjenama u budućnosti. Ako se unese bilo kakva izmjena, korisnici plana bit će obaviješteni.

OSIM KORISNIKA PLANA TKO JOŠ MOŽE BITI OBUHVAĆEN POGODNOSTIMA?

Uzdržavane osobe korisnika plana koje ispunjavaju uvjete uključuju samo sljedeće osobe koje su stanovnici Kanade i koje su osigurane važećim pokrajinskim planom zdravstvene zaštite:

Bračni drug

- a) bračni drug korisnika plana odnosi se na osobu koja je zakonski vjenčana s korisnikom plana nakon pravovaljane civilne ili vjerske ceremonije i isključuje osobu razvedenu ili razdvojenu od korisnika plana; ili
- b) na izvanbračnog supružnika korisnika plana s kojim korisnik plana neprekidno zajedno živi i javno ga predstavlja kao bračnog druga tijekom razdoblja od najmanje 12 uzastopnih mjeseci neposredno prije datuma pružanja usluga za koje je podnesen prvi zahtjev.

Dijete / djeca

- a) svako dijete (starije od 14 dana s obzirom na životno osiguranje uzdržavane osobe) korisnika plana. Pojam uzdržavano dijete odnosi se na djecu iz braka korisnika plana, na zakonski posvojenu djecu te na pastorku. Kako bi se smatralo

uzdržavanom osobom koja ispunjava uvjete, dijete ne smije biti u braku, ne smije biti redovno zaposleno s punim radnim vremenom i mora biti mlađe od 22 godine; i

- b) dijete mlađe od 25 godina koje je neprekidno osigurano kao uzdržavana osoba prema ovom planu od kada je prvi put počelo ispunjavati uvjete i dalje se smatra uzdržavanom osobom koja ispunjava uvjete ako ima status redovnog studenta u akreditiranoj školi, fakultetu ili sveučilištu. Ovjerena potvrda o pohađanju nastave mora se dostaviti Uredu za upravljanje planom.

Dijete čije je uobičajeno prebivalište u Kanadi smatra se uzdržavanom osobom koja ispunjava uvjete i ako pohađa akreditiranu školu, fakultet ili sveučilište izvan Kanade, podložno ograničenjima opisanima u odjeljku o Dopunskoj zdravstvenoj zaštiti u poglavlju **Opis pogodnosti** u ovoj knjižici;

- c) dijete s oštećenjem funkcionalnih sposobnosti koje je bilo osigurano kao uzdržavana osoba ostaje osigurano izvan bilo kakvih dobrih ograničenja za uzdržavane članove obitelji pod uvjetom da je dijete nesposobno za samoodrživo zapošljavanje i da potpuno ovisi o korisniku plana u pogledu podrške i uzdržavanja.

KADA SE PREKIDA ISPUNJAVANJE UVJETA ZA OSTVARENJE POGODNOSTI PLANA?

Osiguranje korisnika plana, uključujući osiguranje svih uzdržavanih osoba, u okviru Plana zdravstvene zaštite i dobrobiti prekida se najranijega od sljedećih datuma:

1. prvi dan mjeseca u kojem korisnik plana ima manji iznos od potrebnog mjesečnog odbitka na svom računu Dolarske banke;
2. prvi dan mjeseca u kojem korisnik plana nije izvršio potrebno izravno plaćanje ili za koje korisnik plana više ne ispunjava uvjete za obavljanje izravnih uplata;
3. dan kada korisnik plana prestane biti korisnik Lokalne podružnice 27 ili Lokalne podružnice 1030 koji podmiruje obveze te bude suspendiran ili izbačen te sve dok je korisnik plana suspendiran ili izbačen;
4. dan kada korisnik plana započne s aktivnim služenjem u oružanim snagama bilo koje zemlje, države ili međunarodne organizacije;
5. datum prestanka osiguranja ili police s obzirom na pogodnost(i) osiguranu(e) tom policom;
6. dan kada se korisnik plana umirovi i potroši iznos sa svog bankovnog računa Dolarske banke;
7. za sve pogodnosti odricanja od premije, naknade za trajnu i potpunu onesposobljenost, dugotrajnu onesposobljenost i pogodnosti hitne pomoći na putovanju na dan kada korisnik plana napuni 65 godina ili kada ode u mirovinu, ovisno što nastupi ranije. Ako korisnik plana u potpunosti zadovoljava Kvalifikacijsko razdoblje onesposobljenosti za dugotrajnu onesposobljenost, a ima 64 godine i smatra se da ispunjava uvjete za naknadu za onesposobljenost, isplate naknade za dugotrajnu onesposobljenost mogu se isplaćivati najdulje 12 mjeseci;
8. za naknadu u slučaju pogibije nesretnim slučajem na radnom mjestu ili gubitka uda na radnom mjestu raniji od dvaju datuma kada korisnik plana navršši 75 godina ili se umirovi;
9. datum prekida kako je naveden u skladu s bilo kojom odredbom o prekidu opisanom unutar opisa svake pogodnosti u ovoj knjižici.

Osiguranje uzdržavanih osoba korisnika plana koje ispunjavaju uvjete prekida se u isto vrijeme kada se raskine osiguranje korisnika plana kako je gore opisano. Osim toga osiguranje uzdržavane osobe prestaje ako/kada uzdržavana osoba više ne bude odgovarala opisu uzdržavane osobe koja ispunjava uvjete kako je gore opisano.

Imajte na umu da osiguravatelji mogu produžiti određene pogodnosti onespособljenom korisniku plana (nakon prekida pogodnosti korisniku plana i/ili nakon prekida pogodnosti plana) kao što je odricanje od premije. Više informacije potražite u poglavlju **Opis pogodnosti** u ovoj knjižici.

OSIGURANJE ZAŠTITE NA RADU

Ako korisnik plana postane onesposobljen dok radi za poslodavca koji plaća doprinose, a za koje se naknade osiguranja radnika (WSIB) plaćaju prema Zakonu o zaštiti i osiguranju na radnom mjestu u Ontariju, račun u Dolarskoj banci korisnika plana zamrzava se, a oni i njihove uzdržavane osobe koje ispunjavaju uvjete ostaju osigurane pogodnostima plana sve dok korisnik plana prima naknade WSIB tijekom maksimalnog razdoblja od 12 mjeseci.

Iako je Ured za upravljanje planom dogovorio s poslodavcima koji plaćaju doprinose i Uredom sindikata da će mu slati obavijesti o bilo kakvoj onesposobljenosti do koje je došlo na radnom mjestu, činjenica je da se korisnik plana koji prima naknade WSIB može previdjeti i možda neće primiti svoj odgovarajući iznos u okviru plana. Korisnici plana kod kojih dođe do onesposobljenosti na radnom mjestu moraju izravno obavijestiti Ured za upravljanje planom, dostaviti dokaze da primaju naknade WSIB, navesti datum nastanka onesposobljenosti i, ako je poznat, očekivani datum prestanka privremene onesposobljenosti kako bi se osiguralo primanje primjenjivog iznosa naknade WSIB u okviru plana.

POMOĆ SA ZAHTJEVIMA S OSNOVE ZAŠTITE NA RADU I OSIGURANJA OD OZLJEDE NA RADU (WSIB)

Korisnici plana koji postanu onesposobljeni zbog nastupa onesposobljenosti na radnom mjestu mogu zatražiti pomoć od Lokalne podružnice 27 ili 1030. Sindikat zapošljava odvjetnika i druge pravne stručnjake koji pomažu korisnicima plana pri podnošenju zahtjeva za naknadu WSIB, uključujući prijave za naknade s osnove Osiguranja zaposlenika (EI) i/ili Kanadskog mirovinskog plana (CPP).

Što učiniti ako ste doživjeli nezgodu na radu

1. Odmah prijavite ozljedu svom poslodavcu.
2. Obratite se liječniku ili drugom zdravstvenom djelatniku i pobrinite se da ispune „Izvješće zdravstvenog radnika (Obrazac 8)“.
3. Kontaktirajte Lokalnu podružnicu sindikata 27 ili 1030 kako biste prijavili nezgodu. La-Dana Manhertz ((905) 652-4140, nastavak za izravno biranje 361) pomaže korisnicima plana prilikom podnošenja zahtjeva za naknade WSIB.
4. Ispunite „Izvješće radnika o ozljedi (Obrazac 6)“. Kopije ispunjenog **Obrasca 6** trebate poslati u WSIB i svom poslodavcu. Lokalna podružnica sindikata 27 ili 1030 može vam pomoći u tome.
5. Obratite se Uredu za upravljanje planom kako biste prijavili nezgodu i podnijeli zahtjev za naknadom za dugotrajnu onesposobljenost i za odricanje od premije;
6. Podnesite zahtjev za naknade za onesposobljenost EI i/ili CPP.

Žalbeni zahtjevi za naknade WSIB

Ozljeda na radnom mjestu može postati vidljiva tek nakon nekog vremena budući da nije uzrokovana samo jednim specifičnim događajem. Ove ozljede i dalje se mogu prijavljivati za

naknadu WSIB kao ozljede na radnom mjestu, međutim, postupak potraživanja može biti teži i često dovodi do podnošenja žalbenog zahtjeva. Lokalna podružnica sindikata može pomoći korisnicima plana u pogledu žalbenog zahtjeva za naknadu.

Poslodavčeva obveza ponovnog zapošljavanja i vaš povratak na posao

Poslodavci u građevinskom sektoru imaju obvezu ponuditi odgovarajuće prilagođene poslove za ponovno zapošljavanje ozlijeđenih radnika. To vrijedi čak i za radnike koji su se potpuno oporavili od ozljede sve dok poslodavac još uvijek ima na raspolaganju posao koji može ponuditi.

I radnici i poslodavci imaju obvezu zajedno pokušati odrediti prikladne prilagođene poslove. Poslodavci često daju radnicima „Obrazac funkcionalnih sposobnosti” koji treba popuniti liječnik. Ovaj obrazac pruža informacije koje pomažu odrediti koju vrstu prilagođenog posla radnik može obavljati. Poslodavci žele ponuditi prilagođeni rad ozlijeđenim radnicima jer će im to uštedjeti troškove zahtjeva za naknadu WSIB.

Prema pravilima WSIB-a privremeni prilagođeni posao ne mora biti vezan uz građevinu i ne mora biti posao podložen kolektivnom ugovoru. Može uključivati i uredski rad ako je prikladan i dostupan. Spor o prikladnosti prilagođenog posla mogao bi dovesti do toga da WSIB-ov stručnjak za povratak na rad pregleda dužnosti, uvjete i dostupnost posla kako bi utvrdio sposobnost radnika da obavlja taj posao.

Pogodnost naknade izgubljene zarade i porezne informacije

WSIB isplaćuje naknade tijekom prvih 12 tjedana odobrenog zahtjeva za naknadom za onesposobljenost na temelju neto prosječne zarade koju je radnik ostvario tijekom 4 tjedna prije ozljede. WSIB obično ponovno izračunava ove naknade u dvanaestom tjednu i može pregledati zaradu radnika do 2 godine prije datuma ozljede. Taj se postupak naziva „izračun dugoročne stope” i namijenjen je prilagodbi iznosa naknade kako bi odražavala točniji prikaz stvarne zarade radnika jer se zarada često mijenja tijekom vremena.

Važno je da ispunite sve svoje prijave poreza na dohodak i budete svjesni da se isplate naknada WSIB za onesposobljenost temelje na neto zaradi (nakon poreza i rashoda).

Obratite se uredu vaše Lokalne podružnice 27 ili 1030 za pomoć oko WSIB-a

Za **općenita pitanja** o ovoj pomoći ili za pomoć pri podnošenju zahtjeva za naknade WSIB obratite se **Nancy Amico na (905) 652-4140, nastavak za izravno biranje 606.**

Za pitanja i zastupanje u vezi sa **žalbenim zahtjevima za naknadu WSIB i/ili pitanja povezana s povratkom na posao** ili sastanke možete se obratiti **Sally Chiappetti-Scapin na (905) 652-4140, nastavak za izravno pitanje 239, ili Michaelu Faragou na (905) 652-4140, 222.** Sally i Michael predstavljaju radnike na sastancima WSIB-a o povratku na posao i sa žalbenim zahtjevima za naknadu WSIB u Odboru za sigurnost i osiguranje na radnom mjestu te na Žalbenom sudu.

OPIS POGODNOSTI

NAKNADA ŽIVOTNOG OSIGURANJA

U slučaju smrti korisnika plana dok ispunjava uvjete za pogodnosti plana iznos naknade životnog osiguranja prikazan u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** ove knjižice može se isplatiti imenovanom uživatelju korisnika plana.

IMENOVANJE UŽIVATELJA

Korisnik plana može imenovati uživatelja prilikom ispunjavanja i podnošenja kartice s informacijama o korisniku u Uredu za upravljanje planom.

Korisnik plana može promijeniti svog imenovanog uživatelja u bilo kojem trenutku (podložno uvjetima bilo koje police osiguranja ili zakonskim/pokrajinskim ograničenjima) popunjavanjem nove kartice s informacijama o korisniku i njezinim podnošenjem u Uredu za upravljanje planom.

Osiguravatelj, općenito gledano, isplaćuje bilo koju naknadu životnog osiguranja imenovanom uživatelju navedenom na posljednjoj kartici s informacijama o korisniku koja je predana Uredu za upravljanje planom.

Stoga je vrlo važno da svi osobni podaci koji se dostavljaju Uredu za upravljanje planom budu ažurirani, kao i da pregledate navod o svom imenovanom uživatelju kako biste bili sigurni da je on odraz vaše trenutačne namjere.

POGODNOST ODRICANJA OD PREMIJE ZA ONESPOSOLJENE KORISNIKE PLANA

Ako korisnik plana postane potpuno onesposobljen prije navršenih 65 godina života i ako mu se odobri naknada zbog dugotrajne osposobljenosti, naknada za životno osiguranje nastavlja se bez dodatnih troškova sve dok korisnik plana ne prestane biti potpuno onesposobljen ili dok ne navrši 65 godina, što god da se od toga dogodi ranije.

„Potpuno onesposobljen” znači da niste u mogućnosti obavljati bilo koju ili sve dužnosti zaposlenika „bilo kojeg zanimanja” za koje ste razumno kvalificirani kroz obuku, obrazovanje ili iskustvo. Dokaz o stalnoj onesposobljenosti mora se podnijeti u skladu sa zahtjevom osiguravatelja.

Kako bi se kvalificirao za pogodnost odricanja od premije, korisnik plana mora obavijestiti Ured za upravljanje planom o onesposobljenosti u roku od jedne godine od posljednjeg aktivnog dana na poslu i osiguravatelju pružiti zadovoljavajući dokaz o onesposobljenosti u roku od 18 mjeseci od posljednjeg aktivnog radnog dana.

Ako je korisniku plana odobrena naknada zbog dugotrajne onesposobljenosti u okviru plana, pogodnost odricanja od premije aktivira se automatski.

POVLASTICA PRETVORBE POGODNOSTI ŽIVOTNOG OSIGURANJA

Ako naknada životnog osiguranja korisnika plana prestane ili se smanji, otkazani ili smanjeni iznos naknade za životno osiguranje može biti prikladan za pretvorbu u pojedinačnu policu bez obveze da se osiguravatelju podastre medicinski dokaz o ispunjavanju uvjeta za osiguranje.

Zahtjev za pojedinačnom policom zajedno s prvom mjesečnom premijom osiguravatelj mora primiti u roku od 31 dana od datuma prestanka ili smanjenja naknade životnog osiguranja. Ako dođe do smrti u ovom 31-dnevnom razdoblju, iznos životnog osiguranja dostupnog za pretvorbu isplaćuje imenovanom uživatelju korisnika plana čak i ako nije bilo zahtjeva za pretvorbom. Za više informacija o povlastici pretvorbe obratite se Uredu za upravljanje planom.

OPOREZIVOST PREMIJE ŽIVOTNOG OSIGURANJA

Svaka premija životnog osiguranja koju je fond isplatio u ime korisnika plana smatra se prema kanadskim poreznim zakonima oporezivom naknadom za korisnika plana u kalendarskoj godini u kojoj je plaćena.

U veljači svake godine korisnik plana koji je bio pokriven životnim osiguranjem u okviru plana u prethodnoj kalendarskoj godini prima službeni porezni obrazac iz plana u kojem je naveden ukupan iznos plaćene premije životnog osiguranja (zajedno s bilo kakvim drugim oporezivim uplaćenim premijama) koji je fond platio u ime korisnika plana u prethodnoj kalendarskoj godini.

Iznos naveden u službenom poreznom obrascu mora se prijaviti kao dohodak u godišnjoj prijavi poreza na dohodak korisnika plana.

PRESTANAK POGODNOSTI ŽIVOTNOG OSIGURANJA

Pogodnost životnog osiguranja korisnika plana prestaje na dan umirovljenja korisnika plana i iscrpljenja iznosa na njegovom računu Dolarske banci. Osiguranje korisnika plana prekida se i kao što je ranije opisano u poglavlju **Informacije o ispunjavanju uvjeta** u ovoj knjižici.

POTREBNI OBRAZAC ZAHTJEVA ZA ŽIVOTNIM OSIGURANJEM

Nikakva se naknada ne isplaćuje imenovanom uživatelju korisnika plana ako popunjeni obrazac zahtjeva i svi drugi potrebni dokumenti nisu dostavljeni Uredu za upravljanje planom i/ili osiguravatelju u roku određenom za podnošenje zahtjeva. Pročitajte odredbe o **roku za podnošenje zahtjeva** u poglavlju **Opća pravila i odredbe plana** u ovoj knjižici.

POGODNOST ŽIVOTNOG OSIGURANJA UZDRŽAVANOG

U slučaju smrti bračnog druga i/ili uzdržavanog djeteta (djece) korisnika plana koji ispunjavaju uvjete iznos(i) životnog osiguranja uzdržavane osobe prikazani u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici može (mogu) se isplatiti korisniku plana.

POGODNOST ODRICANJA OD PREMIJE ZA ONESPOSoblJENE KORISNIKE PLANA

Ako je korisniku plana odobreno odricanje od premije kao što je ranije opisano u poglavlju o pogodnosti životnog osiguranja, automatski mu se odobrava odricanje od premije u okviru pogodnosti životnog osiguranja za uzdržavanu osobu.

POVLASTICA PRETVORBE ŽIVOTNOG OSIGURANJA UZDRŽAVANOG ČLANA OBITELJI

Ako pogodnost životnog osiguranja bračnog druga korisnika plana koji ispunjava uvjete prestane ili se smanji, prekinuta ili smanjena naknada životnog osiguranja može biti prikladna za pretvorbu u pojedinačnu policu bez medicinskih dokaza.

Zahtjev za pojedinačnom policom zajedno s prvom mjesečnom premijom osiguravatelj mora primiti u roku od 31 dana od datuma prestanka ili smanjenja pogodnosti životnog osiguranja uzdržavane osobe. Ako tijekom ovog razdoblja od 31 dana osoba umre, iznos ukinute ili umanjene naknade životnog osiguranja uzdržavane osobe koja je bila na raspolaganju za pretvaranje plaća se shodno tome čak i ako nije bilo zahtjeva za pretvorbom.

Mogu postojati razlike između različitih pokrajina. Ako živite u pokrajini Quebec i ako osiguranje vašeg uzdržavanog djeteta prestane ili se smanji, možda imate pravo na pretvorbu prekinutog osiguranja kako je gore navedeno temeljem povlastice pretvorbe za osiguranje bračnog druga. Za više informacija obratite se s Uredu za upravljanje planom.

OPOREZIVOST PREMIJE ŽIVOTNOG OSIGURANJA UZDRŽAVANE OSOBE

Svaka premija životnog osiguranja uzdržavane osobe koju fond plaća u ime korisnika plana smatra se prema kanadskim poreznim zakonima oporezivom naknadom za korisnika plana u kalendarskoj godini u kojoj je primljena.

U veljači svake godine korisnik plana koji je bio osiguran životnim osiguranjem uzdržavane osobe u okviru plana u prethodnoj kalendarskoj godini prima službeni porezni obrazac iz plana u kojem je naveden ukupan iznos plaćene premije životnog osiguranja uzdržavane osobe (zajedno s bilo kakvim drugim oporezivim premijama) koji je fond platio u ime korisnika plana u prethodnoj kalendarskoj godini.

Iznos naveden u službenom poreznom obrascu mora se prijaviti kao dohodak u godišnjoj prijavi poreza na dohodak korisnika plana.

PRESTANAK POGODNOSTI ŽIVOTNOG OSIGURANJA UZDRŽAVANE OSOBE

Pogodnost životnog osiguranja uzdržavane osobe korisnika plana prestaje ranijeg od ovih dvaju datuma: na dan umirovljenja korisnika plana ili na dan iscrpljenja iznosa na njegovom računu Dolarske banke. Osiguranje korisnika plana i bilo koje uzdržavane osobe također se prekida kao što je ranije opisano u poglavlju **Informacije o ispunjavanju uvjeta** ove knjižice.

POTREBAN OBRAZAC ZA ZAHTJEV ZA ŽIVOTNIM OSIGURANJEM UZDRŽAVANE OSOBE

Nikakva se naknada ne isplaćuje korisniku plana ako popunjeni obrazac zahtjeva i svi drugi potrebni dokumenti nisu dostavljeni Uredu za upravljanje planom i/ili osiguravatelju u roku određenom za podnošenje zahtjeva. Pročitajte odredbe o **roku za podnošenje zahtjeva** u poglavlju **Opća pravila i odredbe plana** u ovoj knjižici.

NAKNADA ZA SMRT I GUBITAK UDA USRED NESRETNOG

NAKNADA ZA SMRT USLIJED NESRETNOG SLUČAJA

Smrt uslijed nesretnog slučaja definira se kao smrt koja je posljedica slučajne tjelesne ozljede. Naknada za smrt i gubitak uda uslijed nesretnog slučaja može se isplatiti kao dodatak uz naknadu plana za životno osiguranje.

U roku od 365 dana od smrti uslijed nesretnog slučaja korisnika plana, a nakon primitka odgovarajućeg dokaza prihvatljivog osiguravatelju, imenovani uživatelj prima glavni iznos korisnika plana opisan u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici (za više informacija o imenovanju uživatelja pročitajte gore navedeni opis pogodnosti životnog osiguranja).

NAKNADA ZA SMRT USLIJED NESRETNOG SLUČAJA NA RADNOM MJESTU

U roku od 365 dana od smrti uslijed nesretnog slučaja na radnom mjestu, a nakon primitka odgovarajućeg dokaza prihvatljivog osiguravatelju, imenovani uživatelj korisnika plana prima naknadu za smrt uslijed nesretnog slučaja na radnom mjestu, opisanu u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici. Smrt uslijed nesretnog slučaja na radnom mjestu posljedica je nesreće koja se dogodila dok je korisnik plana, koji je mlađi od 75 godina, bio:

- i) u prostorijama radnog mjesta, dok je korisnik plana obavljao svoj posao; ili
- ii) na specifičnom, odobrenom poslovnom putovanju (poslovni put, ne uključujući svakodnevno putovanje na radno mjesto).

NAKNADA ZA POTPUNU ONESPOSOBLJENOST

Nakon godinu dana (12 mjeseci) „**neprekidnupotpune onesposobljenosti**“, ako korisnik plana koji je mlađi od 65 godina tada postane „**trajno i potpuno onesposobljen**“, osiguravatelj korisniku plana isplaćuje naknadu za trajnu potpunu onesposobljenost navedenu u poglavlju

Sažeti pregled pogodnosti u ovoj knjižici. Osiguravatelj od iznosa oduzima sve uplate obavljene u skladu s Rasporedom gubitaka naknade za gubitak uda nesretnim slučajem (pogledajte dalje u tekstu), povezanim s tim istim ozljedama.

„**Neprekidna potpuna onesposobljenost**“ koja proizlazi iz takvih ozljeda i započinje u roku od 30 dana nakon datuma nezgode označava potpunu nesposobnost korisnika plana tijekom prve godine za obavljanje znatnih i ključnih dužnosti vlastitog zanimanja ili zaposlenja korisnika plana.

„**Trajna i potpuna onesposobljenost**“ označava potpunu nesposobnost korisnika plana nakon jedne godine stalne potpune onesposobljenosti, kao što je prethodno definirano, da tijekom ostatka života obavlja bilo koje zanimanje ili zaposlenje za koje je korisnik plana bio obrazovan, osposobljen ili imao iskustva s njim.

NAKNADA ZA GUBITAK UDA USLIJED NESRETNOG SLUČAJA I NAKNADA ZA GUBITAK UDA USLIJED NESRETNOG SLUČAJA NA RADNOM MJESTU

Osiguravatelj korisniku plana isplaćuje 100 % primjenjivog glavnog iznosa za gubitak uda uslijed nesretnog slučaja opisanog u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici u slučaju da korisnik plana ili uzdržavana osoba koja ispunjava uvjete pretrpi bilo koji od u nastavku navedenih slučajnih gubitaka.

Uz naknadu za gubitak uda uslijed nesretnog slučaja osiguravatelj korisniku plana isplaćuje i 100 % primjenjivog glavnog iznosa za gubitak uda uslijed nesretnog slučaja na radnom mjestu, opisanog u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici, u slučaju da korisnik plana, koji je mlađi od 75 godina, pretrpi bilo koji od ispod navedenih slučajnih gubitaka uslijed nezgode na radnom mjestu.

- Potpuni gubitak vida na oba oka
- Gubitak jedne ruke i jednog stopala
- Nemogućnost služenja jednom rukom i jednim stopalom
- Gubitak jedne ruke i potpuni gubitak vida na jednom oku
- Gubitak jednog stopala i potpuni gubitak vida na jednom oku
- Gubitak sposobnosti govora i gubitak sluha na oba uha
- Moždana smrt

Osiguravatelj korisniku plana isplaćuje 200 % primjenjivog glavnog iznosa za gubitak uda uslijed nesretnog slučaja opisanog u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici u slučaju da korisnik plana ili uzdržavana osoba koja ispunjava uvjete pretrpi bilo koji od u nastavku navedenih slučajnih gubitaka.

Uz naknadu za gubitak uda uslijed nesretnog slučaja osiguravatelj korisniku plana isplaćuje i 200 % primjenjivog glavnog iznosa za gubitak uda uslijed nesretnog slučaja na radnom mjestu opisanog u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici u slučaju da korisnik plana, koji je

mlađi od 75 godina, pretrpi bilo koji od ispod navedenih slučajnih gubitaka uslijed nezgode na radnom mjestu.

- Gubitak obiju ruku do ramena, obiju ruku do zapešća, obiju nogu ili obaju stopala
- Nemogućnost služenja objema rukama do ramena, objema rukama do zapešća, objema nogama ili obama stopalima
- Kvadriplegija
- Paraplegija
- Hemiplegija

Osiguravatelj korisniku plana isplaćuje 75 % primjenjivog glavnog iznosa za gubitak uda uslijed nesretnog slučaja opisanog u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici u slučaju da korisnik plana ili uzdržavana osoba koja ispunjava uvjete pretrpi bilo koji od u nastavku navedenih slučajnih gubitaka. Uz naknadu za gubitak uda nesretnim slučajem osiguravatelj korisniku plana isplaćuje 75 % primjenjivog glavnog iznosa za gubitak uda uslijed nesretnog slučaja na radnom mjestu opisanog u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici u slučaju da korisnik plana, koji je mlađi od 75 godina, pretrpi bilo koji od u nastavku navedenih slučajnih gubitaka uslijed nezgode na radnom mjestu.

- Gubitak jedne ruke ili jedne noge
- Nemogućnost služenja jednom rukom ili jednom nogom
- Gubitak jedne ruke do zapešća ili jednog stopala
- Nemogućnost služenja jednom rukom do zapešća ili jednim stopalom
- Potpuni gubitak vida na jednom oku
- Gubitak sposobnosti govora ili gubitak sluha na oba uha

Osiguravatelj korisniku plana isplaćuje 33 1/3 % primjenjivog glavnog iznosa za gubitak uda uslijed nesretnog slučaja opisanog u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici u slučaju da korisnik plana ili uzdržavana osoba koja ispunjava uvjete pretrpi bilo koji od ispod navedenih slučajnih gubitaka. Uz naknadu za gubitak uda uslijed nesretnog slučaja osiguravatelj korisniku plana isplaćuje i 33 1/3 % primjenjivog glavnog iznosa za gubitak uda uslijed nesretnog slučaja na radnom mjestu opisanog u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici u slučaju da korisnik plana, koji je mlađi od 75 godina, pretrpi bilo koji od u nastavku navedenih slučajnih gubitaka uslijed nezgode na radnom mjestu.

- Gubitak palca i kažiprsta iste ruke
- Nemogućnost služenja palcem i kažiprstom iste ruke
- Gubitak četiri prsta iste ruke
- Gubitak sluha u jednom uhu

Osiguravatelj korisniku plana isplaćuje 25 % primjenjivog glavnog iznosa za gubitak uda uslijed nesretnog slučaja opisanog u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici u slučaju da

korisnik plana ili uzdržavana osoba koja ispunjava uvjete pretrpi bilo koji od u nastavku navedenih slučajnih gubitaka.

Uz naknadu za gubitak uda uslijed nesretnog slučaja osiguravatelj korisniku plana isplaćuje i 25 % primjenjivog glavnog iznosa za gubitak uda uslijed nesretnog slučaja na radnom mjestu opisanog u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici, u slučaju da korisnik plana, koji je mlađi od 75 godina, pretrpi bilo koji od u nastavku navedenih slučajnih gubitaka uslijed nezgode na radnom mjestu.

- Gubitak svih prstiju na istom stopalu

DEFINICIJE GUBITKA UDA NESRETNIM SLUČAJEM

Prethodno upotrijebljeni pojam „**gubitak**” koji se odnosi na ruku i / ili stopalo označava potpuno odvajanje kroz ručni zglobov ili gležanj ili iznad njih, ali ispod lakta ili koljena.

Pojam „**gubitak**” koji se odnosi na ruku do ramena ili nogu označava potpuno odvajanje kroz lakat ili koljeno ili iznad njega.

Pojam „**gubitak**” koji se odnosi na palac i kažiprst označava potpuno odvajanje na metakarpofalangealnom zglobov ili iznad njega.

Pojam „**gubitak**” koji se odnosi na nožni prst znači potpuno odvajanje na metatarzofalangealnom zglobov ili iznad njega.

Pojam „**gubitak**” koji se odnosi na oko označava nepovratan i potpun gubitak vida na to oko.

Ako osigurana osoba pretrpi potpuno odvajanje ruke, stopala, ruke do ramena ili noge, isplaćuje joj se naknada čak i ako je odvojeni ud kirurškim putem ponovno prišiven bez obzira na uspjeh.

Prethodno upotrijebljeni pojam „**gubitak**” koji se odnosi na govor označava potpun i nepovratan gubitak govora koji ne dopušta komunikaciju ni u kojem stupnju.

Pojam „**gubitak**” koji se odnosi na „**gubitak**” sluha označava potpuni i nepovratan gubitak sluha koji se ne može ispraviti nikakvim slušnim pomagalom niti aparatom.

Pojam „**gubitak**” koji se odnosi na kvadriplegiju (paraliza obaju gornjih i obaju donjih ekstremiteta), paraplegiju (paraliza obaju donjih ekstremiteta) i hemiplegiju (paraliza gornjih i donjih ekstremiteta na jednoj strani tijela) označava potpunu i nepovratnu paralizu tih udova pod uvjetom da je gubitak funkcije neprekidan tijekom sto osamdeset uzastopnih dana i da je utvrđeno da je taj gubitak funkcije trajan na temelju dokaza koje osiguravatelj smatra zadovoljavajućima.

Pojam „**moždana smrt**” označava nepovratan gubitak svijesti s potpunim gubitkom funkcije mozga; i potpuno odsustvo električne aktivnosti mozga iako srce još uvijek kuca.

Pojam „**nemogućnost služenja**“ označava ukupan i nepovratan gubitak mogućnosti služenja pod uvjetom da je ta nemogućnost neprekidna tijekom 12 uzastopnih mjeseci i da je osiguravatelj utvrdio da je trajna.

Kvadriplegija, paraplegija, hemiplegija i „nemogućnost služenja“ podložne su kombiniranom maksimalnom iznosu naknada svih polica zajedno u iznosu od 1 000 000 dolara.

Ako takve ozljede dovedu do bilo kojeg od prethodno navedenih specifičnih gubitaka u roku od godinu dana od datuma nezgode, osiguravatelj isplaćuje specificiranu primjenjivu naknadu na temelju važećeg/važećih glavnog/glavnih iznosa, ali ne isplaćuje više od jedne (najveće) takve naknade u odnosu na sve ozljede koje su posljedica jedne nezgode gubitka uda nesretnim slučajem ili gubitka uda nesretnim slučajem na radnom mjestu.

DODATNE NAKNADE ZA SMRT I GUBITAK UDA USLIJED NESRETNOG SLUČAJA

NAKNADA ZA IZLAGANJE I NESTANAK

Gubitak koji je posljedica izlaganja elementima koje nije moguće izbjeći i koji proizlazi iz gore opisanih opasnosti osiguran je u opsegu u kojem su naknade dostupne korisniku plana. Ako se tijelo korisnika plana ne pronađe u roku od jedne godine od nestanka, nasukavanja, utapanja ili uništenja prijevoznog sredstva u kojem se vozio u vrijeme nezgode, pretpostavlja se, podložno svim drugim uvjetima naknada, da je izgubio život uslijed tjelesnih ozljeda zadobivenih u nezgodi.

NAKNADA ZA REPATRIJACIJU

Kada osigurana ozljeda rezultira gubitkom života korisnika plana izvan stotinu pedeset (150) kilometara od njihovog stalnog prebivališta ili izvan Kanade i unutar 365 dana od datuma nezgode, osiguravatelj plaća stvarne troškove nastale uslijed pripreme pokojnika za pokop i otpremu tijela u grad prebivališta pokojnika, ali ne u iznosu višem od 15 000 dolara.

NAKNADA ZA REHABILITACIJU

Kada kao posljedicu ozljede osiguravatelj izvrši isplatu u okviru bilo kakve naknade osim naknade za gubitak života, osiguravatelj uz to plaća i stvarno nastale razumne i potrebne troškove do maksimalnog iznosa od 15 000 dolara za posebno osposobljavanje korisnika plana pod uvjetom da:

- a) je takvo osposobljavanje potrebno zbog takvih ozljeda i kako bi korisnik plana bio kvalificiran za obavljanje posla kojim se on/ona ne bi bavio/la da nije zadobio/la takve ozljede;
- b) su troškovi nastali u roku od dvije (2) godine od datuma nezgode;
- c) se ne plaća za troškove života, putovanja ili odjeće.

NAKNADA ZA PRIJEVOZ OBITELJI

Kada ozljede uzrokuju boravak korisnika plana u bolnici smještenoj izvan sto pedeset (150) kilometara od grada stalnog prebivališta ili izvan Kanade, a zahtijevaju osobnu nazočnost člana uže obitelji prema preporuci liječnika u pisanom obliku, osiguravatelj plaća troškove člana obitelji za prijevoz najizravnijim mogućim putem licenciranim javnim prijevoznikom do korisnika

plana, ali ne više od maksimalnog iznosa od 15 000 dolara. „Član najuže obitelji” označava bračnog druga, roditelja ili pomajku ili poočima, dijete ili pastorka, brata ili sestru, polubrata ili polusestru, brata ili sestru supružnika, punicu/svekrvu ili punca/svekra te supružnike djece.

NAKNADA ZA POSLOVNO OSPOSOBLJAVANJE BRAČNOG DRUGA

Kada kao posljedicu ozljede osiguravatelj isplati naknadu zbog smrti uslijed nesretnog slučaja, osiguravatelj osim toga plaća i stvarno nastali trošak u roku od 365 dana od datuma nezgode bračnog druga korisnika plana za službeni program stručnog osposobljavanja u svrhu konkretnog kvalificiranja tog bračnog druga za aktivno zapošljavanje u zanimanju za koje bračni drug inače ne bi bio dovoljno kvalificiran. Maksimalni isplaćeni iznos ne smije biti viši od 15 000 dolara.

NAKNADA ZA PREINAKE DOMA I VOZILA

Ova naknada može se isplatiti u slučaju da korisnik plana zadobije ozljedu koja dovede do jednog od gubitaka uda uslijed nesretnog slučaja za koje je moguće isplatiti naknadu (osim naknade za smrt uslijed nesretnog slučaja), a takva ozljeda zahtijeva upotrebu invalidskih kolica da bi osoba bila pokretna.

Osiguravatelj plaća razumne i nužne troškove koji su stvarno nastali u roku od 365 dana od datuma nezgode za:

- 1) jednokratni trošak preinaka glavnog prebivališta korisnika plana kako bi ga se učinilo pristupačnim i useljivim za invalidska kolica; i
- 2) jednokratni trošak nužnih preinaka motornog vozila kojim se korisnik plana služi kako bi korisnik plana mogao ući u vozilo i njime upravljati.

Do isplate ovih pogodnosti ne dolazi osim ako su:

- a) preinake doma obavile osobe iskusne u takvim preinakama, a preporučila ih je priznata organizacija koja pruža podršku i pomoć korisnicima invalidskih kolica; i
- b) preinake vozila obavile osobe s iskustvom u takvim stvarima, a preinake su odobrila pokrajinska tijela nadležna za izdavanje dozvola za vozila.

Maksimalni isplativi iznos za obje stavke 1 i 2 zajedno ne prelazi 10 % primjenjivog glavnog iznosa navedenog u **Sažetom pregledu pogodnosti** do maksimalno 50 000 dolara.

NAKNADA ZA DNEVNU SKRB DJECE

Ako korisnik plana ili bračni drug korisnika plana koji ispunjava uvjete izgubi život u pokrivenoj nezgodi dok je polica osiguranja na snazi, osiguravatelj uz sve ostale naknade koje se isplaćuju zbog smrti uslijed nesretnog slučaja ili gubitka uda plaća i naknadu za dnevnu skrb djece jednaku razumnim i nužnim troškovima koji su stvarno nastali pod uvjetom da:

- a) iznose manje od 5 % primjenjive svote glavnog iznosa koji se odnosi na osiguranu osobu; ili
- b) iznose najviše 5000 dolara godišnje:

za svako uzdržavano dijete koje ima 12 godina ili manje. Uzdržavano dijete mora biti upisano u zakonski licenciranu ustanovu za dnevnu skrb djece na dan nezgode ili mora biti upisano u zakonski licenciranu ustanovu dnevnu skrb djece u roku od 365 dana nakon datuma nezgode.

Naknada za dnevnu skrb isplaćuje se svake godine tijekom četiri (4) uzastopne godine, ali samo po primitku zadovoljavajućeg dokaza da je dijete upisano u zakonski licenciranu ustanovu za dnevnu skrb djece.

NAKNADA ZA POSEBNO OBRAZOVANJE

Ako korisnik plana ili bračni drug korisnika plana koji ispunjava uvjete izgubi život u osiguranjem pokrivenoj nezgodi dok je polica osiguranja na snazi, osiguravatelj pored svih ostalih naknada koje se isplaćuju zbog smrti uslijed nesretnog slučaja ili gubitka uda plaća „**naknadu za posebno obrazovanje**” u iznosu od 5 % primjenjivog glavnog iznosa osigurane osobe do maksimalno 5000 dolara na godinu u ime bilo kojeg uzdržavanog djeteta koje je na dan nezgode upisano kao redovni student u bilo kojoj visokoškolskoj ustanovi i nakon toga se upisuje kao redoviti student u bilo koju visokoškolsku ustanovu u roku od 365 dana od dana nezgode.

„**Naknada za posebno obrazovanje**” plaća se godišnje u najviše četiri (4) uzastopna godišnja plaćanja, ali samo ako uzdržavano dijete nastavi školovanje kao redoviti student u visokoškolskoj ustanovi.

NAKNADA ZA ŽALOVANJE

Kada ozljede osigurane naknadom za smrt i gubitak uda uslijed nesretnog slučaja dovedu do gubitka života osigurane osobe, u roku od 365 dana od datuma nezgode osiguravatelj plaća razumne i nužne troškove koje su stvarno imale uzdržavane osobe preminulog korisnika plana koje ispunjavaju uvjete (bračni drug i djeca) za najviše šest (6) sastanaka sa stručnjakom za psihološku pomoć tijekom žalovanja, pri čemu treba biti riječ o profesionalnom savjetniku, a maksimalni je iznos 1000 dolara.

„**Profesionalni savjetnik**” označava liječenje ili savjetovanje koje obavlja terapeut ili savjetnik koji je licenciran, registriran ili certificiran za pružanje takvog liječenja.

MJESEČNA NAKNADA ZA BORAVAK U BOLNICI

U slučaju da osigurana osoba zadobije ozljedu koja dovede do isplate u skladu s naknadom za gubitak uda nesretnim slučajem, isključujući naknadu za smrt uslijed nesretnog slučaja, a osigurana osoba boravi u bolnici i pod nadzorom je zakonski kvalificiranog i registriranog liječnika ili kirurga, osiguravatelj za svaki puni mjesec plaća jedan posto (1 %) od primjenjivog glavnog iznosa uz maksimalnu naknadu od 2500 dolara ili tridesetinu (1/30) takve mjesečne naknade za svaki dan djelomičnog mjeseca retroaktivno do prvog punog dana takvog boravka u bolnici, no to ne smije prelaziti ukupno 365 dana za svako razdoblje boravka u bolnici.

„**Bolnica**” ovdje označava zakonski osnovanu ustanovu koja ispunjava sve sljedeće uvjete:

1. bavi se prvenstveno prijemom, njegom i liječenjem bolesnih, bolujućih ili ozlijeđenih osoba kao pacijenata koji u njoj borave;
2. osigurava svakodnevnu 24-satnu njegu koju obavljaju ovlašteni ili diplomirani medicinski tehničari;
3. zapošljava jednog ili više licenciranih liječnika koji su dostupni u svako doba;

4. sadrži uređene prostore za dijagnostiku i kirurške dvorane; i
5. nije prvenstveno klinika, starački dom, dom za oporavak niti sličan objekt niti je, osim uzgredno, mjesto za liječenje alkoholičara ili ovisnika o drogama.

„**Bolnički pacijent**” označava osobu koja je primljena u bolnicu kao korisnik usluga ili bolesnik koji leži u krevetu i kojem bolnica osigurava barem jedan dan u sobi i pripadajuće usluge.

NAKNADE ZA KOZMETIČKE USLUGE ZA NARUŽENOST

Ako korisnik plana uslijed nezgode pretrpi opeklinu trećeg stupnja, osiguravatelj plaća postotak primjenjivog glavnog iznosa ovisno o opečenom dijelu tijela prema sljedećoj tablici, pri čemu je maksimalna plativa naknada 25 000 dolara:

Dio tijela	(A) Klasifikacija područja	(B) Maksimalni dopušteni postotak za opečeno područje	(C) Maksimalni plativi postotak glavnog iznosa
Lice, vrat, glava	11	9,0 %	99,0 %
Ruka i podlaktica	5	4,5 %	22,5 %
Bilo koja nadlaktica	3	4,5	13,5 %
Torzo (prednji ili stražnji dio)	2	18,0 %	36,0 %
Jedno ili drugo bedro	1	9,0 %	9,0 %
Jedna ili druga potkoljenica (ispod koljena)	3	9,0 %	27,0 %

„**Maksimalni plativi postotak glavnog iznosa**” (stavka (C) u gornjoj tablici) određuje se množenjem klasifikacije područja ((A) u gornjoj tablici) s maksimalnim dopuštenim postotkom za opečeno područje ((B) u tablici iznad).

U slučaju da je opečeno 50 % površine, maksimalni dopušteni postotak za opečeno područje (B) smanjuje se za 50 %. Ova tablica predstavlja samo maksimalni postotak glavnog iznosa plativ za jednu nezgodu. Ako korisnik plana pretrpi opekline na više od jednog područja kao posljedica samo jedne nezgode, pogodnosti neće premašiti maksimalni iznos od 25 000 dolara.

NAKNADA ZA UPORABU SIGURNOSNOG POJASA

Ova se naknada isplaćuje samo u slučaju da korisnik plana zadobije ozljedu koja rezultira jednim od gubitaka plativih u okviru naknade za smrt uslijed nesretnog slučaja ili gubitka uda. Svota glavnog iznosa korisnika plana povećava se za 10 %, do maksimalnog iznosa od 25 000 dolara ako je u vrijeme nezgode Korisnik plana vozio ili bio vožen u vozilu s pravilno pričvršćenim sigurnosnim pojasom. Dokaz upotrebe sigurnosnog pojasa mora se dostaviti kao dio pisanog dokaza nastale štete.

„**Sigurnosni pojas**” označava pojaseve koji čine sustav za zadržavanje tijela u slučaju nezgode. „Vozilo” označava osobni putnički automobil, karavan, kombi ili automobil vrste džipa.

NAKNADA ZA IDENTIFIKACIJU TIJELA

U slučaju da korisnik plana izgubi život nesretnim slučajem na području ne manje od sto pedeset (150) kilometara udaljenom od mjesta stanovanja korisnika plana te policija ili slično vladino tijelo zatraži da član uže obitelji identificira tijelo, osiguravatelj nadoknađuje razumne troškove koje je takav član obitelji zaista imao za:

- a) prijevoz najizravijim putem do grada ili mjesta u kojem se tijelo nalazi; i
- b) hotelski smještaj u takvom gradu ili mjestu u trajanju od maksimalno tri (3) dana.

Naknada pritom nastalih troškova podliježe naknadi za smrt uslijed nesretnog slučaja te se nakon toga plaća u skladu s uvjetima ove naknade nakon identifikacije tijela kao korisnika plana.

Maksimalni plativi iznos ne premašuje 15 000 dolara za sve takve troškove. Ne plaća se za hranu niti za druge uobičajene životne troškove, troškove putovanja ili odjeće, a prijevoz se mora dogoditi u vozilu ili sredstvu kojim se upravlja s licencijom za prijevoz putnika i koje je pogodno za najam.

ODRICANJE OD PREMIJE ZA AD&D

Ako je osiguravatelj odobrio korisniku plana plaćanje naknade za dugotrajnu onesposobljenost, nastavlja se isplaćivati naknada zbog smrti uslijed nesretnog slučaja ili gubitka uda bez troškova sve dok korisnik plana ne prestane biti „**potpuno onesposobljen**” ili dok ne navrši 65 godina, što god od toga da nastupi ranije.

Ovisno o svim uvjetima police osiguranja odricanje od bilo koje premije, kako je ovdje predviđeno, nastavlja se obzirom na korisnika plana i njegove uzdržavane osobe koja ispunjava uvjete do trenutka kada korisnik plana navrši 65 godina, do njegova umirovljenja ili do ranije prekida police osiguranja.

OPETOVANA ONESPOSoblJENOST

Kada korisnik plana ponovno postane ponovno potpuno onesposobljen iz istih ili sličnih razloga u roku od šest mjeseci od prestanka pogodnosti odricanja od premije, tada se svi takvi ponovljeni događaji smatraju nastavkom iste onesposobljenosti, a osiguravatelj se odriče šestomjesečnog kvalifikacijskog razdoblja.

Ako se ista onesposobljenost ponovi nakon isteka razdoblja od šest mjeseci nakon prestanka pogodnosti odricanja od premije, takva se onesposobljenost smatra zasebnom onesposobljenosti.

Dvije onesposobljenosti koje su posljedica nepovezanih uzroka smatraju se zasebnim onesposobljenostima ako su razdvojene povratkom na posao u trajanju od najmanje jednog (1) dana.

PRESTANAK ODRICANJA OD PREMIJE ZA AD&D

Odricanja od premije prestaju najranijeg datuma od sljedećih:

- a) datum kada korisnik plana prestane ispunjavati kriterije definicije potpune onesposobljenosti iz police osiguranja;
- b) datum kada korisnik plana ne dostavi osiguravatelju odgovarajuće medicinske dokaze koje osiguravatelj smatra potrebnima;
- c) datum kada korisnik plana prestane primati redovitu, stalnu skrb i liječenje od odgovarajućeg liječnika za tu onesposobljenost, kako je odredio osiguravatelj;
- d) datum kada korisnik plana propusti pregled svrha kojeg je zdravstvena, psihijatrijska, psihološka, funkcionalna, obrazovna procjena i/ili procjena radne sposobosti, a obavlja ju procjenitelj kojeg je odabrao osiguravatelj;
- e) datum prestanka police osiguranja;
- f) datum kada korisnik plana navrši 65 godina ili se umirovi; ili
- g) datum smrti korisnika plana.

OSIGURANJE TIJEKOM ODRICANJA OD PREMIJE

Tijekom odricanja od plaćanja premije naknada za smrt uslijed nesretnog slučaja ili gubitka uda u okviru police osiguranja za korisnika plana i dalje je na snazi. Iznos takvog osiguranja predstavlja iznos osiguranja koji je bio na snazi na dan početka onesposobljenosti, podložno bilo kakvom smanjenju dobi ili prekidu navedenom u polici.

POVLASTICA PRETVORBE

Na dan prestanka naknade zbog smrti uslijed nesretnog slučaja ili gubitka uda ili tijekom 31-dnevnog razdoblja nakon prestanka korisnik plana može pretvoriti svoje osiguranje u pojedinačnu policu osiguranja osiguravatelja samo za smrt uslijed nesretnog slučaja ili gubitak uda.

Pojedinačna polica stupa na snagu ili od datuma kada je osiguravatelj primio zahtjev ili na datum kada završi osiguranje u okviru plana ovisno o tome što nastupi kasnije.

Premija je ista kao ona koju bi osoba uobičajeno plaćala u trenutku podnošenja zahtjeva za pojedinačnom policom.

Zahtjev za pojedinačnom policom može se podnijeti obraćanjem Uredu za upravljanje planom. Iznos pretvorene naknade osiguranja ne smije premašiti iznos izdan tijekom korištenja planom, a maksimum je 200 000 dolara. Individualnom policom osigurava se samo smrt i gubitak uda uslijed nesretnog slučaja.

OGRANIČENJA I IZUZECI NAKNADE ZA SMRT I GUBITAK UDA USLIJED NESRETNOG SLUČAJA

Ovom naknadom nisu osigurani gubici uzrokovani ili nastali kao posljedica jednog ili više od sljedećih slučajeva:

- a) Namjerno samoozljeđivanje, samoubojstvo ili bilo koji pokušaj samoubojstva, bilo da je osoba psihički zdrava ili ne;
- b) Proglašeni ili neproglašeni rat ili bilo koji čin rata;
- c) Putovanje ili let zrakoplovom koji je u vlasništvu posjednika police osiguranja ili njemu iznajmljen ili u vlasništvu korisnika plana ili člana kućanstva korisnika plana ili njima iznajmljen ili zrakoplovom koji se rabi u bilo kakvu svrhu ispitivanja ili eksperimenta, za gašenje požara, inspekciju dalekovoda, inspekciju cjevovoda, fotografiranje iz zraka ili istraživanje;
- d) Gubici do kojih je došlo dok je korisnik plana bio na aktivnoj radnoj dužnosti u oružanim snagama bilo koje zemlje ili međunarodnog tijela;
- e) Putovanje ili let u bilo kakvom vozilu ili uređaju za zračnu navigaciju; osim u opsegu u kojem su takvo putovanje ili let pruženi u opisu ove pogodnosti.

Što se tiče zračnog prijevoza, pruženo osiguranje odnosi se na gubitak koji je prouzročen ili koji je posljedica putovanja ili leta u bilo kakvom zrakoplovu ili bilo kakvom drugom uređaju za navigaciju zrakom, uključujući ukrcaj ili iskrcaj iz njega, osim:

- a) dok se upotrebljava u bilo kakvu svrhu ispitivanja ili eksperimenta; ili
- b) dok korisnik plana upravlja, uči upravljati ili služi kao član posade tog zrakoplova; ili
- c) dok njime upravlja bilo kakva vojna vlast ili se za nju ili pod njenim vodstvom njime upravlja, osim zrakoplova transportnog tipa kojim upravlja Zapovjedništvo zračnog prijevoza Kanadskih oružanih snaga ili slična služba za zračni prijevoz bilo koje druge zemlje; ili
- d) bilo koji takav zrakoplov ili uređaj koji je u vlasništvu ovog sindikata ili ga je unajmio sindikat ili netko u njegovo ime ili u ime poslodavca ili bilo koje njegove podružnice ili povezanog subjekta ili korisnika plana ili bilo kojeg člana njegovog/njezinog kućanstva; ili
- e) dok se upotrebljava za gašenje požara, inspekciju cjevovoda, inspekciju dalekovoda, fotografiranje iz zraka ili istraživanje.

„Dodatne naknade za smrt ili gubitak uda uslijed nesretnog slučaja” opisane ranije (osim naknada za smrt uslijed nesretnog slučaja, gubitka uda uslijed nesretnog slučaja, smrt uslijed nesretnog slučaja na radnom mjestu i gubitka uda uslijed nesretnog slučaja na radnom mjestu) ograničene su na samo jednu (1) policu osiguranja u slučaju da su naknade sadržane u dvjema (2) ili više polica koje je izdao osiguravatelj koji osigurava istog korisnika plana.

OPOREZIVOST PLAĆENE PREMIJE ZA SLUČAJ SMRTI USLIJED NESRETNOG SLUČAJA I GUBITKA UDA

Svaka premija za slučaj smrti uslijed nesretnog slučaja ili gubitka uda koju je fond uplatio u ime korisnika plana smatra se prema kanadskim poreznim zakonima oporezivom naknadom za korisnika plana u kalendarskoj godini u kojoj je primljena.

Tijekom veljače svake godine korisnik plana koji je bio osiguran naknadom za smrt ili gubitak uda nesretnim slučajem u prethodnoj kalendarskoj godini prima službeni porezni obrazac iz plana na kojemu je naveden ukupan iznos uplaćene premije za smrt ili gubitak uda uslijed nesretnog slučaja (zajedno s bilo kojom drugom oporezivom uplaćenom premijom) koje je fond platio u ime korisnika plana u prethodnoj kalendarskoj godini.

Bilo koju premiju za smrt ili gubitak uda uslijed nesretnog slučaja uplaćenu u ime korisnika plana (prikazanu na službenom poreznom obrascu) korisnik plana mora prijaviti kao dohodak u godišnjoj prijavi poreza na dohodak u izračunu svog oporezivog dohotka.

PRESTANAK NAKNADE ZA SMRT ILI GUBITAK UDA USLIJED NESRETNOG SLUČAJA

Naknada za trajnu i potpunu onesposobljenosti korisnika plana prestaje na raniji od dvaju datuma: kada se korisnik plana umirovi ili kada napuni 65 godina. Naknada za smrt ili gubitak uda uslijed nesretnog slučaja korisnika plana prestaje na dan kada se korisnik plana umirovi i iscrpi iznos na svom računu u Dolarskoj banci. Osiguranje korisnika plana i bilo koje uzdržavane osobe također se prekida kao što je ranije opisano u poglavlju **Informacije o ispunjavanju uvjeta** ove knjižice.

POTREBAN OBRAZAC ZAHTJEVA ZA NAKNADU ZA SMRT I GUBITAK UDA USLIJED NESRETNOG SLUČAJA

Nikakva se naknada ne isplaćuje korisniku plana ako popunjeni obrazac zahtjeva i svi drugi potrebni dokumenti nisu dostavljeni Uredu za upravljanje planom i/ili osiguravatelju u roku određenom za podnošenje zahtjeva. Pročitajte odredbe o **roku za podnošenje zahtjeva** u poglavlju **Opća pravila i odredbe plana** u ovoj knjižici.

NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)

Korisnik plana koji postane potpuno onesposobljen zbog bolesti i/ili ozljede koja nije povezana s poslom može imati pravo na isplatu naknada zvanih tjedno obeštećenje (WI).

Smatra se da je korisnik plana „**u potpunosti onesposobljen**” ako nije u stanju ispuniti bilo koju ili sve dužnosti povezanih s vlastitim zanimanjem ili radnim mjestom. Kako bi se kvalificirao za isplate naknada tjednog obeštećenja, korisnik plana mora pružiti dokaz o zdravstvenom stanju koje uzrokuje onesposobljenost koji je u skladu s planom i mora biti pod stalnom skrbi i liječenjem zakonski kvalificiranog i licenciranog liječnika ili specijalista.

DAN POČETKA ISPLATE NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA

Isplate naknada tjednog obeštećenja mogu se isplaćivati za bilo koje neprekidno razdoblje onesposobljenosti tijekom kojeg je korisnik plana bio u potpunosti onesposobljen počevši od:

- 1) prvog dana onesposobljenosti koja je posljedica nezgode; ili
- 2) prvog dana onesposobljenosti koja zahtijeva ambulantni zahvat koji nije kozmetičke prirode; ili
- 3) osmog kontinuiranog dana onesposobljenosti koja je posljedica bolesti.

MAKSIMALNO RAZDOBLJE ISPLATA NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)

17 tjedana predstavlja maksimalno razdoblje tijekom kojega u potpunosti onesposobljeni korisnik plana može primati isplate naknada tjednog obeštećenja za bilo koji uzastopni period onesposobljenosti, ali ne nakon datuma kada se korisnik plana umirovio.

Maksimalno razdoblje isplate naknada tjednog obeštećenja od 17 tjedana uključuje razdoblje od 15 tjedana tijekom kojega se mogu isplatiti naknade Osiguranja zaposlenika u slučaju nezgode i bolesti (EI) ako je primjenjivo na slučaj. 17 tjedana iznosi ukupno trajanje isplate naknada tjednog obeštećenja (WI) koje zajedno omogućuju plan i osiguranje zaposlenika od nezgode i bolesti (EI).

MAKSIMALNA ISPLATA NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI) KOJU JE MOGUĆE ISPLATITI

Maksimalna moguća isplata tjednog obeštećenja (WI) iznosi 400 dolara tjedno. Ta se isplata proporcionalno raspodjeljuje na temelju broja dana onesposobljenosti u tjednu ako traje manje od tjedan dana.

U svrhu određivanja visine naknade tjednog obeštećenja (WI) koja se isplaćuje korisniku plana datum koji se smatra početnim datumom kada je korisnik plana postao u potpunosti onesposobljen nije raniji od datuma kada se korisnik plana prvi put savjetovao s liječnikom ili specijalistom za tu onesposobljenost.

Korisniku plana plaća se samo jedna naknada tjednog obeštećenja (WI) bez obzira na to je li korisnik plana potpuno onesposobljen iz više od jednog razloga.

UMANJENJA PLAĆANJA NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)

Isplate naknade tjednog obeštećenja (WI) plative korisniku plana umanjuju se za sve dohotke ili naknade koje su plative korisniku plana u skladu s bilo kojim drugim radnim aranžmanom, planom ili programom bilo kojeg poslodavca ili vladine agencije, uključujući sve planove ili programe koji su uspostavljeni sukladno pokrajinskom zakonu o automobilskom osiguranju, kada je to primjenjivo.

Plan zadržava pravo zahtijevati i dobiti informacije o svim dohocima koje korisnik plana može primiti ili koje ima pravo primiti tijekom razdoblja onesposobljenosti za koje je korisnik plana podnio zahtjev planu za isplatom naknade tjednog obeštećenja (WI).

Korisnik plana koji planu podnosi zahtjev za isplatom naknade tjednog obeštećenja ili koji već prima naknadu tjednog obeštećenja mora obavijestiti Ured za upravljanje planom o svim izvorima prihoda koji su korisniku plana na raspolaganju. Nijedna isplata naknade tjednog obeštećenja (WI) ne isplaćuje se korisniku plana koji ne dostavi tražene informacije o svojim drugim izvorima prihoda.

OPOREZIVOST NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)

Svaka isplata naknade tjednog obeštećenja (WI) isplaćena korisniku plana smatra se oporezivim prihodom korisnika plana u kalendarskoj godini u kojoj je primljena.

U veljači svake godine korisnik plana koji je primio jednu ili više isplata naknade tjednog obeštećenja (WI) u prethodnoj kalendarskoj godini prima službeni porezni obrazac iz plana na kojem je naveden ukupan iznos isplata naknade tjednog obeštećenja (WI) isplaćenih korisniku plana u prethodnoj kalendarskoj godini.

Bilo koji iznos naveden u službenom poreznom obrascu mora se prijaviti kao dohodak u godišnjoj prijavi poreza na dohodak korisnika plana.

INTEGRACIJA NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI) S OSIGURANJEM ZAPOSLENIKA (EI) U SLUČAJU ONESPOSABLJENOSTI

Naknada tjednog obeštećenja (WI) u okviru plana usklađena je s naknadom Osiguranja zaposlenika (EI). Naknada u slučaju nezgode i bolesti.

Ako korisnik plana ne može raditi zbog onesposobljenosti koja nije povezana s poslom, korisnik plana treba odmah podnijeti zahtjev za isplatom naknade tjednog obeštećenja (WI) osnove onesposobljenosti u okviru plana, kao i za isplatom naknade Osiguranja zaposlenika (EI) u slučaju nezgode i bolesti.

U okviru se plana isplaćuju naknade tjednog obeštećenja (WI) tijekom početnog razdoblja čekanja na odluku Osiguranja zaposlenika (EI) u slučaju nezgode i bolesti, koje trenutačno traje jedan kalendarski tjedan. Nakon razdoblja čekanja na odluku Osiguranja zaposlenika (EI) u slučaju nezgode i bolesti to osiguranje može isplaćivati naknadu za onesposobljenost zbog nezgode i bolesti tijekom najviše 15 tjedana.

Tijekom tog razdoblja od 15 tjedana isplaćivanja naknade Osiguranja zaposlenika (EI) u slučaju nezgode i bolesti, u okviru plana ne isplaćuje se nikakva naknada tjednog obeštećenja (WI) osim ako se osigura dokaz da Korisnik plana ne ispunjava uvjete za naknadu Osiguranja zaposlenika (EI) u slučaju nezgode i bolesti.

Kako bi primao naknadu tjednog obeštećenja (WI) od plana tijekom razdoblja od 15 tjedana naknade Osiguranja zaposlenika (EI) u slučaju nezgode i bolesti, korisnik plana mora dostaviti

izjavu kanadskog Ministarstva rada i socijalnog razvoja u kojoj je naveden broj tjedana tijekom kojih su mu isplaćivane naknade Osiguranja zaposlenika (EI) u slučaju nezgode i bolesti ili koja potvrđuje da su mu odbijene isplate naknada osiguranja zaposlenika (EI) u slučaju nezgode i bolesti.

Važno je uočiti da se korisnik plana mora prijaviti za isplatu naknada Osiguranja zaposlenika (EI) u slučaju nezgode i bolesti, a ne za naknadu za nezaposlenost. Ako je korisniku plana već odobren zahtjev za naknadom za nezaposlenost i prima novčanu naknadu za nezaposlene na dan kada korisnik plana postane u potpunosti onesposobljen, onda, osim obavještanja Ureda za upravljanje planom, korisnik plana treba odmah obavijestiti kanadsko Ministarstvo rada i socijalnog razvoja o svojoj onesposobljenosti te izmijeniti svoj zahtjev za naknadom za nezaposlenost u zahtjev za naknadom osiguranja zaposlenika (EI) u slučaju nezgode i bolesti.

OPETOVANA ONESPOSoblJENOST U SMISLU NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)

Ako se korisnik plana koji već prima naknadu tjednog obeštećenja (WI) vrati na posao, a nakon toga se ponovno utvrdi da je onesposobljen, u okviru se plana to smatra jednim neprekidnim razdobljem trajne onesposobljenosti pod uvjetom da povratak na posao (ili dostupnost za rad) obuhvaća razdoblje od dva (2) tjedna ili manje.

U takvim okolnostima maksimalno razdoblje isplate naknade tjednog obeštećenja (WI) od 17 tjedana u okviru plana (opisano ranije) i dalje se temelji na početnom (ranijem) datumu kada je korisnik postao u potpunosti onesposobljen. Do jedine iznimke od ovog pravila dolazi ako je novi izostanak s posla korisnika plana posljedica nove, nepovezane onesposobljenosti koja je započela nakon što se korisnik plana vratio na posao (ili bio dostupan za rad) najmanje jedan cijeli dan.

SUBROGACIJA ISPLATA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)

Kao dio postupka podnošenja zahtjeva unutar se plana zahtijeva da korisnik plana koji podnese zahtjev za naknadom tjednog obeštećenja (WI) za onesposobljenost u okviru plana mora ispuniti i dostaviti Sporazum o povratu sredstava.

Ako zbog incidenta koji je prouzročio ili pridonio onesposobljenosti korisnika plana korisnik plana ima pravo na nadoknadu gubitka prihoda od treće strane, na plan se prenose sva prava korisnika plana na povrat sredstava zbog gubitka prihoda. Iznos kojim će se plan namiriti premašuje zbroj isplata naknade tjednog obeštećenja (WI) koje je isplatio plan ili koje plan može isplatiti. U slučaju da korisnik plana pruži dokaz planu da korisnik plana nije primio punu nadoknadu gubitka prihoda, planom se određuju razmjeri štete koja je korisniku plana zaista nadoknađena i proporcionalno se raspodjeljuju isplate u tom iznosu.

Ako korisnik plana odluči riješiti spor s trećom stranom prije sudske odluke, iznos dogovoren u nagodbi u okviru se plana smatra punom nadoknadom gubitka prihoda te će primjenjuje pravo plana na subrogaciju.

Pojam „**nadoknada**“ uključuje sve jednokratne ili periodične isplate koje korisnik plana prima ili ima pravo primiti zbog prošlog, sadašnjeg ili budućeg gubitka dohotka.

OGRANIČENJA I IZUZEĆA NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)

Naknade tjednog obeštećenja (WI) ne mogu se isplatiti u sljedećim okolnostima:

1. za bilo koji dio razdoblja onesposobljenosti tijekom kojeg korisnik plana nije pod stalnim nadzorom/liječenjem licenciranog liječnika ili specijalista kojega plan smatra mjerodavnim za oštećenje koje je uzrokovalo onesposobljenost;
2. za bilo koji dio razdoblja onesposobljenosti tijekom kojeg korisnik plana prima samo liječenje terapeuta, osim ako je takvo liječenje preporučio licencirani liječnik ili specijalist, a plan ga smatra mjerodavnim za oštećenje koje je uzrokovalo onesposobljenost;
3. za onesposobljenosti koje su posljedica zlouporabe supstanci, uključujući alkoholizam i ovisnost o drogama, osim ako korisnik plana sudjeluje u prizatom programu odvikavanja od ovisnosti;
4. za bilo koji dio razdoblja onesposobljenosti tijekom kojeg korisnik plana ne sudjeluje u programu liječenja koji je preporučio licencirani liječnik ili specijalist kojega plan smatra mjerodavnim za oštećenje koje je uzrokovalo onesposobljenost;
5. za bilo koji dio razdoblja onesposobljenosti tijekom kojega korisnik plana obavlja bilo koju vrstu posla za plaću ili profit;
6. za onesposobljenosti za koje se mogu isplatiti naknade prema zakonu o osiguranju radnika ili sličnim zakonima, osim ako se podnese odgovarajući dokaz da korisnik plana nije bio kvalificiran za takve naknade;
7. u skladu s primjenjivim zakonima plan ne pokriva onesposobljenosti koje proizlaze iz prometnih nezgoda;
8. kirurški zahvati ili liječenja koji se u bolnici izvode prvenstveno u kozmetičke svrhe ili radi uljepšavanja osim onesposobljenosti koje su posljedica komplikacija zbog takvih kirurških zahvata ili liječenja;
9. za onesposobljenosti koje proizlaze iz namjernog samoozljeđivanja ili bolesti ili pokušaja provedbe autodestruktivnih radnji, bio korisnik plana psihički zdrav ili ne;
10. za onesposobljenosti proizašle iz pokušaja ili sudjelovanja korisnika plana u izvršenju kaznenog djela;
11. za onesposobljenosti koje su posljedica nezgode koja se dogodila dok je korisnik plana upravljao motornim vozilom, a krv mu je sadržavala više od 80 miligrama alkohola u 100 mililitara krvi (0,08 %) ili više od zakonom propisane granice alkohola u krvi prema zakonodavstvu područja gdje se nezgoda dogodila;

12. za bilo koji dio razdoblja onesposobljenosti tijekom kojeg je korisnik plana bio zatvoren u kaznenoj ustanovi ili zadržan u bolnici ili sličnoj ustanovi, kao rezultat kaznenog postupka;
13. za onesposobljenosti koje su posljedica ozljede ili bolesti do kojih je došlo dok je korisnik plana bio na aktivnoj dužnosti u oružanim snagama bilo koje zemlje, države ili međunarodne organizacije;
14. za onesposobljenosti koje su posljedica sudjelovanja korisnika plana u ratu, neredu ili ustanku;
15. za onesposobljenosti za koje zahtjev nije podnesen u roku od dvanaest (12) mjeseci od datuma nastanka onesposobljenosti;
16. na dan kada korisnik plana odbije ili ne uspije ispuniti i vratiti ili prihvatiti uvjete Sporazuma o povratu sredstava u skladu s odredbom **SUBROGACIJA ISPLATA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)**;
17. za bilo koji dio razdoblja onesposobljenosti tijekom bilo kojeg dopusta (uključujući rodiljni dopust) osim ako se naknade pružaju tijekom razdoblja postporođajnog oporavka u okviru rodiljnog dopusta.

„**Dopust**” označava vremensko razdoblje izbivanja s posla koje su poslodavac i korisnik plana zajednički dogovorili. U slučaju rodiljnog dopusta dopust počinje na raniji datum od ovih dvaju:

- i) odabrani datum početka rodiljnog dopusta; ili
- ii) datum poroda; ili ako trudnoća utječe na radnu učinkovitost korisnika.

Takav dopust prestaje na kasniji od datuma određenih statutom pokrajine ili saveznim statutom ili na datum dogovoren između poslodavca i korisnika plana.

PRESTANAK POGODNOSTI TJEDNOG OBEŠTEĆENJA I TJEDNIH ISPLATA NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)

Osiguranje tjednog obeštećenja (WI) i tjedne isplate naknada onesposobljenom korisniku plana prestaje na dan kada se korisnik plana umirovi. Osiguranje se ne pruža tijekom bilo kojeg razdoblja izravnog plaćanja. Osiguranje korisnika plana također se prekida kao što je ranije opisano u poglavlju **Informacije o ispunjavanju uvjeta** u ovoj knjižici.

POTREBAN OBRAZAC ZAHTJEVA ZA TJEDNIM OBEŠTEĆENJEM

Nijedna se naknada ne isplaćuje korisniku plana ako popunjeni obrazac zahtjeva i svi drugi potrebni dokumenti nisu dostavljeni Uredu za upravljanje planom u roku određenom za podnošenje zahtjeva. Pročitajte odredbe o **roku za podnošenje zahtjeva** u poglavlju **Opća pravila i odredbe plana** u ovoj knjižici.

NAKNADA ZA DUGOTRAJNU OSPOSOBLJENOST (LTD)

Kvalificirani korisnik plana koji je mlađi od 65 godina i koji postane potpuno onesposobljen zbog bolesti i/ili ozljede u potrebnom vremenskom razdoblju koje se naziva kvalificirajućim razdobljem onesposobljenosti može ispunjavati uvjete za primanje mjesečnih isplata zbog dugotrajne onesposobljenosti (LTD).

Korisnik plana smatra se „**potpuno onesposobljenim**” ako ne može obavljati bilo koju i ili sve dužnosti bilo kojeg zanimanja za koje je korisnik plana kvalificiran obukom, obrazovanjem ili iskustvom.

Kako bi se kvalificirao za mjesečne isplate zbog dugotrajne onesposobljenosti (LTD), korisnik plana mora pružiti dokaz o zdravstvenom stanju koje uzrokuje onesposobljenost koji je zadovoljavajući za osiguravatelja i mora biti pod stalnom skrbi i liječenjem zakonski kvalificiranog i licenciranog liječnika ili specijalista.

DAN POČETKA MJESEČNIH ISPLATA NAKNADE ZA DUGOTRAJNU OSPOSOBLJENOST (LTD)

Mjesečne naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) mogu se isplaćivati korisniku plana za svako kontinuirano razdoblje onesposobljenosti tijekom kojega je korisnik plana bio potpuno onesposobljen nakon kvalificirajućeg razdoblja onesposobljenosti koje traje 120 neprekidnih dana ili nakon iscrpljivanja bilo kakvih isplata naknada tjednog obeštećenja (WI) koje se mogu isplatiti korisniku plana (što god od toga bilo dulje) s okončanjem prije navršenja 65. godine života.

Ako početno razdoblje onesposobljenosti nije neprekidno tijekom 120-dnevnog kvalificirajućeg razdoblja onesposobljenosti, broj dana tijekom kojih je korisnik plana onesposobljen akumulira se prema zadovoljenju 120-dnevnog kvalificirajućeg razdoblja onesposobljenosti pod uvjetom da:

- 1) nema prekida neprekidnog kvalificirajućeg razdoblja onesposobljenosti duljeg od 2 tjedna (14 dana); i
- 2) onesposobljenosti (prije i nakon prekida kvalificirajućeg razdoblja onesposobljenosti) proizlaze iz iste ili srodne bolesti ili ozljede koja je uzrokovala onesposobljenost.

MAKSIMALNO RAZDOBLJE MJESEČNIH ISPLATA NAKNADE ZA DUGOTRAJNU OSPOSOBLJENOST (LTD)

Potpuno onesposobljeni korisnik plana može primati mjesečne isplate naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) tijekom bilo kojeg jednog uzastopnog razdoblja onesposobljenosti, ali ne nakon navršenja 65 godina, oporavka od onesposobljenosti ili smrti.

Korisnik plana koji prima mjesečne isplate naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) mora osiguravatelju na zahtjev davati na uvid dokaz o onesposobljenosti i mora ostati pod stalnom skrbi i liječenjem zakonski kvalificiranog i licenciranog liječnika ili specijalista.

Mjesečne isplate naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) ne mogu se isplaćivati nakon što korisnik plana navrší 65 godina osim ako korisnik plana zadovolji uvjete kvalificirajućeg razdoblja onesposobljenosti u dobi od 64 godine te se smatra da ispunjava uvjete za mjesečne isplate za dugotrajnu onesposobljenost (LTD). U tom slučaju mjesečne naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) mogu se isplaćivati u maksimalnom trajanju od 12 mjeseci pod uvjetom da je korisnik plana potpuno onesposobljen tijekom tog razdoblja.

MAKSIMALNE PLATIVE MJESEČNE ISPLATE NAKNADE ZA DUGOTRAJNU ONESPOSABLJENOST (LTD)

Maksimalna mjesečna naknada za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) koja se može isplatiti iznosi 500 dolara na mjesec. Ova mjesečna naknada za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) proporcionalno se određuje na temelju broja dana onesposobljenosti tijekom mjeseca ako je razdoblje kraće od jednog mjeseca.

U svrhu određivanja mjesečne naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) koja se može isplatiti korisniku plana datumom početka potpune onesposobljenosti korisnika plana smatra se datum kada se korisnik plana prvi put savjetovao s liječnikom ili specijalistom za tu onesposobljenost.

Samo jedna isplata naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) može se mjesečno isplatiti korisniku plana bez obzira na to je li korisnik plana potpuno onesposobljen zbog više od jedne onesposobljenosti.

SMANJENJA PLAĆANJA MJESEČNE NAKNADE ZA DUGOTRAJNU ONESPOSABLJENOST (LTD)

Iznos mjesečne naknade zbog dugotrajnog invaliditeta (LTD) koji se plaća kvalificiranom onesposobljenom korisniku plana može se smanjiti zbog prihoda koje korisnik plana može primiti iz drugih izvora.

Osiguravatelj zadržava pravo zatražiti i dobiti informacije o bilo kakvom dohotku koji korisnik plana možda prima ili ima pravo primiti tijekom razdoblja onesposobljenosti za koje je korisnik plana podnio planu zahtjev za naknadom za dugotrajnu onesposobljenost.

Korisnik plana koji podnosi zahtjev za naknadom za dugotrajnu onesposobljenost ili koji od plana već prima isplate mjesečne naknade treba obavijestiti osiguravatelja o svim izvorima dohotka koji su na raspolaganju korisniku plana. Korisniku plana koji ne dostavi tražene informacije o svojim drugim izvorima prihoda ne isplaćuje se nijedna mjesečna naknada za dugotrajnu onesposobljenost (LTD).

IZRAVNA SMANJENJA MJESEČNE NAKNADE ZA DUGOTRAJNU ONESPOSABLJENOST (LTD)

Mjesečna naknada za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) računa se tako da se od te naknade u okviru plana najprije izravno oduzmu svi mjesečni prihodi koje korisnik plana zbog onesposobljenosti prima temeljem bilo kojeg zakona o naknadi radnika (WSIB) (ili sličnog zakona).

NEIZRAVNA SMANJENJA MJESEČNE NAKNADE ZA DUGOTRAJNU ONESPOSoblJENOST (LTD) - Ograničenje svih izvora prihoda

Nakon primjene bilo kakvog izravnog smanjenja kao što je gore opisano neto mjesečna isplata naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) koja se može isplatiti korisniku plana može se dodatno smanjiti zbog bilo kakvog drugog dohotka ili naknada koje se plaćaju korisniku plana prema bilo kojem drugom radnom sporazumu, drugom planu ili programu bilo kojeg poslodavca ili vladine agencije, uključujući bilo koji plan ili program uspostavljen sukladno pokrajinskom zakonu o automobilskom osiguranju (kada je to primjenjivo).

Ako je ukupni mjesečni prihod onesposobljenog korisnika plana iz svih izvora (uključujući mjesečnu isplatu naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) u okviru ovog plana) viši od 85 % bruto mjesečne zarade korisnika plana prije onesposobljenosti, neto mjesečna isplata naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) dodatno se umanjuje za iznos tog viška.

Ukupni mjesečni prihodi korisnika plana iz svih izvora obuhvaćaju sve od sljedećega:

- a) mjesečne isplate naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) koje se plaćaju prema ovom planu; i
- b) naknade za onesposobljenost u skladu sa zakonom o naknadi radnika (WSIB) koje su prethodno opisane odredbama o „izravnim smanjenjima naknada”; i
- c) plaće ili mirovine koje može platiti vaš poslodavac, uključujući mirovinu ili mirovinski plan poslodavca ili samozapošljavanje; i
- d) bilo koju vrstu isplata naknada primljenih od Mirovinskog plana Kanade ili Quebeca (primarne ili obiteljske naknade); i
- e) bilo koji prihod ili naknadu koja se isplaćuje u skladu s bilo kojim drugim planom ili programom bilo koje vlade ili krune ili bilo kojeg ogranka ili agencije vlade ili krune, uključujući bilo koji plan ili program utvrđen na temelju pokrajinskog zakona o automobilskom osiguranju, kada je to primjenjivo; i
- f) dohodak ili naknade koje se isplaćuju prema bilo kojem drugom planu ili programu koje korisnik plana dobiva od poslodavca ili preko njega. Takav plan ili program uključuje bilo kakvu naknadu za trajnu i potpunu onesposobljenost koju isplaćuje skupno osiguranje za koje je korisnik plana mogao izabrati da se ne prijavi.

„**Zarada**” znači uobičajena zarada korisnika plana kako je navedena u obrascu T4 ili drugim poreznim informacijama koje je korisnik plana primio ili zaradio u godini prije datuma onesposobljenosti korisnika plana.

Imajući u vidu onesposobljenog korisnika plana koji sudjeluje u Programu rehabilitacijskog zapošljavanja (opisanom kasnije), ako ukupni mjesečni dohodak korisnika plana iz svih izvora premašuje 100 % mjesečne zarade korisnika plana prije onesposobljenosti, mjesečna naknada korisnika plana za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) umanjuje se za iznos tog viška.

OPOREZIVOST MJESEČNE NAKNADE ZA DUGOTRAJNU ONESPOSOBLJENOST (LTD)

Svaka mjesečna naknada za dugotrajnu onesposobljenost(LTD) isplaćena korisniku plana prema kanadskim poreznim zakonima smatra se oporezivim dohotkom korisnika plana u kalendarskoj godini u kojoj je primljena.

Tijekom veljače svake godine korisnik plana koji je u prethodnoj kalendarskoj godini primio jednu ili više mjesečnu isplatu naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) prima službeni porezni obrazac od osiguravatelja u kojem je naveden ukupni iznos mjesečnih isplata naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) isplaćenih korisniku plana u prethodnoj kalendarskoj godini.

Svaku mjesečnu isplatu naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) isplaćenu korisniku plana (prikazanu u službenom poreznom obrascu) korisnik plana mora prijaviti kao dohodak u godišnjoj prijavi poreza na dohodak korisnika plana u izračunu svog oporezivog dohotka.

OPETOVANA DUGOTRAJNA ONESPOSOBLJENOST (LTD)

Ako se onesposobljenost ponovi, i to zbog istih ili povezanih uzroka, smatra se da je riječ o jednom kontinuiranom razdoblju onesposobljenosti te ona nije podložna novom kvalificirajućem razdoblju onesposobljenosti osim ako se korisnik plana vrati na aktivno, puno radno vrijeme na razdoblje od 6 uzastopnih mjeseci ili duže.

Ako je nova onesposobljenost posljedica uzroka koji nisu povezani s prethodnom onesposobljenošću, korisnik plana može ispunjavati uvjete za novo razdoblje onesposobljenosti podložno novom kvalificirajućem razdoblju onesposobljenosti ako je došlo do povratka aktivnom radu najmanje na jedan cijeli dan.

PROGRAM REHABILITACIJSKOG ZAPOŠLJAVANJA

Ako korisnik plana prima mjesečne isplate naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD), osiguravatelj može preporučiti i zahtijevati da korisnik plana sudjeluje u odgovarajućem Programu rehabilitacijskog zapošljavanja i/ili obuke, koji uzima u obzir prirodu onesposobljenosti i funkcionalne sposobnosti korisnika plana. Dodatne pojedinosti dostavljaju se dotičnim korisnicima plana u slučaju da ispunjavaju uvjete za Program rehabilitacijskog zapošljavanja.

Ako korisnik plana odbije sudjelovati u Programu rehabilitacijskog zapošljavanja i/ili obuke koji je preporučio osiguravatelj, korisniku se plana prekidaju mjesečne isplate naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD).

Imajte na umu da svaka zarada isplaćena korisniku plana u Programu rehabilitacijskog zapošljavanja može smanjiti mjesečnu isplatu naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) korisnika plana. Za više informacija pogledajte prethodno poglavlje **SMANJENJA MJESEČNE NAKNADE ZA DUGOTRAJNU ONESPOSOBLJENOST (LTD)**.

SUBROGACIJA MJESEČNE NAKNADE ZA DUGOTRAJNU ONESPOSOBLJENOST (LTD)

Kao dio postupka podnošenja zahtjeva osiguravatelj zahtijeva da korisnik plana koji je podnio zahtjev za naknadom za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) mora ispuniti i dostaviti Sporazum o povratu sredstava. Ako zbog incidenta koji je prouzročio ili pridonio onesposobljenosti korisnika plana korisnik plana ima pravo na nadoknadu gubitka prihoda od treće strane, na osiguravatelja prelaze sva prava korisnika plana na nadoknadu gubitka prihoda.

Iznos kojim će se osiguravatelj namiriti ne premašuje zbroj mjesečnih isplata naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) koje je platio ili koje može platiti osiguravatelj. U slučaju da korisnik plana osiguravatelju pruži dokaz da korisnik plana nije primio punu nadoknadu gubitka prihoda, osiguravatelj određuje razmjere štete koju je pretrpio korisnik plana i raspodjeljuje isplate proporcionalno u tom iznosu. Ako korisnik plana odluči riješiti stvar s trećom stranom prije sudske odluke, osiguravatelj smatra da je iznos dogovoren u nagodbi puna nadoknada gubitka prihoda te se primjenjuje pravo osiguravatelja na subrogaciju.

Pojam „**nadoknada**” uključuje sve jednokratne ili periodične isplate koje korisnik plana prima ili ima pravo primiti zbog prošlog, sadašnjeg ili budućeg gubitka prihoda.

IZUZEĆE RANIJE NASTALE ONESPOSOBLJENOSTI

Niti jedna isplata mjesečne naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) ne može se platiti za bilo koje razdoblje potpune onesposobljenosti koje započne unutar prvih šest mjeseci od početnog datuma stupanja na snagu ispunjavanja uvjeta korisnika za naknadu za dugotrajnu onesposobljenost ako je razdoblje potpune onesposobljenosti uzrokovano ili mu je doprinijela bolest ili ozljeda za koju je korisnik plana primio usluge liječenja ili primio prepisani lijek u bilo kojem trenutku tijekom razdoblja od 90 dana neposredno prije početnog datuma stupanja na snagu ispunjavanja uvjeta korisnika plana za naknadu za dugotrajnu onesposobljenost.

OGRANIČENJA I IZUZEĆA NAKNADE ZA DUGOTRAJNU ONESPOSOBLJENOST

Isplate mjesečne naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) ne mogu se isplaćivati korisniku plana u sljedećim okolnostima:

1. za bilo koji dio razdoblja onesposobljenosti tijekom kojeg korisnik plana nije pod stalnim nadzorom/liječenjem licenciranog liječnika ili specijalista kojega osiguravatelj smatra mjerodavnim za oštećenje koje je uzrokovalo onesposobljenost;
2. za bilo koji dio razdoblja onesposobljenosti tijekom kojeg korisnik plana prima samo terapiju od terapeuta, osim ako je takvo liječenje preporučio licencirani liječnik ili specijalist, a osiguravatelj ga smatra mjerodavnim za oštećenje koje je uzrokovalo onesposobljenost;
3. za onesposobljenosti koje su posljedica zlouporabe supstanci, uključujući alkoholizam i ovisnost o drogama, osim ako korisnik plana sudjeluje u prizatom programu odvikavanja od ovisnosti koji osiguravatelj smatra mjerodavnim za oštećenje koje je uzrokovalo onesposobljenost;
4. za bilo koji dio razdoblja onesposobljenosti tijekom kojeg korisnik plana ne sudjeluje u programu rehabilitacije i/li liječenja koji je preporučio licencirani liječnik ili specijalist

kojega osiguravatelj smatra mjerodavnim za oštećenje koje je uzrokovalo onesposobljenost;

5. za onesposobljenosti koje proizlaze iz namjernog samoozljeđivanja ili bolesti ili pokušaja provedbe autodestruktivnih radnji, bio korisnik plana psihički zdrav ili ne;
6. za onesposobljenosti proizašle iz pokušaja ili sudjelovanja korisnika plana u izvršenju kaznenog djela;
7. za onesposobljenosti koje su posljedica nezgode koja se dogodila dok je korisnik plana upravljao motornim vozilom, a krv mu je sadržavala više od 80 miligrama alkohola u 100 mililitara krvi (0,08 %) ili više od zakonom propisane granice alkohola u krvi prema zakonima područja gdje se nezgoda dogodila;
8. za bilo koji dio razdoblja onesposobljenosti tijekom kojeg je korisnik plana bio zatvoren u kaznenoj ustanovi ili zadržan u bolnici ili sličnoj ustanovi kao posljedica kaznenog postupka;
9. za onesposobljenosti koje su posljedica ozljede ili bolesti do kojih je došlo dok je korisnik plana bio na aktivnoj dužnosti u oružanim snagama bilo koje zemlje, države ili međunarodne organizacije;
10. za onesposobljenosti koje su posljedica sudjelovanja korisnika plana u ratu, neredima ili ustanku;
11. za onesposobljenosti za koje zahtjev nije podnesen u roku od dvanaest (12) mjeseci od datuma nastanka onesposobljenosti;
12. na dan kada korisnik plana odbije ili ne uspije ispuniti i vratiti ili prihvatiti uvjete Sporazuma o povratu sredstava u skladu s odredbom SUBROGACIJA ISPLATA MJESEČNIH NAKNADA ZA DUGOTRAJNU ONESPOSOBLJENOST (LTD);
13. u skladu s primjenjivim zakonima planom nisu osigurane onesposobljenosti koje proizlaze iz prometnih nezgoda koj uključuju motorno vozilo;
14. za bilo koji dio razdoblja onesposobljenosti tijekom bilo kojeg dopusta (uključujući rodiljni dopust).

„Dopust” označava vremensko razdoblje izbjivanja s posla koje su poslodavac i korisnik plana zajednički dogovorili. U slučaju rodiljnog dopusta dopust počinje na raniji datum od ovih dvaju:

- i) odabrani datum početka rodiljnog dopusta; ili
- ii) datum poroda; ili
- iii) datum kada poslodavac može zatražiti da počne dopust ako trudnoća utječe na radnu učinkovitost korisnika plana.

Takav dopust prestaje na kasniji od datuma određenih statutom pokrajine ili saveznim statutom ili na datum dogovoren između poslodavca i korisnika plana.

PRESTANAK ISPLATA NAKNADE ZA DUGOTRAJNU ONESPOSoblJENOST (LTD) I MJESEČNE NAKNADE ZA DUGOTRAJNU ONESPOSoblJENOST (LTD)

Osiguranje korisnika plana za naknadu za dugotrajnu onesposobljenost prekida se na dan kada se korisnik plana umirovi ili navrší 65 godina, ovisno o tome što nastupi ranije. Osiguranje se ne pruža tijekom bilo kojeg razdoblja izravnog plaćanja. Osiguranje korisnika plana također se prekida kao što je ranije opisano u poglavlju **Informacije o ispunjavanju uvjeta** u ovoj knjižici.

Mjesečne isplate naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) ne mogu se vršiti nakon što korisnik plana navrší 65 godina osim ako korisnik plana zadovolji uvjete kvalificirajućeg razdoblja onesposobljenosti u dobi od 64 godine te se smatra da ispunjava uvjete za mjesečne isplate za dugotrajnu onesposobljenost (LTD). U tom slučaju mjesečne naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) mogu se isplaćivati u maksimalnom trajanju od 12 mjeseci pod uvjetom da je korisnik plana potpuno onesposobljen tijekom tog razdoblja.

POTREBNI OBRAZAC ZAHTJEVA ZA NAKNADOM ZA DUGOTRAJNU ONESPOSoblJENOST

Nikakva naknada neće biti isplaćena korisniku plana ako popunjeni obrazac zahtjeva i svi drugi potrebni dokumenti nisu dostavljeni Uredu za upravljanje planom i/ili osiguravatelju u roku određenom za podnošenje zahtjeva. Pročitajte odredbe o **roku za podnošenje zahtjeva** u poglavlju **Opća pravila i odredbe plana** u ovoj knjižici.

NAKNADA ZA DOPUNSKU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Onesposobljeni korisnici plana kojima je osiguratelj odobrio primanje mjesečnih isplata naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) mogu također ispunjavati uvjete za primanje pogodnosti u slučaju onesposobljenosti u okviru plana.

Ova mjesečna „dodatna naknada” od 500 dolara isplaćuje se onesposobljenim korisnicima plana kao dodatak uz osiguravateljevu mjesečnu isplatu naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD).

Pogodnost pomoći u slučaju onesposobljenosti podliježe istim pravilima o ispunjavanju uvjeta, plaćanju naknada i pravilima smanjenja, ograničenjima osiguranja i pravilima izuzeća te svim drugim odredbama o osiguranju kao što je prethodno opisano za naknadu za dugotrajnu onesposobljenost u okviru plana (LTD).

Za više informacija ili za podnošenje zahtjeva za pogodnost pomoći u slučaju onesposobljenosti obratite se Uredu za upravljanje plana.

POGODNOST POMOĆI U SLUČAJU ONESPOSOBLJENOSTI

KARTICA POGODNOSTI SVE-U JEDNOM

Korisnici plana i njihovi bračni drugovi koji ispunjavaju uvjete primaju karticu za pogodnosti koja se može upotrebljavati pri plaćanju zahtjeva za mnoge troškove dopunske zdravstvene zaštite koji ispunjavaju uvjete za naknadu. Uporaba kartice pogodnosti uklanja potrebu za popunjavanjem obrasca zahtjeva i osigurava trenutačno plaćanje troškova koji ispunjavaju uvjete za naknadu.

TROŠKOVI DODATNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE KOJI ISPUNJAVAJU UVJETE ZA NAKNADU

U okviru plana nadoknađuje se 100 % troškova oftalmološke skrbi i generičkih lijekova koji ispunjavaju uvjete za naknadu i 80 % svih ostalih troškova zdravstvene zaštite koji ispunjavaju uvjete za naknadu, a koji su nastali korisnicima plana i njihovim održanim osobama koje ispunjavaju uvjete u skladu s pravilima plana za nadoknadu troškova opisanim u nastavku.

Svi korisnici plana i njihove uzdržavane osobe koje ispunjavaju uvjete moraju biti ispravno upisani u plan zdravstvene zaštite u pokrajini u kojoj žive. Dopunskom se zdravstvenom zaštitom ne pruža povrat sredstava bilo kakvih nastalih troškova koji su ispunjavaju uvjete za naknadu u okviru pokrajinskog plana zdravstvene zaštite bez obzira na to je li osigurana osoba ispravno upisana ili nije.

TROŠKOVI KOJI ISPUNJAVAJU UVJETE ZA NAKNADU MORAJU BITI NUŽNI U MEDICINSKOM SMISLU

Terećenja za bilo kakve troškove koji ispunjavaju uvjete za naknadu, a koji su osigurani planom plan mora smatrati medicinski nužnima. Obično je potreban recept ili preporuka liječnika.

NAKNADE SE PLAĆAJU NA TEMELJU RAZUMNIH I UOBIČAJENIH TROŠKOVA

Plan pruža nadoknadu troškova zdravstvene zaštite koji ispunjavaju uvjete za to na temelju razumnih i uobičajenih cijena medicinski nužnih zdravstvenih usluga ili pribora. Ako je nastali medicinski trošak veći od onoga što plan smatra razumnim i uobičajenim za tu uslugu ili isporuku, korisnik plana odgovoran je za razliku u cijeni između stvarno nastalog troška te razumnog i uobičajenog troška koji se nadoknađuju naknadom za dopunsku zdravstvenu zaštitu.

TROŠKOVI LIJEKOVA NA RECEPT

Plan nadoknađuje troškove koji ispunjavaju uvjet za naknadu do iznosa razumnih i uobičajenih troškova za medicinski nužne lijekove na recept koje prema zakonu mora propisati liječnik za liječenje dijagnosticirane bolesti ili ozljede i koje mora izdati zakonski ovlašteni licencirani ljekarnik ili liječnik. U okviru plana mogu biti osigurani određeni lijekovi za koje nije potreban recept, no koji se smatraju nužnima za održavanje života. Lijekove koji ispunjavaju uvjete za

nadoknadu za uporabu mora odobriti ustanova Health Canada te moraju imati i potvrdu o sukladnosti ustanove Health Canada i identifikacijski broj lijeka (DIN).

Kartica pogodnosti plana može se rabiti u partnerskim ljekarnama za kupnju većine lijekova na recept. U okviru plana nadoknađuje se 100 % cijene generičkog lijeka i 80 % cijene negeneričkog lijeka. Maksimalna ljekarnička naknada za izdavanje lijeka koja se unutar plana nadoknađuje iznosi devet dolara po receptu.

Zbog vrlo visoke cijene nekih lijekova na recept primjenjuju se sljedeći maksimumi po osiguranoj osobi:

- Eretilna disfunkcija: 500 dolara po kalendarskoj godini
- Metadonsko liječenje: maksimalno 1000 dolara tijekom života
- Lijekovi za plodnost: maksimalno 2500 dolara tijekom života

Za sljedeće troškove specifičnih lijekova također se smatra da ispunjavaju uvjete za naknadu:

- Inzulin i dijabetičarski pribor
- Serumi za alergije, cjepiva i anatoksini
- Lijekovi koji se ubrizgavaju i vitamini koji se ubrizgavaju
- Skleroterapijska liječenja (do najviše 20 dolara po posjetu)
- Kontracepcijske spirale i dijafragme

Ne isplaćuju se naknade za troškove sljedećih specifičnih lijekova:

- Terećenja iznad maksimuma ili troškovi specifičnih lijekova koji nisu obuhvaćeni Planom
- Vitamini koji se ne ubrizgavaju, vitaminski suplementi, dodaci prehrani ili dijetalna hrana
- Lijekovi za gubitak težine
- Medicinska marihuana uključujući bilo koji derivat
- Hrana i prehrambeni proizvodi, uključujući formule i hranu za dojenčad, sol i nadomjeske za šećer
- Opći proizvodi ili bilo koji drugi proizvod koji se može prodati na bilo kojem prodajnom mjestu, uključujući, ali ne ograničavajući se na predmete kao što su sredstva za njegu kontaktnih leća, nemedicinski šamponi, paste za zube, zaštitna sredstva za kožu, preparati za omekšavanje kože i sapuni
- Svaka pojedinačna kupnja lijekova koji se na temelju razumne procjene ne bi mogli upotrijebiti u roku od 100 dana od datuma kupnje
- Lijekovi kojima ustanova Health Canada nije izdala potvrdu o sukladnosti i/ili identifikacijski broj lijeka bez obzira na to jesu li na listi odobrenih lijekova u dotičnoj pokrajini

- Lijekovi koji se propisuju ili izdaju za liječenje bolesti ili invaliditeta koja je posljedica nezgode, invaliditeta ili ozljede na radnom mjestu ili automobilske nezgode.

TROŠKOVI OFTALMOLOŠKE SKRBI

Nastala terećenja za troškove oftalmološke skrbi koji ispunjavaju uvjete za naknadu, a koji su navedeni u nastavku nadoknađuju se do maksimalne prikazane naknade.

Leće, okviri i kontaktne leće

Maksimalna isplata naknade koja se isplaćuje za svaku osiguranu osobu iznosi 400 dolara u bilo kojem razdoblju od 24 uzastopna mjeseca.

Troškovi oftalmološke skrbi koji ispunjavaju uvjete za naknadu (u skladu s maksimumom Plana oftalmološke skrbi) uključuju:

- Dioptrijske leće na recept, uključujući obojene leće i antirefleksijske premaze
- Okviri
- Kontaktne leće za vid
- Sunčane naočale za vid
- Industrijske zaštitne naočale na recept

Pregledi očiju

U okviru plana nadoknađuju se troškovi za jedan pregled očiju po osiguranoj osobi svaka 24 mjeseca kada pregled nije osiguran pokrajinskim planom zdravstvene zaštite osigurane osobe.

Korektivni laserski kirurški zahvat na oku

Maksimalna isplata naknade koja se isplaćuje za svaku osiguranu osobu iznosi 1500 dolara tijekom života osigurane osobe.

Industrijske zaštitne naočale (samo za korisnike plana)

U okviru plana nadoknađuju se troškovi industrijskih zaštitnih naočala za vid za korisnika plana do maksimuma od 200 dolara u bilo kojem razdoblju od 24 uzastopna mjeseca.

OSTALE DODATNE ZDRAVSTVENE USLUGE I POMAGALA

Pomoćno medicinsko osoblje

Uključeni su troškovi za usluge licenciranog logopeda, osteopata, kiropraktičara, fizioterapeuta, naturopata, registriranog masažnog terapeuta, psihologa ili podijatra/medicinskog pedikera. Maksimalna isplata naknade za svaku osiguranu osobu iznosi 500 dolara po terapeutu u jednoj kalendarskoj godini.

Troškovi za zahvate koje izvodi podijatar podliježu maksimalnoj naknadi od 200 dolara po osobi u jednoj kalendarskoj godini.

Kiropraktičarske rendgenske snimke

Maksimalna naknada za troškove za rendgenske snimke koje zahtijeva kiropraktičar iznosi 45 dolara po osiguranoj osobi u jednoj kalendarskoj godini.

Optičar

Troškovi za usluge optometrista za motoričku terapiju vida podliježu maksimalnoj naknadi od 10 dolara za pola sata.

Ortopedski proizvodi izrađeni po mjeri

Naknade za ortopedske proizvode izrađene po mjeri koji su posebno dizajnirani i oblikovani za osiguranu osobu i potrebni za ispravljanje dijagnosticiranog tjelesnog oštećenja podliježu maksimalnoj naknadi od 500 dolara u bilo kojem razdoblju od 24 uzastopna mjeseca.

Ortopedske cipele

Troškovi za ortopedske cipele koje su posebno dizajnirane i oblikovane za osiguranu osobu i koje su potrebne za ispravljanje dijagnosticiranog tjelesnog oštećenja podliježu maksimalnoj naknadi od 500 dolara u bilo kojem razdoblju od 24 uzastopna mjeseca.

Slušna pomagala

Troškovi za kupnju slušnih pomagala (osim baterija) podliježu maksimalnoj naknadi od 500 dolara u bilo kojem razdoblju od 36 uzastopnih mjeseci.

Laboratorijski testovi i rendgenska snimanja

Razumni i uobičajeni troškovi za laboratorijske testove i rendgenska snimanja kada nisu osigurani pokrajinskim planom zdravstvene zaštite osigurane osobe.

Bolnica za rehabilitaciju

U okviru plana osigurani su razumni i uobičajeni troškovi za licenciranu bolničku ustanovu za rehabilitaciju kada je osigurana osoba primljena u nju odmah nakon najmanje tri uzastopna dana hospitalizacije. Osiguranje podliježe maksimalnom dnevnom trošku od 30 dolara za smještaj u poluprivatnoj sobi i ne obuhvaća više od 120 dana boravka u ustanovi po invaliditeta. Razlog boravka u ustanovi mora biti trajna skrb zbog istog stanja zbog kojega je osigurana osoba bila hospitalizirana i mora započeti prije 65. rođendana osigurane osobe.

Osobna skrb medicinskog tehničara

Troškovi za usluge registriranog medicinskog tehničara (RN) koje se pružaju dok osigurana osoba nije hospitalizirana podliježu sveukupnoj maksimalnoj isplati naknade od 10 000 dolara po kalendarskoj godini pod uvjetom da ta medicinska sestra nije stanovnik doma osigurane osobe niti srodnik obitelji osigurane osobe. Ovi troškovi smatraju se troškovima koji ispunjavaju uvjete za naknadu samo ako ih preporuči liječnik i samo ako su medicinski nužni.

Trajna medicinska oprema

Troškovi za najam (ili kupnju po mogućnosti plana) trajne medicinske ili kirurške opreme potrebne u terapijske svrhe i odobrene planom.

Ostala medicinska oprema

Troškovi za najam, ili kupnju po mogućnosti plana, ortoza, štaka i kupnju proteza.

Kirurške čarape

Troškovi za čarape za bataljke ograničeni su na šest parova u jednoj kalendarskoj godini za svaku osiguranu osobu.

Ostale čarape

Troškovi za elastične čarape ograničeni su na dva para po jednoj kalendarskoj godini za svaku osiguranu osobu.

Usluge prijevoza vozilom hitne pomoći

Razumni i uobičajeni troškovi za profesionalne usluge prijevoza vozilom hitne pomoći, osim zračnog prijevoza, do i od najbliže bolnice kvalificirane za pružanje potrebnog liječenja.

Medicinski prijevoz

Troškovi za hitni medicinski prijevoz zrakoplovom u pokrajini u kojoj je prebivalište osigurane osobe, do i od najbliže bolnice kvalificirane za pružanje potrebne medicinske pomoći. Takav prijevoz podliježe isplati maksimalne naknade jednake putničkom trošku vožnje zrakoplovom u ekonomskoj klasi za osiguranu osobu i, ako je to medicinski potrebno, medicinskog pomoćnika koji nije stanovnik doma osiguranjem osigurane osobe niti rođak obitelji osiguranjem osigurane osobe.

Stomatološke usluge nakon nezgode

Troškovi za nužno stomatološko liječenje potrebno zbog slučajne ozljede prirodnih zuba pod uvjetom da se nezgoda dogodila dok je osigurana osoba ispunjavala uvjete za naknade predviđene ovim planom. Samo troškovi koji su izravno povezani s takvom slučajnom ozljedom (kako je određeno planom) smatraju se osiguranim medicinskim troškom. Maksimalna naknada koja se može isplatiti iznosi 5000 dolara po nezgodi tijekom koje su ozlijeđeni zubi. Stomatološki rad mora biti završen u roku od 12 mjeseci od nezgode da bi se smatrao medicinskim troškom koji ispunjava uvjete za naknadu.

OGRANIČENJA I IZUZEĆA DODATNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Za navedene troškove dodatne zdravstvene zaštite koji ispunjavaju uvjete za naknadu smatra se da podliježu sljedećim ograničenjima i/ili izuzećima osiguranja. Trebalo bi se također pozvati na izuzeća u osiguranju lijekova u okviru plana. U okviru plana ne plaćaju se:

1. troškovi koji su se smatrali osiguranom uslugom bilo kojeg pokrajinskog plana zdravstvene zaštite ili vladinog plana u vrijeme izdavanja police/naknade, a nakon toga su izmijenjena, zaustavljena ili obustavljena;
2. troškovi općih zdravstvenig pregleda i pregleda koje za upotrebu zahtijeva treća strana;
3. troškovi kirurškog zahvata ili liječenja koje je provedeno prvenstveno radi uljepšavanja ili troškovi boravka u bolnici radi takvog kirurškog zahvata ili liječenja;
4. troškovi liječenja ili kirurškog zahvata liječnika;
5. troškovi prijevoza ili putovanja, osim onih koji su posebno predviđeni u okviru troškova koji ispunjavaju uvjete za naknadu;
6. troškovi usluga ili pribora koji se isporučuju bez preporuke i odobrenja liječnika koji djeluje u okvirima svoje licencije;
7. troškovi koji nisu medicinski nužni za njegu i liječenje bilo koje postojeće ozljede ili ozljede na koju se sumnja, bolesti ili trudnoće;

8. troškovi koji proizlaze iz ozljede na radnom mjestu ili bolesti, a osigurana su bilo kojim zakonom o naknadi radnika (WSIB) ili sličnim zakonom, uključujući automobilsku nezgodu;
9. troškovi koji inače ne bi nastali osim zbog postojanja ovog osiguranja ili koje osigurana osoba nije zakonski obavezna platiti;
10. troškovi koje planu nije dopušteno platiti nijednim zakonom niti propisom.
11. troškovi stomatološkog rada u kojima je treća strana odgovorna za plaćanje takvih troškova;
12. troškovi za tjelesne ozljede koje su izravno ili neizravno uzrokovane ratom ili ratnim činom (proglašenim ili neproglašenim), ustankom ili neredima, ili neprijateljskim činovima bilo koje vrste;
13. troškovi usluga ili pribora koje proizlaze iz bilo kakve namjerne ozljede koju si je korisnik sam nanio;
14. troškovi lijekova, seruma, lijekova za ubrizgavanje ili pribora koje ustanova Health Canada nije odobrila potvrdom o sukladnosti ili koji nemaju identifikacijski broj lijeka (DIN) ili su eksperimentalni ili ograničene uporabe bez obzira jesu li odobreni ili ne;
15. troškovi lijekova, seruma, lijekova za ubrizgavanje ili pribora kada se daju u bolnici, bilo na hospitalizacijskoj ili ambulantnoj osnovi, osim kako je predviđeno u okviru osiguranja troškova izvan Kanade/hitne pomoći na putovanju;
16. troškovi eksperimentalnih medicinskih postupaka ili liječenja koje nije odobrilo Kanadsko liječničko društvo (Canadian Medical Association) ili odgovarajuće specijalističko liječničko društvo;
17. troškovi liječnika za putovanje, neodržane liječničke termine, komunikacijske troškove, troškove popunjavanja obrazaca ili liječničkog pribora;
18. troškovi koji nisu navedeni u prethodnim popisima troškova dopunske zdravstvene zaštite koji ispunjavaju uvjete za naknadu;
19. troškovi usluga ili pribora proizašli iz ozljede ili bolesti do kojih je došlo dok je korisnik plana bio na aktivnoj dužnosti u oružanim snagama bilo koje zemlje, države ili međunarodne organizacije;
20. troškovi usluga ili pribora koji su posljedica nezgode koja se dogodila dok je korisnik plana upravljao motornim vozilom, a krv mu je sadržavala više od 80 miligrama alkohola u 100 mililitara krvi (0,08 %) ili više od zakonom propisane granice alkohola u krvi prema zakonima područja gdje se nezgoda dogodila;
21. troškovi usluga ili pribora proizašli iz pokušaja ili sudjelovanja korisnika plana u izvršenju kaznenog djela;

22. za troškove nastale kao posljedica prometne nezgode smatra se da ispunjavaju uvjete za naknadu tek nakon što su se prvo dostave vašem osiguravatelju automobila (sukladno važećim propisima).

PROŠIRENJE OSIGURANJA ZA UZDRŽAVANE OSOBE PREMINULOG KORISNIKA PLANA

Nakon smrti korisnika plana koji ispunjava uvjete uzdržavane osobe preminulog korisnika plana koje ispunjavaju uvjete (supružnik i djeca) i dalje su osigurane naknadom za dopunsku zdravstvenu zaštitu tijekom 30 mjeseci. To razdoblje započinje nakon što se isprazni račun Dolarske banke korisnika plana. Nikakve premije ili doprinosi nisu potrebni za nastavak osiguranja tijekom ovog razdoblja produženja pogodnosti za članove obitelji preminulog korisnika plana.

PREKID NAKNADE ZA DOPUNSKU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Osiguranje dopunske zdravstvene zaštite korisnika plana prestaje na dan umirovljenja korisnika plana i iscrpljenja iznosa na njegovom računu Dolarske banke. Osiguranje korisnika plana i njegovih uzdržavanih osoba također se prekida kao što je ranije opisano u poglavlju **Informacije o ispunjavanju uvjeta** u ovoj knjižici.

POTREBNI DODATNI DOKUMENTI ZA PODNOŠENJE ZAHTEVA ZA DOPUNSKU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Nikakva se naknada ne isplaćuje korisniku plana ako popunjeni obrazac zahtjeva i svi drugi potrebni dokumenti ne budu dostavljeni u Ured za upravljanje planom (i/ili poduzeću s kojom je osiguravatelj sklopio ugovor za pružanje usluga za ostvarenje pogodnosti hitne pomoći na putovanju) u roku određenom za podnošenje zahtjeva. Pročitajte odredbe o **roku za podnošenje zahtjeva** u poglavlju **Opća pravila i odredbe plana** u ovoj knjižici.

Za karticu pogodnosti i / ili mrežnu prijavu nije potreban obrazac zahtjeva. Od korisnika plana može se zatražiti da dostave račune Uredu za upravljanje planom za one zahtjeve koji se podnose elektroničkim putem. Ove nasumične revizije jamče zaštitu plana. Stoga morate čuvati račune 13 mjeseci.

POGODNOST PRUŽANJA HITNE MEDICINSKE POMOĆI NA PUTOVANJU (ETA)

KARTICA ZA HITNU POMOĆ NA PUTOVANJU

Pogodnost hitne medicinske pomoći na putovanju osigurava Green Shield Canada (GSC). U nastavku opisane usluge pomoći u putovanju i hitne medicinske pomoći dostupne su 24 sata dnevno, sedam dana tjedno i pruža ih međunarodna organizacija za pružanje medicinskih usluga Allianz Global Assistance.

Korisnici plana i njihovi bračni drugovi koji ispunjavaju uvjete primaju karticu pogodnosti koja obuhvaća sve podatke plana i podatke za kontakt za pristup ovoj pogodnosti u bilo kojem trenutku. Uzdržavanim osobama koje putuju bez korisnika plana ili bračnom drugu ured za upravljanje planom može omogućiti zasebnu karticu ETA.

Važno je imati na umu da se osigurana osoba mora obratiti uredu GSC-Emergency Travel Assistance u roku od 48 sati od početka liječenja.

USLUGE POMOĆI PRIJE PUTOVANJA

Pogodnost ETA možda ne obuhvaća troškove povezane s hitnom medicinskom pomoći ili pomoći na putovanju ako je osigurana osoba putovala u određene zemlje u kojima su nemiri. Prije putovanja treba se obratiti uredu GSC Travel Assistance kako biste provjerili nalazi li se vaše odredište u zemlji u kojoj se pruža osiguranje ETA. Uredu za pomoć na putovanju GSC-a možete se obratiti prije polaska na putovanje kako bi se dobile aktualne informacije o zahtjevima za putovnicu i vizu, cijepljenje i imunizaciju u zemlji odredišta.

Iako nije zamjena za obraćanje uredu GSC Travel Assistance, kanadsko Ministarstvo vanjskih poslova i međunarodne trgovine (Department of Foreign Affairs and International Trade Canada, DFAIT) pruža opsežne informacije o putovanjima na razna odredišta i na ona odredišta koja kanadska federalna vlada trenutačno ne preporučuje. Preporučuje se da se te informacije pregledaju prije polaska.

<http://travel.gc.ca/travelling/advisories>

OBRAĆANJE UREDU GSC TRAVEL ASSISTANCE

Telefonski brojevi ureda GSC Travel Assistance, a koji su navedeni i na poledini kartice pogodnosti uključuju:

U Kanadi i SAD-u: 1-800-936-6226

U drugim zemljama na račun primatelja poziva: 1-519-742-3556

Kada nazovete i zatražite pomoć ili objasnite svoj medicinski hitan slučaj, navedite broj grupe GSC-a za plan **4932**. Timu za pomoć na putovanjima GSC-a bit će potreban i jedinstveni identifikacijski broj korisnika plana GSC-a. Sve ove informacije navode se na kartici pogodnosti

plana. Osim toga može biti nužan i broj pokrajinskog zdravstvenog osiguranja osigurane osobe koji bi trebao biti pri ruci u vrijeme poziva.

U slučaju poziva na račun primatelja poziva dok putujete izvan Kanade i Sjedinjenih Američkih Država možda ćete trebati pozivni broj za izravne pozive u Kanadu. U slučaju da poziv na račun primatelja nije moguć čuvajte račune za telefonske pozive upućene u ured GSC Travel Assistance i predajte ih za naknadu nakon povratka u Kanadu.

PLAĆANJE I KOORDINACIJA POTRAŽIVANJA

U većini slučajeva Allianz Global Assistance koordinira plaćanje potraživanja s liječnikom. Međutim za troškove ispod 200 dolara osigurana osoba mora izvršiti plaćanje izravno liječniku, a zatim dostaviti potvrde planu radi povrata sredstava. U okviru plana procjenjuje se iznos koji se plaća u skladu s pokrajinskim planom zdravstvene zaštite osigurane osobe i ovoga plana te se osigurava povrat sredstava za razliku svih troškova koji ispunjavaju uvjete za naknadu.

Ako bolnica ili drugi pružatelj medicinskih usluga zahtijeva polog ili plaćanje u cijelosti za pružene usluge, a troškovi prelaze 200 (kanadskih) dolara, Allianz Global Assistance organizira i koordinira plaćanje takvih troškova i potraživanja u ime osigurane osobe.

U okviru plaćanja i koordinacije troškova uzima se u obzir osiguranje na koju osigurana osoba ima pravo temeljem svojega pokrajinskog plana zdravstvene zaštite i ovog plana. Ako se za takva plaćanja naknadno utvrdi da premašuju iznos naknada na koje osigurana osoba ima pravo, Green Shield Canada ima pravo na povrat viška iznosa prijenosom naknada iz pokrajinskog zdravstvenog plana i / ili povrata od osigurane osobe.

Postupak u slučaju pružanja hitne medicinske pomoći

Višejezični stručnjak za pružanje pomoći pruža vam savjet o najboljoj dostupnoj medicinskoj ustanovi, odnosno ovlaštenom liječniku koji može pružiti odgovarajuću skrb.

Nakon prijema u bolnicu ili savjetovanja s ovlaštenim liječnikom ili kirurgom za hitno liječenje GSC Travel Assistance jamči pružatelju (bolnici, klinici ili liječniku) da je osigurana osoba korisnik pogodnosti iz pokrajinskog plana zdravstvene zaštite i pogodnosti za putovanje GSC-a. Davatelj usluga u tom slučaju može izravno teretiti GSC Travel Assistance za odobrene usluge u iznosima većim od 200 dolara.

Medicinski tim GSC-a prati napredak u medicini kako bi omogućio da osigurana osoba dobije najbolje raspoloživo medicinsko liječenje. Osim toga ovi liječnici održavaju stalnu komunikaciju s obiteljskim liječnikom i članovima obitelji, ovisno o težini vašeg stanja.

Za troškove manje od 200 dolara osigurana osoba mora izvršiti plaćanje izravno liječniku, a zatim dostaviti potvrde radi naknade. GSC Travel Assistance u okviru plana procjenjuje iznos koji se plaća u skladu s pokrajinskim planom zdravstvene zaštite osigurane osobe te se osigurava naknada za razliku svih troškova koji ispunjavaju uvjete za naknadu.

Ako bolnica ili drugi pružatelj medicinskih usluga zahtijeva polog ili plaćanje u cijelosti za pružene usluge, a troškovi prelaze 200 (kanadskih) dolara, GSC Travel Assistance organizira i koordinira plaćanje takvih troškova i potraživanja u ime osigurane osobe.

U okviru plaćanja i koordinacije troškova uzima se u obzir osiguranje na koju osigurana osoba ima pravo temeljem svojega pokrajinskog plana zdravstvene zaštite i ovog plana. Ako se za takva plaćanja naknadno utvrdi da premašuju iznos naknada na koje osigurana osobe ima pravo, Green Shield Canada ima pravo na povrat viška iznosa prijenosom naknada iz pokrajinskog zdravstvenog plana i / ili povrata od osigurane osobe.

MAKSIMALNI IZNOSI POGODNOSTI ZA HITNOG POMOĆ NA PUTOVANJU

Pružanje hitne medicinske pomoći

S osnove se osiguranja pruža maksimalno 5 000 000 dolara za osiguranu osobu po incidentu za troškove nastale kao rezultat iznenadnog i nepredviđenog hitnog medicinskog slučaja i/ili usluge hitne pomoći tijekom putovanja izvan pokrajine prebivališta.

Ne postoji ograničenje broja putovanja, ali osiguranje je pruženo za maksimalno razdoblje od 60 uzastopnih dana po putovanju.

Osiguranje usluga hitne pomoći na putovanju

Osiguranje se pruža za razne specifične usluge pomoći u putovanju koje vam pomažu u svakom hitnom slučaju koji se dogodi na putovanju.

Osiguranje za upućivanje u druge ustanove

Osiguranje se pruža za medicinske usluge kad se osigurane osobe upućuju izvan pokrajine prebivališta ako te usluge nisu dostupne u pokrajini prebivališta. Osiguranje podliježe maksimumu od 50 000 dolara po osiguranoj osobi i jednoj kalendarskoj godini.

POJEDINOSTI OSIGURANJA ZA HITAN MEDICINSKI SLUČAJ NA PUTOVANJU I ZA UPUĆIVANJE

Osiguranje se pruža za troškove koji ispunjavaju uvjete za naknadu, a koji su nastali kao posljedica **hitne medicinske pomoći** dok korisnici plana i / ili uzdržavane osobe privremeno putuju izvan pokrajine prebivališta radi odmora, posla ili obrazovanja.

Da bi se kvalificirala za pogodnosti, osigurana osoba mora biti ispravno upisana u zdravstveni plan svoje pokrajine ili ekvivalentnom dokumentu u vrijeme nastanka troškova.

Pogodnosti ETA-e za koje korisnik plana ispunjava uvjete razmatraju se na temelju razumnih i uobičajenih troškova u području u kojem su primljene, umanjene za iznos koji se plaća prema važećem planu zdravstvenog osiguranja pokrajinske vlade.

Svi maksimumi i ograničenja u dolarima navedeni su u kanadskoj valuti. Povrat se sredstava vrši iz kanadskih fondova ili američkih fondova, kako zdravstvenim djelatnicima tako i osiguranoj osobi, na temelju zemlje primatelja plaćanja. Za plaćanja koja zahtijevaju konverziju valute rabi se tečaj koji je na snazi na dan dostave zahtjeva.

Kada se osigurana osoba obavijesti o potrebi da se liječi zbog slučajne ozljede ili zahtijeva hitnu medicinsku pomoć, **osigurana osoba mora se obratiti s uredu GSC Travel Assistance u roku od 48 sati od početka liječenja**.

Hitan slučaj označava iznenadnu, neočekivanu ozljedu, bolest ili akutnu epizodu bolesti koja zahtijeva hitnu liječničku pomoć i nije se mogla razumno očekivati na temelju prethodnog zdravstvenog stanja pacijenta. To obuhvaća liječenje (neizborno) za trenutačno olakšanje od jake boli, patnje ili bolesti koje se ne mogu odgoditi dok vi ili vaša uzdržavana osoba ne budete u zdravstvenom stanju da se možete vratiti u svoju pokrajinu prebivališta. Tim za medicinsku pomoć društva GSC mora unaprijed odobriti sve invazivne zahvate ili pretrage.

Pogodnosti koje ispunjavaju uvjete

Pogodnosti koje ispunjavaju uvjete ograničene su na maksimalni broj dana po putovanju prethodno definiran, počevši od datuma odlaska iz pokrajine prebivališta. Ako je osigurana osoba hospitalizirana posljednjeg dana navedenog u Rasporedu naknada, pogodnosti se nastavljaju sve do datuma otpuštanja.

1. Bolničke usluge i smještaj na standardnom odjelu javne opće bolnice;
2. Medicinske i / ili kirurške usluge koje pruža ovlašteni liječnik ili kirurg za ublažavanje simptoma ili liječenje nepredviđene bolesti ili ozljede;
3. Hitan prijevoz
 - Vozilo hitne pomoći do najbliže kvalificirane medicinske ustanove
 - Zračna hitna pomoć – trošak zračne evakuacije (uključujući medicinsko osoblje kada je potrebno) između bolnica te za prijam u bolnicu u Kanadi ako je unaprijed odobren pokrajinskim planom zdravstvenog osiguranja ili do najbliže ovlaštene medicinske ustanove
4. Usluge upućivanja na medicinske postupke
 - a) Bolničke usluge i smještaj na standardnom odjelu javne opće bolnice, i / ili
 - b) Medicinske i / ili kirurške usluge koje pruža ovlašteni liječnik ili kirurg;
 - Prije početka bilo kojeg od postupaka upućivanja potrebno je dobiti pisano prethodno odobrenje od vašeg pokrajinskog plana zdravstvene zaštite i GSC-a. Pokrajinski plan zdravstvenog osiguranja može u cijelosti osigurati ovu referentnu pogodnost. Medicinskom timu za pomoć u GSC-u mora se dostaviti pismo od liječnika koji navodi razlog upućivanja te pismo pokrajinskog zdravstvenog osiguranja u kojem se navodi njihova odgovornost. U slučaju nepridržavanja zahtjeva za pribavljanje prethodnog obavještenja plaćanje se vrši
5. Usluge registriranog privatnog medicinskog tehničara do maksimalnog iznosa od 5000 dolara u kalendarskoj godini po razumnoj i uobičajenoj tarifi koju naplaćuje kvalificirani

medicinski tehničar (R.N.) registriran u jurisdikciji u kojoj se pruža liječenje. GSC Travel Assistance mora se obavijestiti radi pribavljanja prethodnog odobrenja;

6. Dijagnostički laboratorijski testovi i rendgenski snimci kada ih je propisao liječnik. Osim u hitnim slučajevima GSC Travel Assistance mora prethodno odobriti ove usluge (npr. kateterizacija srca ili angiogram, angioplastika ili zahvat ugradnje premosnica);
7. Naknada za recepte za lijekove, serume i injekcije za koje zakon propisuje da se izdaju na recept i koje je propisao ovlašteni liječnik (ne obuhvaća vitamine, patentne i vlasničke lijekove).

Uredu GSC Travel Assistance treba podnijeti izvorni plaćeni račun od ljekarnika, liječnika ili bolnice izvan pokrajine prebivališta koji sadrži ime liječnika koji propisuje lijek, broj recepta, naziv pripravka, datum, količinu i ukupne troškove;

8. Medicinski aparati koji obuhvaćaju gips, štake, štapove, poveze, udlage i / ili privremeni najam invalidskih kolica kada se smatraju medicinski neophodnima i potrebnima zbog nezgode koja se dogodila te kada se proizvodi dobiju izvan područja prebivališta;
9. Stomatološko liječenje samo kada je potrebno zbog izravnog slučajnog udarca u usta do maksimalnog iznosa od 2 000 dolara. Liječenja (prije početka i nakon povratka u pokrajinu prebivališta) moraju se pružiti u roku od 90 dana od nezgode. Pojednostosti o nezgodi potrebno je dostaviti uredu GSC Travel Assistance zajedno s rendgenskim snimkama zuba;
10. Povratak kući u pokrajinu prebivališta kada je hitna bolest ili ozljeda takva da:

- Medicinski tim društva GSC Travel Assistance pismeno navede da je smjesta potreban povratak u pokrajinu prebivališta radi hitne medicinske pomoći, nadoknađuju se dodatni troškovi nastali kupnjom avionske cijene putovanja u jednom smjeru uz dodatnu naknadu za ekonomsku klasu ako je potrebno smjestiti nosila, kako bi se osigurana osoba najizravnijim putem vratila do većeg zračnog terminala koji je najbliži polazištu u pokrajini prebivališta

Ova pogodnost podrazumijeva da osigurana osoba ne posjeduje valjanu zrakoplovnu kartu s neodređenim datumom povratka. Troškove za putovanje višom klasom, odlazne naknade, naknade za otkazivanje te avionske karte za članove obitelji ili prijatelje u pratnji nisu uključeni;

- Medicinski tim društva GSC Travel Assistance ili komercijalni zrakoplovni prijevoznik u pisanom obliku određuju da osigurana osoba mora biti u pratnji ovlaštenog medicinskog osoblja, povrat se sredstava vrši za troškove koji su nastali za putovanje ekonomskom klasom te razumnu i uobičajenu naknadu za medicinskog osoblje u pratnji koje nije u krvnom, bračnom ili posvojenom srodstvu, a registrirano je u

pravnom sustavu područja na kojem se pruža liječenje, uz hotelske troškove i troškovi hrane ako je to pratnji potrebno

11. Trošak vraćanja motornog vozila za osobnu upotrebu do njegova prebivališta ili najbliže agencije za iznajmljivanje vozila kada osigurane osobe to nisu u mogućnosti izvršiti zbog bolesti, tjelesne ozljede ili smrti, do najviše 1000 dolara po putovanju. Izvorni računi potrebni su za nastale troškove, npr. benzin, smještaj i zrakoplovne karte;
12. Prehrana i smještaj do 1500 dolara (maksimalno 150 dolara dnevno do 10 dana) nadoknađuju se za dodatne troškove hotelskog smještaja i prehrane za osiguranu osobu kada ostane sa suputnikom ili uzdržavanom osobom koja ispunjava uvjete, kada je putovanje odgođeno ili prekinuto zbog bolesti, slučajne ozljede ili smrti suputnika. To mora pismeno potvrditi nazočni ovlašteni liječnik ili kirurg te biti potkrijepljeno originalnim komercijalnim računima;
13. Prijevoz do bolnice, uključujući povratnu avionsku kartu ekonomske klase, po najizravnijoj ruti iz pokrajine prebivališta za bilo kojeg bračnog druga, roditelja, dijete, brata ili sestru i do 150 dolara dnevno u trajanju od najviše pet dana za obroke i smještaj u komercijalnim objektima plaćaju se za tog člana obitelji u sljedeće svrhe:
 - boravak s osiguranom osobom ili bilo kojom drugom osobom koja se nalazi u bolnici. Ova naknada uvjetuje da osigurana osoba bude u bolnici izvan pokrajine prebivališta najmanje sedam dana uz pismenu potvrdu liječnika da je situacija bila dovoljno ozbiljna da zahtjeva posjet radi
 - identificiranja preminule osobe prije otpuštanja tijela
14. Povratna zrakoplovna karta ako je osobno motorno vozilo korisnika plana ili uzdržavane osobe koja ispunjava uvjete ukradeno ili nije u voznom stanju zbog nezgode, povrat se sredstava vrši u iznosu troškova putne ekonomske zrakoplovne karte u jednom smjeru kako bi se osigurana osoba najizravnijim putem vratila u zračnu luku najbližu polazištu u pokrajini prebivališta. Potrebno je službeno izvješće o gubitku ili nezgodi;
15. Povratak preminule osobe do maksimalnog iznosa od 5000 dolara za trošak balzamiranja ili kremiranja u pripremi za prijevoz kući u odgovarajućem kovčegu za osiguranu osobu kada je smrt uzrokovana bolešću ili nezgodom. Tijelo se vraća u veću zračnu luku koja je najbliža mjestu polaska u pokrajini prebivališta. Naknada isključuje trošak lijesa ili bilo kakve troškove vezane za pogreb, kozmetičke usluge, odjeću, cvijeće, osmrtnice, najam crkvenih prostorija, itd.

USLUGE HITNE POMOĆI NA PUTOVANJU

Sljedeće usluge dostupne su 24 sata dnevno, sedam dana tjedno, a pruža ih međunarodna organizacija medicinskih usluga GSC-a. Te usluge obuhvaćaju:

- Pristup pomoći prije putovanja (prije polaska): Pozivne brojeve za Kanadu; informacije o cijepljenju; turistička upozorenja koja izdaje vlada; zahtjeve za vizama/dokumentima za ulazak u zemlju odredišta
- Višejezičnu pomoć
- Pomoć u pronalaženju najbliže, najprikladnije medicinske skrbi
- Međunarodnu mrežu preferiranih davatelja usluga
- Savjetodavne usluge medicinskog tima GSC Travel Assistance, uključujući drugo mišljenje i pregled prikladnosti i analize kvalitete medicinske skrbi
- Pomoć u uspostavljanju kontakta s obitelji, liječnikom i poslodavcem
- Praćenje napretka tijekom liječenja i oporavka
- Usluge prijenosa poruka u hitnom slučaju
- Po potrebi usluge prevođenja i upućivanja lokalnim tumačima
- Provjera osiguranja koja olakšava ulazak i prijam u bolnice i druge pružatelje zdravstvene skrbi
- Posebna pomoć u vezi s koordinacijom izravnog plaćanja šteta
- Koordinacija veleposlanstava i konzularnih službi
- Upravljanje, organiziranje i koordinacija hitnog medicinskog prijevoza i evakuacije prema potrebi
- Upravljanje, organizacija i koordinacija repatrijacije posmrtnih ostataka
- Posebna pomoć u organiziranju prekinutih i poremećenih planova putovanja koji proizlaze iz izvanrednih situacija, a uključuju:
 - povratak suputnika bez pratnje
 - put u bolnički posjet osobi u nevolji
 - ponovna kupnja karata zbog nezgode ili bolesti i drugih hitnih slučajeva povezanih s putovanjima
 - vraćanje motornog vozila za osobnu uporabu i srodnih osobnih stvari
- Upućivanje na pravnu pomoć
- Koordinacija osiguranja jamčevine i drugih pravnih instrumenata
- Posebna pomoć u zamjeni izgubljenih ili ukradenih putnih isprava, uključujući putovnice
- Usluge pomoći pri osiguravanju pomoći s problemom i drugih usluga povezanih s putovanjima
- Pomoć za hitne slučajeve i plaćanje većih zdravstvenih troškova, koje premašuju iznos od 200 dolara

OGRANIČENJA OSIGURANJA USLUGE ZA PRUŽANJE HITNE POMOĆI NA PUTOVANJU

1. Osiguranje stupa na snagu u trenutku kada osigurana osoba prijeđe pokrajinsku granicu i napusti svoju pokrajinu prebivališta, a prestaje prelaskom granice i povratkom u pokrajinu prebivališta. U slučaju putovanja zrakoplovom osiguranje stupa na snagu u trenutku kada zrakoplov poleti u pokrajini prebivališta i prestaje kada zrakoplov sleti u pokrajinu prebivališta na povratku kući;
2. Nakon obavijesti o nužnosti liječenja slučajne ozljede ili hitne medicinske pomoći medicinski tim GSC-a zadržava pravo odrediti je li povratak u domovinu prikladan te zahtijeva li pacijentovo zdravstveno stanje hitnu ili planiranu skrb. Takva je repatrijacija je obvezna kada medicinski tim GSC-a za pomoć utvrdi da je pacijent zdravstveno sposoban za putovanje i da su poduzeti odgovarajući aranžmani za primanje pacijenta u zdravstveni sustav pokrajine u njihovoj pokrajini prebivališta. Repatrijacija jamči stalno osiguranje u okviru plana. Ako se pacijent odluči ne vratiti u domovinu ili se odluči za takvo liječenje ili operaciju izvan svoje pokrajine prebivališta, trošak takvog kontinuiranog liječenja ne ispunjava uvjete za naknadu;

Pacijent se mora obratiti uredu GSC Travel Assistance u roku od 48 sati od početka liječenja. Ako osigurana osoba propusti obavijestiti ured GSC Travel Assistance u roku od 48 sati, može doći do ograničenja naknada samo na troškove nastale u prvih 48 sati od bilo kojeg liječenja / incidenta ili maksimalnog iznosa pogodnosti, ovisno o tome koji od ta dva iznosa bude niži;

3. Zračne usluge hitne pomoći ispunjavaju uvjete za naknadu samo u sljedećim uvjetima:
 - unaprijed su odobrene od ureda GSC Travel Assistance
 - postoji medicinska potreba da se osigurana osoba ograniči na nosila ili da vas medicinsko osoblje prati tijekom putovanja
 - osigurana osoba primljena je izravno u bolnicu u pokrajini prebivališta
 - liječnička izvješća ili potvrde od ovlaštenih liječnika dostavljeni su u GSC Travel Assistance
 - dokaz o plaćanju (uključujući vaučere za avionske karte ili račune zračnih prijevoznika) dostavljen u GSC Travel Assistance
4. Ako planirate putovati u područja političkih ili građanskih nemira ili u područja za koja je kanadsko Ministarstvo vanjskih poslova i međunarodne trgovine (DFAIT) izdalo službeno upozorenje o putovanju u vezi s nenužnim putovanjima, obratite se uredu GSC Travel Assistance za savjet prije putovanja jer možda nećemo moći jamčiti usluge pomoći;
5. GSS zadržava pravo bez prethodne najave obustaviti, prekinuti ili ograničiti svoje usluge u bilo kojem području u slučaju političkih ili građanskih nemira, uključujući pobunu, nered, vojni ustanak, radne nemire ili štrajk, višu silu ili odbijanje vlasti u stranoj zemlji da GSC-u dopusti pružanje usluga. To obuhvaća putovanja u sva područja ako u vrijeme rezervacije putovanja (uključujući odgodu putovanja) ili prije datuma polaska kanadsko Ministarstvo vanjskih poslova i međunarodne trgovine (DFAIT) izda službeno upozorenje za Kanađane da izbjegavaju sva ili nenužna putovanja u tu određenu zemlju, regiju ili grad zbog vjerojatne ili stvarne epidemije ili pandemije (putovanje koje nije nužno

smatrat će se svakim drugim putovanjem osim onih koja se obavljaju zbog značajnih medicinskih ili obiteljskih hitnih slučajeva, kao što je smrt člana obitelji).

IZUZEĆA OSIGURANJA USLUGE ZA PRUŽANJE HITNE POMOĆI NA PUTOVANJU

1. Svi troškovi nastali zbog liječenja koji su izravno ili neizravno povezani s već postojećim ili prethodno dijagnosticiranim zdravstvenim stanjem koje u vrijeme odlaska iz pokrajine prebivališta nije bilo potpuno stabilno (prema mišljenju medicinskog tima za pomoć GSC-a) i slučajevi u kojima medicinski dokazi ukazuju na razumno očekivanje da liječenje ili hospitalizacija mogu biti potrebni tijekom putovanja. GSC zadržava pravo pregleda medicinskih informacija u vrijeme podnošenja zahtjeva.
2. Svi troškovi nastali zbog liječenja ili operacije koji nisu potrebni za trenutačno olakšanje akutne boli ili patnje, kao što je preporučio zakonski kvalificirani liječnik ili kirurg. Naknade se ne isplaćuju za liječenje ili kirurški zahvat koji bi se mogli razumno dogoditi do povratka u pokrajinu prebivališta;
3. Svi troškovi nastali zbog liječenja ili kirurškog zahvata koji nisu osigurani planom zdravstvenog osiguranja pokrajine ili troškovi liječenja ili operacije koje pokrajinski plan zdravstvenog osiguranja nije platio;
4. Svi troškovi nastali zbog usluga, liječenja ili kirurškog zahvata koji su nastali nakon što je pacijent odlučio da se ne vrati u domovinu te odlučio obaviti takvo liječenje ili operaciju izvan svoje pokrajine prebivališta;
5. Sva potraživanja koja proizlaze izravno ili neizravno iz bilo kojeg zdravstvenog stanja koje je osigurana osoba pretrpjela ili se zarazila u određenoj zemlji, regiji ili gradu zbog epidemije ili pandemije ako u vrijeme rezervacije putovanja (uključujući i kašnjenje putovanja) te prije datuma odlaska kanadsko Ministarstvo vanjskih poslova i međunarodne trgovine (DFAIT) izda službeno upozorenje za Kanađane da izbjegavaju sva ili nenužna putovanja u tu određenu zemlju, regiju ili grad. U tom izuzeću zdravstveno je stanje ograničeno na razlog zbog kojeg je službeno upozorenje o putovanju izdano i uključuje komplikacije koje proizlaze iz takvog zdravstvenog stanja;
6. Liječenje ili usluge potrebne za stalnu njegu, lijekove za odmor, zdravstvena lječilišta, izborne operacije, preglede ili putovanja u zdravstvene svrhe, čak i ako je na putovanje uputio liječnik;
7. Liječenje ili usluga koju osigurana osoba odabere obaviti izvan Kanade unatoč tomu što zdravstveno stanje ne bi spriječilo povratak u Kanadu za takvo liječenje;
8. Liječenje ili usluga potrebni zbog samoubojstva, pokušaja samoubojstva, namjernog samoozljeđivanja osigurane osobe, suputnika ili člana uže obitelji bilo da je mentalno zdrav ili ne;
9. Zloupotreba ili prekomjerna konzumacija lijekova, droga ili alkohola i posljedice koje proizlaze iz toga, uključujući, i nastale kao posljedica, u vezi s ili na bilo koji način povezane s vožnjom motornog vozila sa sviješću narušenom lijekovima, alkoholom ili toksičnim tvarima te alkoholom u količini više od 80 miligrama u 100 mililitara krvi. (Motorno vozilo označava bilo koji oblik prijevoza koji se pokreće ili pokreće motorom i

uključuje, ali nije ograničen na automobil, kamion, motor, moped, motorne saonice ili čamac);

10. Iznosi plaćeni ili osigurani Planom zaštite i osiguranja na radu ili sličnim planom;
11. Bolnička i medicinska skrb zbog porođaja u roku od osam tjedana prije očekivanog datuma poroda od dana odlaska ili namjernog prekida trudnoće;
12. Liječenje ili usluga pružena u ustanovi za skrb kroničnih bolesnika ili u psihijatrijskoj bolnici, jedinica za kronične bolesnike opće bolnice, u ustanovi za dugotrajnu njegu (LTC), lječilištu ili staračkom domu;
13. Usluge primljene od kiropraktičara, medicinskog pedikera, podijatra ili za osteopatsku manipulaciju;
14. Zahvat uklanjanja sive mrežnice ili kupnja naočala ili slušnih pomagala;
15. Svi troškovi nastali tijekom bilo kojeg putovanja u svrhu traženja liječničkog liječenja ili savjeta koji prethodno nisu bili odobreni kao što je navedeno u uputama.

GSC ne preuzima odgovornost niti snosi odgovornost za bilo koji medicinski savjet koji je pružen, ali nije ograničen na liječnika, ljekarnika ili drugog pružatelja zdravstvenih usluga ili ustanove koju preporučuje GSC Travel Assistance.

DVOSTRUKO OSIGURANJE DOPUNSKO ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Troškovi koji ispunjavaju uvjete za naknadu, a koji su obuhvaćeni naknadom za dopunsku zdravstvenu zaštitu, koji su nastali izvan prebivališta pokrivene osobe, u slučaju hitne medicinske pomoći tijekom putovanja, osigurani su naknadom za hitnu pomoć u putovanjima, a ne dopunskom zdravstvenom zaštitom.

PROŠIRENJE OSIGURANJA ZA UZDRŽAVANE OSOBE PREMINULOG KORISNIKA PLANA

Nakon smrti korisnika plana koji ispunjava uvjete uzdržavane osobe preminulog korisnika koje ispunjavaju uvjete (bračni drug i djeca) i dalje su osigurane naknadom za hitnu pomoć pri putovanju tijekom 30 mjeseci. To razdoblje započinje nakon što se isprazni račun Dolarske banke korisnika plana. Nikakve premije ili doprinosi nisu potrebni za nastavak osiguranja tijekom ovog razdoblja produženja osiguranja za članove obitelji preminulog korisnika plana.

PREKID POGODNOSTI HITNE POMOĆI NA PUTOVANJU

Naknada za dopunsku zdravstvenu zaštitu i pogodnost hitne pomoći na putovanju prestaje na dan kada korisnik plana otiđe u mirovinu ili kada napuni 65 godina, ovisno o tome što nastupi ranije. Osiguranje korisnika plana i njegovih uzdržavanih osoba također se prekida kao što je ranije opisano u poglavlju Informacije o ispunjavanju uvjeta u ovoj knjižici.

POTREBAN ZAHTJEV ZA HITNU POMOĆ NA PUTOVANJU

Nikakva se naknada ne isplaćuje korisniku plana ako popunjeni obrazac zahtjeva i svi drugi potrebni dokumenti ne budu dostavljeni u Ured za upravljanje planom (i/ili društvu Green Shield Canada i/ili društvu s kojim Green Shield Canada sklopio ugovor za pružanje usluga za ostvarenje pogodnosti hitne pomoći na putovanju) u roku određenom za podnošenje

zahtjeva. Pročitajte odredbe o roku za podnošenje zahtjeva u poglavlju Opća pravila i odredbe plana u ovoj knjižici.

NAKNADA ZA STOMATOLOŠKU SKRB

Korisnici plana i njihovi bračni drugovi koji ispunjavaju uvjete primaju karticu za pogodnosti koja bi se trebala upotrebljavati pri podošenju zahtjeva za mnoge stomatološke troškove koji ispunjavaju uvjete za naknadu. Upotreba kartice pogodnosti uklanja potrebu za popunjavanjem obrasca zahtjeva i čekanja na naknadu troškova.

NAKNADA ZA STOMATOLOŠKE TROŠKOVE

Plan pruža naknadu stomatoloških troškova kao što je navedeno u nastavku. Ako je nastali trošak veći od onoga što se smatra prihvatljivim za naknadu, korisnik je plana odgovoran odgovoran za razliku između stvarnih troškova i troškova koji se nadoknađuju ovom pogodnošću.

Razina naknade

- 100 % za osnovne usluge
- 50 % za veće stomatološke usluge
- 50 % za ortodonske usluge

Priručnik za stomatološke naknade

Isplata naknada vrši se u skladu s važećim priručnikom za stomatološke udruge koji je na snazi za liječnike opće prakse u pokrajini ili na teritoriju gdje se stomatološka usluga pruža na dan kada je stomatološki trošak nastao.

Medicinska nužnost i razumni i uobičajeni troškovi

Troškovi stomatološke skrbi koji ispunjavaju uvjete za naknadu temelje se na medicinskoj potrebi te razumnim i uobičajenim troškovima gdje je to primjenjivo.

PLAĆANJE MAKSIMALNOG IZNOSA NAKNADE ZA STOMATOLOŠKE USLUGE

Osnovne i glavne stomatološke usluge

Maksimalna godišnja stomatološka naknada koja se plaća ovim planom za sve kombinirane stomatološke usluge (isključujući ortodonske usluge) iznosi 2500 dolara po osiguranoj osobi u kalendarskoj godini.

Ortodonske usluge

Maksimalna doživotna ortodonska naknada koja se isplaćuje za svako uzdržavano dijete mlađe od 19 godina iznosi 2000 dolara.

DODATNE STOMATOLOŠKE NAKNADE

Ako postoji više od jedne uobičajene i profesionalno primjerene metode liječenja ozljeda ili bolesti zubima, plan zadržava pravo utvrđivanja troškova koji ispunjavaju uvjete za naknadu na temelju najjeftinije alternativne pogodnosti.

PODNOŠENJE PLANA ZA STOMATOLOŠKO LIJEČENJE (PRIJE UTVRĐIVANJA)

Preporučuje se da bilo koje predložene troškove stomatološke skrbi veće od 500 dolara unaprijed pregleda Ureda za upravljanje planom tako da im se podnese plan stomatološkog liječenja. Podnošenje plana stomatološkog liječenja potrebno je prije početka bilo kakvih ortodontskih postupaka ili isplata.

Ured za upravljanje planom unaprijed obavještava korisnika o iznosu koji se u okviru plana nadoknađuje kada se predloženo stomatološko liječenje odnosi na glavnu restaurativnu ili ortodontsku stomatologiju.

Za upotrebu ove usluge stomatolog osigurane osobe mora ispuniti plan stomatološkog liječenja koji uključuje rendgenske zrake prije liječenja ako predloženo liječenje uključuje krunice ili mostove.

STOMATOLOŠKI TROŠKOVI KOJI ISPUNJAVAJU UVJETE ZA NAKNADU

Dostupne su naknade za sljedeće stomatološke usluge i pribor.

OSNOVNE STOMATOLOŠKE USLUGE

Dijagnostičke usluge

Postupci potrebni za procjenu i/ili brigu o postojećim stanjima i za određivanje daljnje stomatološke zaštite koja može biti potrebna.

- Ponovni pregled usne šupljine, uključujući tretman fluoridom jednom u razdoblju od šest mjeseci
- Kompletan pregled usne šupljine i dijagnoza jednom u razdoblju od 24 mjeseca
- Rendgenske snimke
- Ispitni odljevci

Preventivne usluge

Postupci namijenjeni uklanjanju ili smanjenju potrebe za budućim stomatološkim liječenjem.

- Čišćenje kamenca i poliranje (profilaksa) za maksimalno osam jedinica (dvije jedinice za uzdržavanu djecu ispod 13 godina) po kalendarskoj godini (u kombinaciji s čišćenjem parodonta i planiranjem korijena);
- Fluorid koji se nanosi na zahvaćeno mjesto;
- Pasivni čuvari prostora, oni koji ne pomiču zube (samo za uzdržavanu djecu).

Osnovna restaurativna stomatologija

Postupci za vraćanje prirodnih zuba u njihovu normalnu funkciju uz upotrebu srebrnih amalgama, silikata ili sintetičkih nadomjestaka (ispuna). Osim toga osigurana su sedativna sredstva za prekrivanje puplne rane.

Ekstrakcija

Jednostavno uklanjanje zuba.

Endodoncija

Hitne endodontske procedure i konzervativna terapija korijenskog kanala.

Periodontologija

- Dodatne usluge kao što su: skidanje kamenca, planiranje korijena (ovisno o kombiniranom maksimalnom broju jedinica koje su prethodno navedene pod preventivnim uslugama), akutne infekcije, okluzijska prilagodba, privremena udlaga;
- Kirurške usluge: gingivalna kiretaža, gingivoplastika, gingivektomija ili koštana operacija;
- Posebni parodontni uređaji.

Oralna kirurgija

Rutinski oralni kirurški zahvati predstavljaju sljedeće: kirurško odstranjivanje zahvaćenih zuba, rezidualni korijeni i pridružena njega nakon zahvata.

Anestezija

Anestezija u slučajevima u kojima je to potrebno u razumnoj i očekivanoj mjeri u vezi s drugim osiguranim postupcima stomatološke njega.

Popravci, oblaganje i ponovno postavljanje proteza

Popravak ili ponovno postavljanje proteza (jednom svake tri godine), uključujući dodavanje novih zuba, ali ne uključujući troškove proteza, njihovu zamjenu ili umnožavanje.

GLAVNE STOMATOLOŠKE USLUGE

Uklonjivi protetski uređaji

Početno postavljanje djelomičnih ili potpunih proteza, uz prethodno postojeće stanje, ograničenja na izgubljenim zubima, vađenje ili fraktura prije nego što budu osigurani. Zamjena postojećih proteza nije pokrivena, osim ako:

- a) zamjena nije potrebna zbog ekstrakcije ili gubitka ili loma jednog ili više zdravih prirodnih zubi nakon što osoba postane osigurana planom; ili
- b) zamjena se odvija nakon 12 mjeseci od dana nakon što osigurana osoba pristupi planu, a postojeće su proteze stare najmanje 5 godina i više se ne mogu koristiti.

Nije osigurana zamjena izgubljenih ili ukradenih proteza, umnožavanje proteza i personalizacija ili karakterizacija proteza.

Opsežna restorativna stomatologija

Ti postupci, uključujući zlatne ispune i krunice, rabe normalne funkcije prirodnih zuba u slučajevima u kojima se funkcija zuba zbog opsežnog karijesa ili loma ne može obnoviti

ispunom. Kada se funkcija zuba može obnoviti srebrnim amalgamom, silikatnim ili sintetičkim nadomjestcima, naknada koja se može isplatiti određuje se na temelju uobičajenog troška takve restauracije. Takvi postupci podložni su već postojećim ograničenjima postojećih stanja na izgubljenim, izvađenim ili slomljenim zubima prije nego što se pokriju.

Fiksni protetski uređaji

Početno postavljanje fiksnih protetskih uređaja određeno je prethodnim postojećim stanjem, ograničenjima na izgubljenim, izvađenim ili slomljenim zubima prije nego što osobe postanu osigurane. Usluge ponovnog cementiranja i zamjena obloge ili ljuskice fiksnog protetskog uređaja troškovi su koji ispunjavaju uvjete za naknadu. Zamjena postojećih fiksnih protetskih uređaja ne ispunjava uvjete za naknadu osim ako:

- (a) zamjena nije potrebna zbog ekstrakcije ili gubitka ili loma jednog ili više zdravih prirodnih zubi nakon što osoba postane osigurana planom; ili
- (b) zamjena se odvija nakon 12 mjeseci od dana nakon što pojedinac postane osiguran planu, a postojeće proteze su stare najmanje pet godina i više se ne mogu koristiti.

ORTODONTSKE STOMATOLOŠKE USLUGE

Samo je uzdržavano dijete mlađe od 19 godina osigurano u slučaju ortodontskih usluga. Osiguranje obuhvaća dijagnozu i korekciju nepravilnosti zuba i loše okluzije čeljusti, primjenom žica, ortodontskih aparata ili drugim mehaničkim pomagalicama, uobičajeno poznatim kao „ravnanje zuba”. To obuhvaća i aktivne čuvare prostora ili ortodontske uređaje koji se koriste za premještanje ili pomicanje zuba.

Ortodontske se naknade plaćaju samo ako je liječenje potrebno za vertikalni prijeklop od najmanje četiri milimetra, križni zagriz ili protruzivni ili retruzivni odnos najmanje jedne čašice. Plan ortodontske predobrade mora se dostaviti Uredu za upravljanje planom i vratiti stomatologu uz naznaku procijenjenih naknada koje se plaćaju u okviru plana prije početka liječenja.

„Plan ortodontske predobrade” predstavlja izvješće na obrascu koji ispunjava uvjete plana koji opisuje preporučenu vrstu i trajanje liječenja, daje procjenu troškova i uz njega su priloženi cefalometrijski rendgenski snimci, probni modeli i drugi prateći dokazi predloženog liječenja.

Isplata naknada vrši se nakon odobrenja ortodontskog plana za predobradu od Ureda za administraciju plana i započinje liječenje.

U svakom slučaju sljedeći ortodontski troškovi ne ispunjavaju uvjete za naknadu:

1. naknade za postupak za koji je postavljen aktivni uređaj prije nego što je osigurana osoba postala osigurana planom; i
2. sve troškove nastale dok osiguranje osobe nije bilo na snazi. Ako se naknada isplaćuje po prekidu osiguranja za bilo koji ortodontski postupak koji je započeo dok je pokriven planom, one se nastavlja isplaćivati za troškove nastale tijekom 90 dana

nakon datuma prekida osiguranja. Oralni pregledi, dentalna profilaksa ili dijagnostički rendgenski snimci ne smatraju se početkom postupka ili nizom liječenja.

ISKLUČENJA I OGRANIČENJA STOMATOLOŠKIH USLUGA

Isplata naknade za stomatološke usluge neće vrši se za bilo koji postupak ni za bilo kakvu ozljedu ili zubnu bolest za koju je osiguranoj osobi bilo savjetovano da se liječi ili za koju je liječenje započelo prije nego što je ta osoba dobila osiguranje za predmetni stomatološki zahvat.

Isplate naknade za stomatološke usluge ne vrši se za bilo koji stomatološki zahvat povezan sa zubima koji su izvađeni, izgubljeni ili slomljeni prije nego što osoba postane osigurana za taj postupak osim za zamjenu uređaja kao što je izričito navedeno pod Troškovima stomatoloških usluga koji ispunjavaju uvjete za naknadu.

Plaćanje se ne vrši za početno postavljanje ili dodatak protetskih pomagala osim ako je takvo postavljanje ili dopuna potrebna prvenstveno zbog zuba koji su izgubljeni, izvađeni ili slomljeni nakon početka osiguranja u okviru plana.

Osim prethodno navedenih ograničenja i izuzimanja planom se ne obuhvaća nikakva isplata za zubarske naknade za sljedeće:

1. usluge ili pribor prvenstveno namijenjene kozmetičkoj stomatologiji;
2. usluge ili pribor koje ne isporučuje ovlašteni zubar, zubni tehničar ili ortodont koji djeluju u okviru svoje licence;
3. troškove za ozljede nastale kao posljedica rata, nereda, pobune ili sudjelovanja u kaznenom djelu;
4. sve ostale troškove kao što su savjetovanje ili upute, putovanje, neodržani liječnički termini, troškovi komunikacije ili popunjavanje obrazaca;
5. bilo kakve troškove koji proizlaze iz namjernog samoozljeđivanja;
6. bilo koje usluge obuhvaćene, u cijelosti ili djelomično, bilo kojim pokrajinskim planom zdravstvene zaštite, uslugama za koje se ne naplaćuje nikakva naknada, ili uslugama koje zakon ne dopušta da budu osigurane planom;
7. bilo koju naknadu za usluge koje inače ne bi bile ostvarene da ovo osiguranje ne postoji ili usluge koje se ne naplaćuju;
8. bilo koje bolničke naknade za boravak i pansion te srodne usluge i pribor;
9. stomatološke preglede koje zahtijeva treća strana;
10. dijagnostičke postupke u vezi sa svim kategorijama naknada koje su isključene kao troškovi koji ispunjavaju uvjete za naknadu;
11. usluge ili pribor za implantologiju;
12. usluge ili pribor koji nisu medicinski potrebne za njegu i liječenje postojećih ozljeda ili bolesti ili onih na koje se sumnja;

13. za troškove nastale kao posljedica prometne nezgode smatra se da ispunjavaju uvjete za naknadu tek nakon što se prvo dostave vašem osiguravatelju automobila (sukladno važećim propisima).

PROŠIRENJE OSIGURANJA ZA ODREĐENE STOMATOLOŠKE POSTUPKE

Nikakva se isplata ne vrši za troškove nastale nakon prekida plana ili ove naknade ili nakon prestanka osiguranja osigurane osobe u okviru ove naknade za stomatološku skrb, s iznimkom dovršenja postavljanja proteza ili stomatoloških troškova povezanih s protezom, mostom ili krunicama za koje je uzet otisak ili je započela terapija korijenskog kanala, u roku od 30 dana od završetka pokrića pod uvjetom da je otisak snimljen prije završetka te da je trošak osiguran planom.

PRODUŽENJE OSIGURANJA STOMATOLOŠKE SKRBI ZA UZDRŽAVANE OSOBE PREMINULOG KORISNIKA PLANA

Nakon smrti korisnika plana koji ispunjava uvjete uzdržavane osobe koje ispunjavaju uvjete (bračni drug i djeca) i dalje su osigurane za naknadu za stomatološku skrb tijekom 30 mjeseci. To razdoblje započinje nakon što se isprazni račun Dolarske banke korisnika plana. Nikakve premije ili doprinosi nisu potrebni tijekom ovog razdoblja produženja pogodnosti za članove obitelji preminulog korisnika plana.

PREKID OSIGURANJA ZA STOMATOLOŠKU SKRB

Pogodnost stomatoloških usluga korisnika plana prestaje na dan umirovljenja korisnika plana i iscrpljenja iznosa na njegovom računu u Dolarskoj banci. Osiguranje korisnika plana i njegovih uzdržavanih osoba također se prekida kao što je ranije opisano u poglavlju **Informacije o ispunjavanju uvjeta** u ovoj knjižici.

POTREBNI DOKUMENTI UZ OBRAZAC ZAHTJEVA ZA NAKNADU ZA STOMATOLOŠKU SKRB

Nikakva se naknada ne isplaćuje korisniku plana ako popunjeni obrazac zahtjeva i svi drugi potrebni dokumenti nisu dostavljeni uredu za upravljanje planom i/ili planu u roku određenom za podnošenje zahtjeva. Pročitajte odredbe o **roku za podnošenje zahtjeva** u poglavlju **Opća pravila i odredbe plana** u ovoj knjižici.

Za karticu pogodnosti i / ili mrežnu prijavu nije potreban obrazac zahtjeva. Od korisnika plana može se zatražiti da dostave račune Uredu za upravljanje planom za one zahtjeve koji se podnose elektroničkim putem. Ove nasumične revizije jamče zaštitu plana. Stoga morate čuvati račune 13 mjeseci.

POGODNOST PROGRAMA POMOĆI KORISNICIMA (MAP)

Program pomoći članovima (MAP) predstavlja povjerljivo savjetovanje, pružanje informacija, savjeta i izdavanje uputnica koje su dostupne korisnicima plana i uzdržavanim osobama koje ispunjavaju uvjete. Usluge savjetovanja pružaju se unutar Programa pomoći zaposlenicima za

obiteljske usluge (**FSEAP**). Osigurana osoba može se obratiti u FSEAP 24 sata na dan, svaki dan u godini izravno pozivom na broj **1-800-668-9920**. Za uslugu TTY nazovite 1-888-234-0414.

S vremena na vrijeme mnogi ljudi postaju preplavljeni osobnim brigama i svakodnevnim stresom života. Kad god se pojavi kriza ili hitna situacija i/ili kad god je potrebna hitna pomoć, do profesionalnih savjetnici FSEAP-a možete doći jednim telefonskim pozivom.

Međutim ne smatraju se hitnim slučajem sve stresne situacije svakodnevnog života. Korisnici plana i njihove uzdržavane osobe mogu odlučiti razgovarati sa savjetnikom programa FSEAP o raznim svakodnevnim osobnim pitanjima kao što su tjeskoba, depresija, problemi s vezama, ovisnost (uključujući alkohol i kockanje), ili dobiti podršku ili informacije o potrebama pružanja skrbi, brizi za djecu, pitanjima povezanim s poslom, prestanku pušenja, gubitku težine, prehranbenim i dijetetskim potrebama, ili čak pravnoj ili financijskoj pomoći.

Pozivatelji se odmah povezuju s kvalificiranim savjetnikom programa FSEAP koji može pružiti pomoć ili organizirati sastanak uživo. U okviru programa FSEAP pruža povjerljivo savjetovanje diljem Kanade i SAD-a. Osoblje programa FSEAP uključuje iskusne socijalne radnike i psihologe. Ako je potrebno dugoročno ili specijalizirano savjetovanje, savjetnik programa FSEAP pomaže vam u upućivanju na drugi resurs unutar vaše zajednice. Ova preporuka može uključivati naknadu. Dodatne informacije dostupne su vam na mreži na adresi:

- **www.myfseap.com**
- Prijava pomoću naziva grupe: **toloc27map**
- Lozinka: **myfseap1**

SAŽETAK PRUŽENIH USLUGA

Program pomoći članovima pruža izravan pristup iskusnim profesionalnim savjetnicima programa FSEAP koji mogu pomoći u pronalaženju odgovarajućih odgovora i usluga. U nastavku su navedena samo neka područja povjerljive pomoći koja je dostupna unutar programa FSEAP:

- Osobni ili poslovni stres
- Problemi u odnosima
- Depresija ili anksioznost
- Ovisnosti (uključujući alkohol, zlouporabu supstanci i kockanje)
- Razdvajanje i razvod
- Izazovi roditeljstva
- Briga o starijima i briga o djeci
- Uravnoteženje radnog života i obiteljskog života
- Financijska i pravna pomoć
- Konzultacije o prehrani, dijeti i mršavljenju

- Prestanak pušenja
- Savjetovanje u žalovanju

PRESTANAK NAKNADE ZA SLUŽENJE PROGRAMOM POMOĆI KORISNICIMA

Pogodnost Programa pomoći članovima prestaje na dan umirovljenja korisnika plana i iscrpljenja iznosa na njegovu računu Dolarske banke. Osiguranje korisnika plana i njegovih uzdržanih osoba također se prekida kao što je ranije opisano u poglavlju **Informacije o ispunjavanju uvjeta** u ovoj knjižici.

NAKNADA ZA ŽALOVANJE / RODITELJSKI DOPUST

Naknada za žalovanje / roditeljski dopust ima za cilj pružiti korisnicima plana neku financijsku pomoć tijekom odsutnosti s posla zbog određenih životnih događaja.

Naknada se za roditeljski dopust za žalovanje samostalno financira. Pravila o ispunjavanju uvjeta i pravila o prekidu jednaka su pravilima Plana zdravstvene zaštite i dobrobiti. Da bi imao pravo na povlastice, korisnik plana također mora biti član Lokalne podružnice sindikata 27 ili 1030 koji podmiruje obveze.

NAKNADA ZA ŽALOVANJE

U slučaju nesretnog slučaja smrti člana obitelji korisnik plan ima pravo na primitak naknade za žalovanje prema planu pod uvjetom da je korisnik plana bio na radu dan prije gubitka. Samo korisnici plana imaju pravo na ovu naknadu. Uzdržavane osobe korisnika ne ispunjavaju uvjete za ovu naknadu.

TKO ISPUNJAVA UVJETE DA BI SE SMATRAO "ČLANOM OBITELJI"

U svrhu naknade za smrt u planu plan definira člana obitelji koji ispunjava uvjete kao osobu s kojom prema korisniku plana ima sljedeće odnose:

- Bračni drug
- Dijete, uključujući supružnike djece
- Roditelji, uključujući roditelje supružnika
- Baka ili djed
- Brat, uključujući braću supružnika
- Sestra, uključujući sestre supružnika

NAKNADA ZA RODITELJSKI DOPUST

Ako korisnik plana roditelj novorođenog djeteta, korisnik plana ispunjava uvjete za primanje naknade za roditeljski dopust plana pod uvjetom da je korisnik plana bio na radu dan prije rođenja djeteta i da je korisnik plana odsutan s posla odmah nakon rođenja djeteta. Samo

korisnici plana imaju pravo na ovu naknadu. Uzdržavane osobe korisnika ne ispunjavaju uvjete za ovu naknadu.

IZNOS NAKNADE

Naknada za žalovanje i roditeljski dopust iznosi najviše 150 dolara dnevno, a najviše do tri radna dana. Naknada se ne isplaćuje za subotu ili nedjelju. Naknade se isplaćuju od prvog dana izgubljene zarade, pod uvjetom da je korisnik plana bio na poslu dan prije gubitka ili rođenja. Ne plaća se naknada za izgubljeno vrijeme nakon pogreba osim ako korisnik plana ne mora putovati u svrhu sudjelovanja na pogrebu.

OPOREZIVOST ISPLATE NAKNADE

Naknada za žalovanje i roditeljska naknada oporezivi su dohodak korisnika plana u kalendarskoj godini u kojoj je plaćena.

U veljači svake godine korisnik plana koji je primio jednu ili više isplata naknade u prethodnoj kalendarskoj godini prima službeni porezni obrazac iz plana na kojem je naveden ukupan iznos isplata naknade isplaćenih korisniku plana u prethodnoj kalendarskoj godini.

Svaka isplata naknade isplaćena korisniku plana (prikazana na službenom poreznom obrascu) mora se navesti u godišnjoj prijavi poreza na dohodak korisnika plana.

KAKO SE ZAHTIJEVAJU POTRAŽIVANJA IZ PLANA

Da bi podnio zahtjev za naknadu za žalovanje ili roditeljski dopust, korisnik plana mora ispuniti odgovarajući obrazac zahtjeva i dostaviti dovoljno dokaza o gubitku, uključujući:

- pismo poslodavca ili lokalne podružnice sindikata u kojem se navodi da je korisnik plana radio, posljednjeg radnog te dane u kojima korisnik plana nije radio uz potvrdu uzroka izostanka
- potvrdu o smrti ili izjavu pogrebnog upravitelja (u slučaju naknade za žalovanje)
- izvorni rodni list za novorođeno dijete (u slučaju naknade za roditeljski dopust)

Obrasci zahtjeva dostupni su u Uredu za upravljanje planom ili na mreži s mrežnog mjesta korisnika plana.

Zahtjevi s osnove naknade za žalovanje ili roditeljskog dopusta moraju se podnijeti u roku od 12 mjeseci od datuma odgovarajućeg događaja. Kasniji zahtjevi neće biti plaćeni.

PREKID NAKNADE ZA ŽALOVANJE / RODITELJSKOG DOPUSTA

Naknade za žalovanje / roditeljski dopust korisnika plana prestaje na dan umirovljenja korisnika plana i iscrpljenja iznosa na njegovom računu Dolarske banci. Osiguranje korisnika plana i njegovih uzdržavanih osoba također se prekida kao što je ranije opisano u poglavlju **Informacije o ispunjavanju uvjeta** u ovoj knjižici.

PLAN BONUSA ZA PRODUKTIVNOST

PREGLED PLANA

Plan o produktivnosti Lokalne podružnice 27 sindikata Carpenters osigurava korisnicima plana pravo na pogodnosti na bilo koji bonus za produktivnost ostvaren u skladu s važećim kolektivnim ugovorom za Lokalnu podružnicu 27 za svaku godinu naknade. U okviru plana isplaćuje se jedna godišnja isplata bonusa za produktivnost svakog 1. prosinca.

Korisnici plana također imaju mogućnost primanja zasluženog bonusa za produktivnost u drugom trenutku tijekom godine pod uvjetom da zatražena neobvezna isplata nije unutar 30 dana prije ili nakon 1. prosinca.

Sadašnji primjenjivi kolektivni ugovor o radu Lokalne podružnice 27 zahtijeva da svaki ugovorni suradnik / poslodavac uplati doprinos Fondu za produktivnost Odjelu za postavljanje šindre i oblaganje zidova. Doprinos za bonus za produktivnost izražava se kao postotak bruto plaćanja koja se primaju u ime korisnika plana od ugovornog suradnika /poslodavaca koji uplaćuju doprinose. Postotak koji je trenutačno na snazi može se odrediti pregledom važećeg trenutnog kolektivnog ugovora.

ČESTA PITANJA

Sljedeće informacije pružaju odgovore na uobičajena pitanja u vezi s Planom bonusa produktivnosti Lokalne podružnice 27. Ako imate bilo kakvih poteškoća s razumijevanjem pravila Plana produktivnosti ili vašeg prava u okviru plana, Ured za upravljanje planom sa zadovoljstvom vam pomaže odgovoriti na sva pitanja.

Kako funkcionira plan?

Ured za upravljanje planom uspostavlja i održava „račun“ bonusa za produktivnost koji bilježi sve doprinose za bonus produktivnosti primljene u ime svakog korisnika plana od bilo kojeg ugovornog suradnika / poslodavca u okviru primjenjivoga kolektivnog ugovora.

Računi bonusa produktivnosti održavaju se na godišnjoj osnovi od 1. studenog svake godine do 31. listopada sljedeće godine. Oni bilježe doprinose za produktivnost koji su primljeni za rad od mjeseca studenog jedne godine do kraja radnog mjeseca listopada sljedeće godine.

Kako se ulažu doprinosi u fond? Što se događa s bilo kojim kamatnim prihodom?

Odbor povjerenika ulaže doprinose u Fond bonusa za produktivnost u kratkoročne vrijednosne papire. Ova vrsta ulaganja osigurava najbolju kombinaciju prihoda od kamata i minimalnog rizika ulaganja čime se omogućava dostupnost sredstava u kratkom roku u slučaju potrebe. Prihod od kamata rabi se za plaćanje operativnih troškova Plana bonusa za produktivnost i fonda.

Primaju li korisnici plana 100 % svojih doprinosa za produktivni bonus?

Korisnici plana uvijek primaju 100 % svojih doprinosa za bonus za produktivnost koji plaća odgovarajući ugovorni suradnik /poslodavac.

Kako korisnici plana ostvaruju pravo na isplatu bonusa za produktivnost?

U okviru plana vrši se automatska isplata u prosincu svake godine. Prvog prosinca svake godine ili oko tog datuma Ured za upravljanje planom šalje ček u Lokalnu podružnicu sindikata 27 za svakog korisnika plana koji ispunjava uvjete, koji obuhvaća sve bonuse za produktivnost koje plaća odgovarajući ugovorni suradnik / poslodavac za korisnika plana u razdoblju od 12 mjeseci koje završava 31. listopada.

Izvod s računa za bonus za produktivnost korisnika plana za prethodno 12-mjesečno razdoblje dobiva se zajedno s čekom bonusa za produktivnost koji iskazuje mjesečne doprinose primljene na ime korisnika plana i ugovornog suradnika / poslodavca koji ih je uplatio. Planom se naplaćuje administrativna naknada za svaki izdani bonus za produktivnost, kako je utvrđuje Odbor.

Može li se bonus produktivnosti isplatiti prije prosinca?

Korisnici plana imaju mogućnost primiti jedan dodatni bonus za produktivnost koji se isplaćuje svake godine. Da bi zatražio ovu neobveznu isplatu, korisnik plana mora ispuniti Zahtjev za isplatu bonusa za produktivnost koji je dostupan u Uredu za upravljanje planom.

Plan ne predviđa dodatne isplate od 30 dana prije ili poslije 1. prosinca (dodatne isplate ne izvršavaju se iz plana između 1. studenoga i 1. siječnja sljedeće godine.) Isplate se ne vrše tijekom tog razdoblja jer je plan u postupku automatske isplate godišnje naknade. Planom se naplaćuje administrativna naknada za svaki dodatno izdani bonus za produktivnost, kako je utvrđuje Odbor.

Može li se izgubljen ili zastario ček bonusa za produktivnost ponovno izdati?

Ako je korisnik plana izgubio ček bonusa za produktivnost ili ako on zastari, Ured za upravljanje planom može ponovno izdati plaćanje na zahtjev. Planom se naplaćuje administrativna naknada za svaki dodatno izdani ček, kako je utvrđuje Odbor.

Je li bonus za produktivnost podložan porezu na dohodak?

Svaka isplata bonusa za produktivnost isplaćena korisniku plana smatra se oporezivim dohotkom korisnika plana u kalendarskoj godini u kojoj je primljena u skladu s kanadskim poreznim propisima.

U veljači svake godine korisnik plana koji je primio jednu ili više isplata naknade bonusa za produktivnost u prethodnoj kalendarskoj godini prima službeni porezni obrazac iz plana na kojem je naveden ukupan iznos isplata naknade bonusa za produktivnost isplaćenih korisniku plana u prethodnoj kalendarskoj godini.

PLAN PLAĆENOG DOPUSTA

PREGLED PLANA

Plan plaćenog dopusta Lokalne podružnice 1030 sindikata Carpenters pruža korisnicima plana pravo na pogodnosti na bilo koji plaćeni dopust ostvaren u skladu s važećim kolektivnim ugovorom za Lokalnu podružnicu 1030 za svaku godinu naknade. Plan obuhvaća jednu redovitu godišnju isplatu plaćenog dopusta svakog 1. studenog.

Korisnici plana također imaju mogućnost primanja zaslužene naknade za plaćeni dopust u jednom drugom razdoblju pod uvjetom da zatražena neobvezna uplata nije unutar 60 dana prije ili nakon 1. studenog.

Trenutni kolektivni ugovor Lokalne podružnice 1030 zahtijeva da svaki ugovorni suradnik / poslodavac uplati doprinos u Fond plaćenog dopusta Lokalne podružnice 1030 sindikata Carpenters. Doprinos za plaćeni dopust izražava se kao postotak bruto plaćanja koja se primaju u ime korisnika plana od ugovornih suradnika /poslodavaca koji uplaćuju doprinose.

Postotak koji je trenutačno na snazi može se odrediti pregledom važećeg trenutnog kolektivnog ugovora.

ČESTA PITANJA

Sljedeće informacije pružaju odgovore na uobičajena pitanja u vezi s Planom plaćenog dopusta Lokalne podružnice 1030. Ako imate bilo kakvih poteškoća s razumijevanjem pravila Plana plaćenog dopusta ili vašeg prava iz plana, Ured za upravljanje planom sa zadovoljstvom vam pomaže odgovoriti na sva pitanja.

Kako funkcionira plan plaćenog dopusta?

Ured za upravljanje planom uspostavlja i održava „račun” plaćenog dopusta koji bilježi sve doprinose za plaćeni dopust primljene u ime svakog korisnika plana od bilo kojeg poslodavca / ugovornog suradnika koji je potpisnik primjenjivoga kolektivnog ugovora.

Ti računi za plaćeni dopust održavaju se na godišnjoj osnovi od 1. rujna svake godine do 31. kolovoza sljedeće godine, bilježeći doprinose za plaćeni dopust primljene u odnosu na radni mjesec rujna jedne godine do kraja mjeseca kolovoza sljedeće godine.

Kako se ulažu doprinosi u Fond za plaćeni dopust?

Odbor povjerenika ulaže doprinose u Fond za plaćeni dopust u kratkoročne vrijednosne papire. Ova vrsta ulaganja pruža najbolju kombinaciju prihoda od kamata i minimalnog rizika ulaganja, čime se omogućava dostupnost sredstava u kratkom roku u slučaju potrebe. Prihod od kamata koristi se za plaćanje operativnih troškova Plana plaćenog dopusta i fonda.

Primaju li korisnici plana 100 % svojih doprinosa za plaćeni dopust?

Korisnici plana uvijek primaju 100 % doprinosa za plaćeni dopust koji im pripadaju pod uvjetom da je primjenjivi poslodavac/ ugovorni suradnik uplatio sve uplaćene doprinose za plaćeni dopust u ime korisnika plana u Fond za plaćeni dopust.

Kako korisnici plana ostvaruju pravo na isplatu za plaćeni dopust?

U okviru plana vrši se automatska isplata u prosincu svake godine. Prvog studenog svake godine ili oko tog datuma Ured za upravljanje planom šalje ček u Lokalnu podružnicu sindikata 1030 za svakog korisnika plana koji ispunjava uvjete, koji uključuje sve plaćene dopuste koje korisnik plana zaradi i koji se u ime korisnika plana uplati za razdoblje razdoblju od 12 mjeseci koje završava 31. kolovoza.

Izvod s računa za plaćeni dopust za prethodno 12-mjesečno razdoblje prima se zajedno s čekom koji iskazuje mjesečne doprinose primljene u ime korisnika plana i poslodavca / ugovornog suradnika koji ih je uplatio.

Može li se pravo na isplatu za plaćeni dopust ostvariti prije godišnjeg plaćanja u studenom?

Korisnici plana imaju mogućnost primiti jedan dodatni iznos za plaćeni dopust koji se isplaćuje svake godine. Da bi zatražio ovu neobveznu isplatu, korisnik plana mora ispuniti Zahtjev za isplatu plaćenog dopusta koji je dostupan u Ured za upravljanje planom.

Plan ne predviđa dodatne isplate od 60 dana prije ili poslije 1. studenog (dodatne isplate ne izvršavaju se iz plana između 1. rujna i 1. veljače sljedeće godine.) Isplate se ne vrše tijekom tog razdoblja jer je plan u postupku automatske isplate godišnje naknade.

Može li se izgubljen ili zastario ček za plaćeni dopust ponovno izdati?

Ako je korisnik plana izgubio ček plaćenog dopusta ili ako on zastari, Ured za upravljanje planom može ponovno izdati plaćanje na zahtjev.

Postoje li naknade za ostvarivanje prava na isplatu plaćenog dopusta?

Administracijska naknada, koju su utvrdili povjerenici, primjenjuje se na sve isplate za plaćeni dopust.

Je li isplata plaćenog dopusta podložna porezu na dohodak?

Svaka isplata plaćenog dopusta isplaćena korisniku plana smatra se oporezivim dohotkom korisnika plana u kalendarskoj godini u kojoj je primljena u skladu s kanadskim poreznim propisima.

U veljači svake godine korisnik plana koji je primio jednu ili više isplata naknade plaćenog dopusta u prethodnoj kalendarskoj godini prima službeni porezni obrazac iz plana na kojem je naveden ukupan iznos isplata naknade isplaćenih korisniku plana u prethodnoj kalendarskoj godini.

PLAN PRAVNIH USLUGA

Namjera je Plana pravnih usluga pružiti korisnicima plana financijsku pomoć za niz uobičajenih općih pravnih usluga.

RASPORED OSIGURANIH USLUGA

Naknade Plana pravnih usluga nisu namijenjene osiguranju punih troškova pravnih usluga koje može pružiti odvjetnik. Raspored u nastavku označava maksimalnu naknadu koja se plaća za pravne usluge obuhvaćene planom.

Priroda, opseg i količina pruženih pravnih usluga pitanje je koje se mora riješiti između korisnika plana i odvjetnika korisnika plana. Plan pravnih usluga, Fond za pravne usluge i Odbor povjerenika ne prihvaćaju nikakvu odgovornost za utvrđivanje razumnih pravnih troškova, ishoda pravne usluge ili plaćanja bilo kakve pravne pristojbe koje izlaze izvan opsega Rasporeda osiguranih usluga, a koje je izvršio korisnik plana.

Raspored osiguranih usluga

Vrsta pravne usluge

Maksimum Godišnja naknada

Oporuka – odvojeno za korisnika plana ili bračnog druga	100,00 dolara
Oporuka – zajedno za korisnika plana ili bračnog druga	150,00 dolara
Kodicil – odvojeno za korisnika plana ili bračnog druga	50,00 dolara
Kodicil – zajedno za korisnika plana ili bračnog druga	60,00 dolara
Sudska potvrda oporuke – Korisnik plana ili bračni drug*	250,00 dolara
Kupnja, prodaja ili hipoteka na glavno prebivalište korisnika plana	500,00 dolara
Obnova / ukidanje hipoteke na glavnom prebivalištu korisnika plana	50,00 dolara
Priprema / pregled najma za glavno prebivalište korisnika plana	60,00 dolara
Priprema punomoći za korisnika plana ili supružnika	60,00 dolara
Postupak posvajanja djeteta koji se provodi za korisnika plana:	250,00 dolara
Prekršaji prema Zakonu o prometu autocestama	300,00 dolara

**ili upravljanje takvom imovinom ako nema oporuke*

UKUPNA MAKSIMALNA GODIŠNJA NAKNADA U KALENDARSKOJ GODINI

Osim maksimalnog godišnjeg doprinosa koji se naplaćuje, navedenog u prethodno navedenom rasporedu osiguranih usluga, u okviru plana postoji i ukupna maksimalna godišnja naknada za sve specificirane pravne usluge kombinirane u kalendarскоj godini kako slijedi.

Prva kalendarska godina članstva u planu 400,00 dolara

Druga/sljedeća kalendarska godina od članstva u Planu 1000,00 dolara

Kalendarska je godina razdoblje od 12 mjeseci koje počinje 1. siječnja, a završava 31. prosinca.

U skladu s ukupnom maksimalnom godišnjom pogodnošću za kalendarsku godinu, korisnik plana može tražiti naknadu troškova za svaku vrstu pravne usluge opisane u rasporedu usluga osiguranih jednom u svakoj kalendarskoj godini. Ukupna maksimalna godišnja naknada za kalendarsku godinu uključuje sve iznose plaćene u ime pravnih usluga za uzdržavane osobe korisnika plana.

ODABIR ODVJETNIKA

Korisnici plana biraju svog odvjetnika. Plan pravnih usluga ne pruža pravne savjete niti preporučuje odvjetnike. Plan pravnih usluga zahtijeva da odabrani odvjetnik ima odgovarajuću licenciju za bavljenje odvjetništvom u pokrajini Ontario. Za upućivanje na odvjetnika korisnik plana može se obratiti Udruženju pravnika Gornje Kanade na (416) 947-3300.

Sva pravna pitanja strogo se tiču korisnika plana i odabranog odvjetnika korisnika plana, kao i pravnih troškova koje će naplatiti odvjetnik. Povjerenici neće davati nikakvo mišljenje o vrsti ili kvaliteti pravnih usluga koje odvjetnik pruža bilo kojem članu plana.

KAKO PODNOSITI ZAHTEJEVE

Za podnošenje zahtjeva za povrat sredstava prema Planu pravnih usluga obratite se u Ured za upravljanje planom. Oni će dostaviti odgovarajući obrazac zahtjeva koji mora ispuniti korisnik plana. Korisnik plana mora dostaviti puni račun odabranog odvjetnika za pružene usluge za koje se naknada zahtijeva, uključujući:

- pojedinosti o pruženim pravnim uslugama
- datum pružanja pravnih usluga
- vrijeme dodijeljeno za svaku pruženu pravnu uslugu
- ukupnu naknadu za svaku pruženu pravnu uslugu

Za potraživanja za nastale pravne troškove smatra se da ispunjavaju uvjete za naknadu tek kada odvjetnik dovrši pružanje pravne usluge završi.

Zahtjevi s osnove pravnih usluga moraju se podnijeti u roku od 180 dana od dana nastanka troškova. Zakašnjeli se zahtjevi ne plaćaju.

Plaćanja u okviru Plana pravnih usluga vrše se samo za korisnike. Iz plana se nikome ne vrše isplate, uključujući odvjetnike ili odvjetničke urede.

OPOREZIVOST NAKNADA

Svaka isplata naknade za pravne usluge isplaćena korisniku plana smatra se oporezivim dohotkom korisnika plana u kalendarskoj godini u kojoj je primljena u skladu s kanadskim poreznim propisima. U veljači svake godine korisnik plana koji je primio jednu ili više isplata naknade za pravne usluge u prethodnoj kalendarskoj godini prima službeni porezni obrazac iz

plana na kojem je naveden ukupan iznos isplata korisniku plana u prethodnoj kalendarskoj godini.

OPĆA PRAVILA I ODREDBE PLANA

IZJAVA O POLITICI PRIVATNOSTI

Rezidencijalni plan zdravstvene zaštite i dobrobiti sindikata Carpenters (i njegove osiguravatelje i pružatelje usluga gdje je to primjenjivo), Plan o žalovanju / roditeljskom dopustu, Plan plaćenog dopusta, i Plan pravnih usluga ("Planovi") prikupljat će održavati i priopćiti samo one osobne podatke koji se smatraju nužnima za upravljanje ovim planovima. Osobni podaci bit će zaštićeni u skladu s važećim zakonodavstvom.

Planovi mogu rabiti i razmjenjivati osobne podatke s relevantnim osobama ili organizacijama (npr. sindikatima, zdravstvenim profesionalnim radnicima, financijskim institucijama, istražnim agencijama, osiguravateljima, reosiguravateljima, regulatorima, pravnim savjetnicima itd.) kako bi upravljali planovima i svim pravima na prednosti planova.

Pitanja povezana s politikom privatnosti planova trebaju biti upućena Uredu za upravljanje planom.

IMENOVANI UŽIVATELJ

Korisnik plana ima pravo imenovati (ili promijeniti) određenog korisnika na kartici s informacijama o članovima kao što je opisano u odjeljku opisa životnog osiguranja u ovoj knjižici. Podrazumijeva se da će se imenovani uživatelj u skladu s policama osiguranja plana priznati kao imenovani uživatelj polica, osim ako nije provedeno dodatno imenovanje kojim se specifično identificira polica ili police. U nedostatku takvog imenovanja sve pogodnosti isplaćuju se osiguranoj osobi.

Sva ostala obeštećenja po polici isplaćuju se korisniku plana. Korisnik plana može promijeniti svog imenovanog uživatelja u bilo kojem trenutku u slučajevima u kojima je to dopušteno zakonom. Plan i osiguravatelji ne preuzimaju odgovornost za valjanost takvog imenovanja ili promjene uživatelja. Korisnici plana trebaju povremeno pregledati svoju postojeće imenovanje korisnika kako bi osigurali da odražava trenutnu namjeru.

KAKO PODNIJETI ZAHTEJ ZA PLAN

Kada korisniku plana ili uzdržavanoj osobi koja ispunjava uvjete nastanu troškovi koji ispunjavaju uvjete za naknadu, a koji su osigurani jednom od pogodnosti plana, zahtjev za naknadu mora se podnijeti planu. Većina zahtjeva može se podnijeti na različite načine, ali svi zahtjevi moraju biti dostavljeni na ispravan način, sa svim potrebnim dokumentima i prije roka za podnošenje zahtjeva.

Zahtjevi se mogu podnijeti:

- **Upotrebom kartice pogodnosti plana u ljekarni, zdravstvenoj ustanovi ili stomatološkoj ordinaciji**
- **Mrežnom prijavom na Green Shield Canada na adresi benefits@carpentersresidential.ca**
- **Slanjem elektroničke pošte Uredu za upravljanje Planom na adresi benefits@carpentersresidential.ca**
- **Faksom Uredu za upravljanje planom na broj 1-905-946-2535**
- **Osobno ili poštom u Ured za upravljanje planom na adresi**

**Carpenters' Residential Benefit Plans
45 McIntosh Drive
Markham ON
L3R 8C7**

Troškovi dopunske zdravstvene zaštite i stomatologa koji ispunjavaju uvjete za naknadu mogu se zatražiti s pomoću Kartice pogodnosti plana. Ti se zahtjevi također mogu podnijeti na mreži društvu Green Shield Canada slijedeći upute u Paketu dobrodošlice koje se dostavljaju novim korisnicima plana prilikom primanja njihove kartice. Od korisnika plana može se zatražiti da dostave račune Uredu za upravljanje planom za one zahtjeve koji se podnose elektroničkim putem. Ove nasumične revizije jamče zaštitu plana. Stoga morate čuvati račune 13 mjeseci.

Zahtjevi s osnove troškova hitne pomoći na putovanju mogu se podnijeti ili izravno upravitelju plana (ako su manji od 200 dolara) ili pozivom na telefonski broj za pomoć u slučaju nužde na poledini kartice pogodnosti.

Osim toga za bilo koju drugu vrstu zahtjeva korisnici plana mogu se obratiti Uredu za upravljanje planom koji tada dostavlja potrebne obrasce za potraživanje i pomoć za ispunjavanje i podnošenje zahtjeva prema planu ili osiguravatelju prema potrebi. Kako bi brzo obradili zahtjeve, svi obrasci zahtjeva moraju biti popunjeni potpuno i jasno te naznačiti sljedeće informacije:

- puno ime i prezime, adresu stanovanja i datum rođenja podnositelja zahtjeva;
- puno ime i prezime, adresu stanovanja i datum rođenja korisnika plana;
- identifikacijski broj korisnika plana;
- broj police osiguranja Manulife Financial 10042 (ranije broj police 10077 i 901202) za zahtjeve s osnove životnog osiguranja, životnog osiguranja uzdržanih osoba i dugotrajne onesposobljenosti;
- Green Shield Canada Travel Assist Group broj 4932, identifikacijski broj korisnika plana i broj kartice pokrajinskog plana zdravstvene zaštite za zahtjeve s osnove hitne pomoći na putovanju;

- broj police CHUBB Life Insurance Company of Canada AB10403501 (za zahtjeve AD&D i zahtjeve s osnove kritičnih bolesti.

Sve zahtjeve (s obrascima zahtjeva, originalnim potvrdama i svim ostalim potrebnim dokumentima) potrebno je dostaviti putem interneta ili Ured za upravljanje planom što je prije moguće.

Ozbiljnim se prekršajem smatra podnošenje zahtjeva za isplatu troškova u okviru plana koji s pravom pripadaju drugoj strani ili za trošak za koji nije bilo gubitka. Primjerice, zahtjevi za troškove zbog bolesti ili onesposobljenost koji se odnose na rad moraju se podnijeti Odboru za osiguranje zaštite radnika. Ozbiljan prekršaj predstavlja i lažan prikaz ispunjavanja uvjeta uzdržavanih osoba.

Povjerenici poduzimaju mjere kako bi povratili sva sredstva koja su isplaćena korisniku plana ili pružatelju usluga ili materijala ako su pružene lažne informacije ili iskazane lažne tvrdnje. Povjerenici mogu ukinuti sve pogodnosti korisnika plana koji je namjerno podnio neprimjerene ili prijevarne zahtjeve te pružio netočne ili obmanjujuće informacije u okviru plana.

ROKOVI ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA

Svi zahtjevi koji se podnose Uredu za upravljanje planom i / ili osiguravatelju za naknadu moraju se podnijeti prije roka za podnošenje zahtjeva.

Za zahtjeve koje plan i/ili osiguravatelj plana ne zaprime u propisanim rokovima smatra se da ne ispunjavaju uvjete da bi se o njima odlučivalo. Stoga se preporučuje da se svi zahtjevi podnesu što je prije moguće nakon nastanka troškova ili gubitka.

POGODNOST

ROK ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA

Životno osiguranje	u roku od 12 mjeseci od datuma smrti
Životno osiguranje uzdržavane osobe	u roku od 12 mjeseci od datuma smrti
Slučajna smrt i gubitak uda	u roku od 30 dana od datuma nezgode
Tjedno obeštećenje	u roku od šest mjeseci od datuma nastupa onesposobljenosti
Dugotrajna onesposobljenost	u roku od šest mjeseci nakon završetka prvog mjeseca od kvalifikacijskog razdoblja onesposobljenosti
Dopunska zdravstvena zaštita	u roku od 12 mjeseci od datuma nastanka troška
Hitna pomoć na putovanju	u roku od 48 mjeseci od datuma nastanka troška
Stomatološka njega	u roku od 12 mjeseci od datuma nastanka troška
Program pomoći korisniku	nije primjenjivo

Žalovanje / roditeljski dopust

u roku od 12 mjeseci od datuma događaja

Plan pravnih usluga

u roku od 180 dana od datuma rashoda

Plan za bonus produktivnosti

nije primjenjivo

Plan plaćenog dopusta

nije primjenjivo

Nepružanje obavijesti ili propust pri dostavljanju dokaza za potraživanje u prethodno navedenim rokovima podnošenja zahtjeva i kako je opisano u ovoj knjižici ne poništava zahtjev ako su obavijest ili dokaz razumno dostavljeni što je prije moguće i ako se pokaže da nije razumno moguće pružiti obavijest ili dostaviti dokaz u roku propisanom za podnošenje zahtjeva. Ni pod kojim uvjetima osiguravatelj ili plan ne prihvaćaju zahtjev nakon jedne (1) godine.

U slučaju prestanka ispunjavanja uvjeta za korisnika plana ili ako je naknada prekinuta u skladu s planom ili ako su police osiguranja prekinute, zahtjev se mora podnijeti u roku od 90 dana nakon datuma raskida, s izuzetkom naknada AD&D i naknada za kritičnu bolest, čiji rok ostaje 30 dana, i hitne pomoći na putovanju, čiji rok ostaje 48 sati.

PRAVNI KORACI

Korisnik člana ne smije poduzeti pravne radnje protiv osiguravatelja plana ili plana u roku kraćem od 30 dana nakon što je dokaz o gubitku podnesen kao što je navedeno u poglavlju **ROKOVİ ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA** u ovoj Brošuri. Svaki korak ili postupak protiv osiguravatelja plana ili plana za povrat novca koji se plaća prema ovom planu apsolutno je zabranjen osim ako nije započet u vremenskom razdoblju utvrđenom u Zakonu o osiguranju ili primjenjivom zakonu.

Osiguravatelj i plan imaju pravo i mogućnost da pregledaju svaku osobu čija je ozljeda ili bolest osnova zahtjeva, kada i koliko god to razumno može zahtijevati tijekom razdoblja čekanja na odluku i razdoblja plaćanja vezanog za takav zahtjev ako takva razdoblja postoje.

KOORDINACIJA POGODNOSTI (COB)

Naknade za dopunsku zdravstvenu zaštitu, pomoć u slučaju hitne pomoći na putovanju i stomatološke usluge usklađuju se tako da ukupne naknade koje se isplaćuju iz svih dostupnih planova (korisniku plana i/ili uzdržavanim osobama koji ispunjavaju uvjete) ne prelaze 100 % iznosa potraživanih troškova koji ispunjavaju uvjete za naknadu.

U tu svrhu osiguravatelj i plan imaju pravo primati i objavljivati informacije o osiguranju pogodnosti i isplatama naknada te, ako je potrebno, naplatiti sve preplaćene iznose. Postupci podnošenja zahtjeva, koje su dogovorili kanadski zdravstveni osiguravatelji i planovi naknada koji se primjenjuju za koordinaciju isplata naknada prema ovom planu, sljedeći su:

1. ako je trošak nastao korisniku plana, tada se prvo podnosi zahtjev ovom planu. Ako i dalje postoji neplaćeni saldo, onda se podnosi zahtjev prema planu bračnog druga korisnika plana zajedno s objašnjenjem pogodnosti ovog plana kako bi u planu bračnog druga znali koji je iznos već isplaćen iz ovog plana.
2. ako je trošak nastao bračnom drugu korisnika plana, prvo se podnosi zahtjev planu bračnog druga (ako bračni drug sudjeluje u određenom planu). Ako i dalje postoji neplaćeni iznos, onda se podnosi zahtjev prema ovom planu zajedno s objašnjenjem pogodnosti iz plana bračnog druga kako bi u ovom planu znali koji je iznos već isplaćen iz plana bračnog druga.
3. ako uzdržavanom djetetu nastane trošak, prvo se podnosi zahtjev planu koji osigurava roditelja kojem je rođendan ranije u kalendarskoj godini. Ako i dalje postoji neplaćeni iznos, onda se podnosi zahtjev za naknadu neisplaćenog troška drugom planu (drugog roditelja), zajedno s objašnjenjem pogodnosti iz prvog plana tako da drugi plan zna koliko je već isplaćeno prvim planom. Ako bračni drug korisnika plana ne sudjeluje u određenom planu pogodnosti, a zahtjev za naknadom troškova može se podnijeti samo jednom planu, onda se zahtjev podnosi u ovaj plan.
4. Ako su korisnik plana i njegov bračni drug oboje osigurani ovim planom kao korisnici plana, treba priložiti bilješku uz obrazac potraživanja u kojoj se Uredu za upravljanje planom dostavljaju imena članova plana i brojevi certifikata plana (identifikacija korisnika plana). Ured za upravljanje planom na odgovarajući način rješava zahtjev.

Prethodno opisani postupak podnošenja zahtjeva je postupak koordinacije naknada (COB) koji je dogovoren među većinom kanadskih planova skupnog osiguranja. Obratite se Uredu za upravljanje planom ako je potrebno dodatno objašnjenje o tome kako funkcionira postupak koordinacije naknada.

ŽALBE

U slučaju da plan ili osiguravatelj plana utvrde da podneseni zahtjevi za naknadu troškova ne ispunjavaju uvjete za povrat u skladu s planom ili da nisu medicinski potrebni ili da nisu razumni ili uobičajeni, zahtjev (ili njegov dio) odbija se.

Korisnici plana mogu raspravljati o odluci donesenoj u vezi s obradom bilo kojeg zahtjeva podnesenog u plan. Za razgovor o plaćanju ili neplaćanju bilo kojeg zahtjeva podnesenog u plan obratite se Uredu za upravljanje plana.

Ako korisnik plana smatra da postoje posebne okolnosti u vezi s podnesenim zahtjevom i želi da se odluka o bilo kojem podnesenom zahtjevu pregleda ili ponovno razmotri (bez obzira na to je li zahtjev plaćen ili odbijen), treba pisati Odboru povjerenika za brigu o Uredu za upravljanje Planom.

URED ZA UPRAVLJANJE PLANOM

Odbor povjerenika zadržao je upravitelja plana, društvo **Employee Benefit Plan Services Limited**, koje se bavi svakodnevnim pitanjima Rezidencijalnog plana zdravstvene zaštite i dobrobiti sindikata Carpenters, uključujući upravljanje planom i isplatu potraživanja za mnoge pogodnosti plana.

Povjerenici se oslanjaju na iskustvo upravitelja plana u pogledu ispunjavanja uvjeta za pogodnosti plana i utvrđivanja ispunjavaju li podneseni zahtjevi za naknadu troškova uvjete za povrat sredstava.

Korisnici plana mogu se obratiti Uredu za upravljanje planom ako imaju bilo kakvih pitanja o pogodnostima planova ili administrativnim pravilima o tome kako planovi funkcioniraju. Cilj je ureda za upravljanje planom pružanje pomoći korisnicima plana. Upravitelj je plana:

EMPLOYEE BENEFIT PLAN SERVICES LIMITED

45 McIntosh Drive
Markham, Ontario
L3R 8C7

Besplatan poziv: 1-800-263-3564

Tel.: (905) 946-9700

Faks: (905) 946-2535

Adresa elektroničke pošte: benefits@carpentersresidential.ca

www.carpentersresidential.ca

