

PLAN DE SALUD Y BIENESTAR RESIDENCIAL DE CARPENTERS



GUÍA INFORMATIVA PARA MIEMBROS DEL PLAN PLAN INTEGRAL DE BENEFICIOS

ACTUALIZADO AL 1° DE ENERO DE 2019

WWW.CARPENTERSRESIDENTIAL.CA



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN..... 1

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS..... 2

GENERALIDADES DE LOS BENEFICIOS..... 6

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD..... 8

ASISTENCIA PARA RECLAMACIONES DE SEGURIDAD PROFESIONAL Y SEGURO (WSIB).....14

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA.....17

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTES.....19

BENEFICIO POR MUTILACIÓN Y MUERTE ACCIDENTALES.....20

BENEFICIO DE INDEMNIZACION SEMANAL.....32

BENEFICIO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO..... 37

BENEFICIO DE ASISTENCIA POR DISCAPACIDAD 43

BENEFICIO ADICIONAL PARA CUIDADO DE LA SALUD..... 44

BENEFICIO DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA EN VIAJES.....52

BENEFICIO DE ATENCIÓN DENTAL..... 64

BENEFICIO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MIEMBROS.....70

PLAN DE DUELO/PERMISOS PARENTALES.....71

PLAN DE PRIMA POR PRODUCTIVIDAD..... 73

PLAN DE VACACIONES PAGAS.....75

PLAN DE SERVICIOS LEGALES.....77

REGLAS Y DISPOSICIONES GENERALES DEL PLAN.....80

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN DEL PLAN.....86

INTRODUCCIÓN

Estimado Miembro del Plan:

Esta Guía informativa para Miembros del Plan (la "Guía") se preparó como un documento de referencia informal para resumir las características principales de los beneficios proporcionados a los miembros elegibles del Plan integral de beneficios del Plan de salud y bienestar residencial de Carpenters (el "Plan") a partir del 1° de enero de 2017. Esta Guía también proporciona información sobre cómo llegar a ser un miembro del Plan elegible para los beneficios del Plan, y seguir siéndolo, así como las normas y procedimientos para la presentación de reclamaciones.

Esta Guía no es un documento legal, una póliza de seguro o un contrato y no proporciona ningún derecho contractual. En esta Guía, el uso de los términos "Plan", "el Plan", "su Plan" o "nuestro Plan" se refiere al "Plan de salud y bienestar residencial de Carpenters". El término "Fondo" o "Fondos" se refiere al "Fondo de salud y bienestar residencial de Carpenters" y/o al "Fondo fiduciario de prima por productividad de la División Tejas y Recubrimientos de Carpenters and Allied Workers Local 27" y/o "Fondo fiduciario para servicios legales de la División Tejas y Recubrimientos de Carpenters and Allied Workers Local 27" y/o el "Fondo fiduciario de pagos vacacionales de Carpenters Local 1030". Los términos "Miembro del plan", "usted", "su" y "Persona cubierta" se refieren a una persona que ha cumplido con las reglas de elegibilidad para los beneficios provistos bajo el Plan integral de beneficios de salud y bienestar residencial de Carpenters. El término "Asegurador" se refiere a las compañías de seguros aplicables y/o a los proveedores de beneficios que aseguran los beneficios del Plan como se describe en esta Guía.

Todos los beneficios de seguro de vida y discapacidad a largo plazo descritos en esta Guía y sus derechos, se rigen por las disposiciones de la Póliza principal de seguro n.º 10042 (anteriormente, n.º de póliza 10077, 901202 y 901857,) emitida por Manulife Financial, y las leyes aplicables, incluidas las reglas de elegibilidad, exclusiones y limitaciones de beneficios. Todos los beneficios por Mutilación y muerte accidentales (AD&D) descritos en esta Guía y sus derechos, se rigen por las disposiciones de la Política de seguros de vida de Canadá CHUBB, política n.º AB10403501 (anteriormente, Política ACE/INA n.º AB10403501). El Programa de asistencia para miembros (MAP) es facilitado y administrado por los Programas de asistencia y servicios familiares para empleados (FSEAP). Green Shield Canada proporciona y administra la cobertura de asistencia por emergencia en viajes. Todos los demás beneficios descritos en esta Guía son autofinanciados y se proporcionan a través de los activos de los Fondos y se rigen por las disposiciones del Texto oficial del Plan. Las pólizas de seguro, los contratos y los documentos de texto del Plan forman parte de los documentos oficiales del Plan, que están disponibles en la Oficina de Administración del Plan.

El Plan de salud y bienestar, el Plan de duelo/permisos parentales, el Plan de prima por productividad, el Plan de vacaciones pagas y el Plan de servicios legales, así como los fondos fiduciarios aplicables, se rigen por una Junta de fideicomisarios designados por Carpenters and Allied Workers Local 27. Las Juntas de fideicomisarios de estos Fondos se reservan el derecho de modificar estos Planes a su absoluta y total discreción, según se considere apropiado y lo permita la ley. Cualquier cambio en estos Planes se comunicará a todos los Miembros del plan y se considerará que dichos cambios enmiendan y/o modifican el Resumen de beneficios del plan y esta Guía para miembros del plan. La Junta de fideicomisarios ha contratado a Employee Benefit Plan Services Limited como administradora del plan para la gestión del Plan de Salud y Bienestar, incluida la administración del Plan y el pago de reclamaciones para muchos de los beneficios del Plan. Lea esta Guía con atención y consérvela como referencia en un lugar seguro. Si tiene alguna duda sobre los beneficios del Plan o sobre cualquiera de sus normas y procedimientos, puede comunicarse con la Oficina de Administración del Plan.

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Es posible que el Plan no cubra todos los gastos que usted desee. El Plan se estableció para proporcionar la gama más amplia de cobertura que sea adecuada para sus miembros. Nuevos medicamentos y tratamientos entrarán en el entorno de atención médica con el tiempo y los fideicomisarios siempre se reservan el derecho de cubrir o no cubrir estos y de agregar limitaciones a la cobertura.

Sujeto a las limitaciones y exclusiones de los Documentos Oficiales del Plan, y como se describe en esta Guía, los Miembros elegibles del Plan y sus Dependientes elegibles califican para los siguientes beneficios:

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA

Miembro del plan:	\$100,000
Cónyuge:	\$50,000
Cada hijo dependiente:	\$10,000

BENEFICIO POR MUTILACIÓN Y MUERTE ACCIDENTALES (AD&D)

Miembro del plan:	Importe principal	\$100,000
	Beneficio por discapacidad total y permanente	\$100,000
	Beneficio por AD&D en el lugar de trabajo	\$100,000

BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN SEMANAL (WI)

El beneficio máximo de WI a pagar es de \$400 por semana. Los pagos de beneficios están integrados con los beneficios de Seguro de desempleo por accidente o enfermedad (Employment Insurance Accident and Sickness). Para calificar para los pagos de beneficios de WI, el Miembro del Plan debe estar "totalmente discapacitado" (como se define en esta Guía y en el Texto del Plan).

Los pagos de beneficios de WI se pagan desde el primer día de un accidente, o después de un período de hospitalización de 24 horas, o en el octavo día de la enfermedad, por un período máximo de 17 semanas consecutivas por cualquier causa de discapacidad.

BENEFICIO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD) Y BENEFICIO DE ASISTENCIA POR DISCAPACIDAD

El beneficio máximo por LTD a pagar es de \$500 por semana. Para calificar, el Miembro del Plan debe ser menor de 65 años y estar "totalmente discapacitado" (se define en esta Guía y en el contrato de seguro) por un período continuo de 120 días consecutivos. Los pagos de beneficios por LTD se pagan hasta que el Miembro del Plan cumpla 65 años, su recuperación o su deceso.

Los Miembros del Plan calificados también pueden ser elegibles para un “Beneficio de asistencia por discapacidad” de \$500, otorgado por el Plan, que es un beneficio “complementario” que se agrega a cualquier beneficio pagado por el Asegurador.

BENEFICIO ADICIONAL PARA CUIDADO DE LA SALUD

<i>Deducible</i>	Ninguno	
<i>Reembolso</i>	100% por cuidado de la vista y por medicamentos genéricos recetados, 80% por medicamentos de marca recetados y todos los demás gastos elegibles.	
<i>Máximo general</i>	Ilimitado	
<i>Medicamentos recetados</i>	Tarifa máxima de suministro de \$9, 100% de reembolso por medicamentos genéricos recetados, 80% de reembolso por medicamentos de marca recetados. Máximos específicos de medicamentos recetados: tratamiento con metadona \$1,000 de por vida; disfunción eréctil \$500 por año; medicamentos para la fertilidad \$2,500 de por vida. Un medicamento recetado debe tener un número de identificación de medicamento y un certificado de cumplimiento emitidos por el Ministerio de Salud de Canadá (Health Canada).	
<i>Cuidado de la vista</i>	<i>Lentes, marcos y lentes de contacto:</i>	\$400 in cualquier período consecutivo de 24 meses. Incluye lentes de sol graduadas.
	<i>Lentes industriales de seguridad:</i>	\$200 en cualquier período de 24 meses consecutivos (solo para miembros del plan)
	<i>Cirugía ocular con láser:</i>	\$1,500 máximo de por vida
	<i>Exámenes oculares:</i>	1 examen ocular cada 24 meses
<i>Profesionales Paramédicos</i>	\$500 por profesional por año calendario para quiropráctico, masajista registrado, terapeuta del habla, fisioterapeuta, naturópata, osteópata, podiatra y psicólogo.	
<i>Audífonos</i>	Beneficio máximo de \$500 en cualquier período de 36 meses consecutivos para la compra de audífonos (baterías no cubiertas).	
<i>Ortesis de pie</i>	Beneficio máximo de \$500 en un período de 24 meses para ortesis que hayan sido especialmente diseñadas y moldeadas para la persona asegurada, necesarias para corregir una deficiencia física diagnosticada.	
<i>Otros servicios médicos</i>	Ambulancia, cuidado de convalecencia, accidentes dentales, dispositivos médicos duraderos.	
<i>Servicios y</i>	Equipamiento (cama de hospital, silla de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas), prótesis, radiografías, análisis de laboratorio, medias	

suministros	quirúrgicas.
Servicio privado de enfermería	\$10,000 por cada año calendario.

BENEFICIO DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA EN VIAJES

La cobertura se proporciona con un máximo de \$5,000,000 por incidente por gastos incurridos como resultado de una emergencia médica repentina e imprevista y/o para servicios de asistencia por emergencia en viajes fuera de la provincia de residencia. No hay límite en el número de viajes, pero la cobertura se proporciona por un período máximo de 60 días consecutivos por viaje. Para obtener asistencia, comuníquese con Green Shield Canada Travel Assistance dentro de las **48 horas** posteriores al inicio de cualquier tratamiento médico.

BENEFICIO DE ATENCIÓN DENTAL

Deducible	Ninguno
Reembolso	100% por servicios dentales básicos; 50% por servicios dentales mayores; 50% por servicios de ortodoncia.

Tabla Guía de tarifas dentales Los beneficios dentales se reembolsan según la Guía de tarifas sugerida para profesionales generales que esté vigente a la fecha en que se incurra en el gasto, en la provincia o territorio donde se presta el servicio.

Beneficio dental máximo por Miembro del plan y por cada Dependiente elegible:

Servicios dentales básicos y mayores	\$2,500 por año calendario para servicios básicos y mayores combinados
Servicios de ortodoncia	\$2,000 de por vida para cada hijo dependiente menor de 19 años. Se requiere plan de tratamiento previo.
Servicios básicos	Diagnóstico, preventivo, reparador, cirugía, empastes, anestesia, 1 serie completa de radiografías, 1 juego de radiografías de mordida, pulido, tratamiento con flúor tópico, raspado periodontal.
Revisión de control	1 revisión de control cada 6 meses
Revisión completa	1 revisión oral completa cada 24 meses
Servicios mayores	Coronas, puentes, dentaduras postizas, reemplazo de puentes/prótesis dentales cubiertos cada 5 años.

BENEFICIO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MIEMBROS (MAP)

Los Miembros del Plan y sus Dependientes elegibles tienen a su disposición servicios confidenciales de asesoramiento, información, consejo y referencias. Los servicios son proporcionados por FSEAP las 24 horas del día, todos los días del año. Comuníquese con FESAP directamente al 1-800-668-9920 o en línea, utilizando la información proporcionada en la página 61 de esta Guía.

BENEFICIO PARA SOBREVIVIENTES

Tras la muerte de un Miembro elegible del Plan, los Dependientes sobrevivientes elegibles (por ejemplo, cónyuge e hijos) continuarán siendo cubiertos por los beneficios del Plan suplementario de atención de salud, atención dental y programa de asistencia para miembros por un período de 30 meses consecutivos que comienzan después de que la cuenta bancaria del Miembro del Plan en el Dollar Bank se haya agotado. No se requerirán pagos para continuar la cobertura durante este período de extensión de beneficios.

BENEFICIO DE DUELO/PERMISOS PARENTALES

Si sufre la pérdida de un miembro de la familia que reúne los requisitos, usted puede ser elegible para recibir el pago por duelo. Usted debe estar trabajando activamente, obtener una carta de su empleador que indique su último día de trabajo y los días que no trabajó como resultado, y proporcionar un acta de defunción original del miembro de la familia o una declaración de fallecimiento. Los miembros elegibles de la familia incluyen cónyuge, hijo*, padre o madre*, abuelo, hermano*, hermana* (* o cualquiera de los familiares políticos). El beneficio es de un máximo de \$150 por día, por un máximo de hasta tres días hábiles, y se paga desde el primer día de pérdida de ingresos debido al duelo, siempre que haya estado en el trabajo el día anterior.

Si trabaja activamente y tiene un hijo recién nacido, puede ser elegible para recibir el Beneficio de permiso parental. Debe ausentarse del trabajo inmediatamente después del nacimiento de su hijo, proporcionar una carta de su empleador que indique que estaba trabajando, su último día de trabajo y los días en que no trabajó, así como un acta de nacimiento original de su hijo recién nacido. El beneficio es de un máximo de \$150 por día, por un máximo de hasta tres días hábiles, y se paga desde el primer día de pérdida de ingresos debido al parto, siempre que haya estado trabajando activamente.

PLAN DE PRIMA POR PRODUCTIVIDAD/VACACIONES PAGAS

Estos planes les otorgan a los Miembros del Plan su derecho a cualquier Prima por productividad o Pago de vacaciones que hayan obtenido según los términos del convenio colectivo aplicable en cada año de beneficios (Sindicato local 27 para prima por productividad y Sindicato local 1030 para pago de vacaciones). Los Planes hacen un pago anual regular de beneficios de Prima por productividad o Pago vacacional cada año.

Los detalles y procesos de cada uno de estos Planes se describen en las secciones correspondientes de esta Guía. Consulte la sección que aplica para su caso.

PLAN DE SERVICIOS LEGALES

Los beneficios del Plan están destinados a proporcionar a los Miembros del Plan asistencia financiera para servicios legales generales, como testamentos, poder de representación, bienes raíces, adopción, etc.

Consulte la Tabla de beneficios dentro de la sección del Plan de servicios legales que comienza en la página 69 de esta Guía para obtener detalles sobre los beneficios anuales máximos a pagar, según el tipo de servicio legal utilizado. El Plan también tiene máximos generales por año calendario para todos los servicios legales combinados que dependen de sus años como Miembro elegible del Plan.

GENERALIDADES DE LOS BENEFICIOS

En las siguientes páginas se proporciona un resumen de referencia más detallado y rápido de las disposiciones que se aplican y los beneficios disponibles para los Miembros del Plan elegibles.

Plan de salud y bienestar residencial de Carpenters

Generalidades de los beneficios

Resumen del Plan integral de beneficios



Beneficio/Prestación de beneficio	Cobertura del Plan de beneficios de salud/Regla
Disposiciones generales del Plan	
Elegibilidad inicial	1º día del 2º mes siguiente al mes en el que el Miembro acumula al menos 3 veces la Deducción mensual del Dollar Bank (<i>Drawdown</i>)
Elegibilidad para ser readmitido	Reincorporación dentro de los 12 meses - 1er día del mes luego de acumular al menos la Deducción mensual del Dollar Bank requerida (<i>Drawdown</i>). De lo contrario se aplica la elegibilidad inicial.
Opciones del Plan de pago directo *(más impuesto provincial aplicable)	Plan A - Todos los beneficios (No WI ni LTD) - Primeros 6 meses a \$225/mes, luego \$265/mes* Plan B - Seguro vida del Miembro y AD&D - \$20 Por mes* Plan C - Miembros discapacitados (Solo Salud y Dental) - \$150.00 por mes*
Duración del pago directo	12 meses máximo (WSIB hasta los 65 años)
Definición de dependiente - cónyuge	Legalmente casados/unión de hecho con 12 meses de convivencia
Definición de dependiente - hijo	Menor de 22 años o menor de 25 años si está en una institución educativa
Terminación de cobertura	Retiro - (A menos que sea de otra manera bajo cada prestación de beneficios)
Seguro de vida	
Importe del beneficio	\$100,000
Exención de prima	Después de 6 meses Hasta los 65 años "Cualquier Ocupación" Definición de discapacidad
Terminación de cobertura	Retiro - (Aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Seguro de vida para Dependiente	
Importe del beneficio por cónyuge	\$50,000
Importe del beneficio por hijo	\$10,000
Exención de prima	Después de 6 meses Hasta los 65 años. "Cualquier Ocupación" Definición de discapacidad
Terminación de cobertura	Retiro - (Aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Beneficio por Mutilación y muerte	
Importe principal del miembro	\$100,000
Beneficio por discapacidad total y permanente	Beneficio por importe global de \$100,000.
Tabla de pérdidas	Integral
Beneficios adicionales AD&D	Integral
Exención de prima	Después de 6 meses Hasta los 65 años. "Cualquier Ocupación" Definición de discapacidad
Terminación de cobertura	Retiro - (Aplican otras disposiciones de terminación estándar)
AD&D en el lugar de trabajo	
	\$100,000 - Misma Tabla de pérdidas que el beneficio por AD&D - Termina a los 75 años o por retiro anticipado
Indemnización semanal	
Importe del beneficio semanal	\$400
Período calificador	1er día en el hospital 1er día accidente 8º día enfermedad
Definición de discapacidad	"propia ocupación"
Duración máxima del beneficio	17 semanas
Compensaciones de beneficios directos	Integración al seguro de desempleo
Terminación de cobertura	Retiro - (Aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Discapacidad a largo plazo	
Importe del beneficio mensual	Beneficio asegurado de \$500 (puede calificar para un "beneficio complementario" de \$500)
Período calificante	120 días continuos de discapacidad total
Definición de discapacidad	"Cualquier ocupación"
Duración máxima del beneficio	Hasta los 65 años
Compensaciones de beneficios directos	Beneficios WSIB
Compensaciones de beneficios indirectos	Todas las fuentes de ingreso 85% de ingresos brutos
Límite de enfermedades preexistentes	Discapacidades tratadas 90 días antes no pueden ser objeto de reclamaciones durante los primeros 6 meses.
Terminación de cobertura	65 años o retiro anticipado (aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Beneficio de pago por duelo	
Beneficio máximo y período de pago	Beneficio máximo de \$150 por día, 3 días máximo
Miembros de la familia elegibles	Cónyuge, hijo*, padre o madre*, abuelo/a hermano*, hermana* (* o cualquiera de los familiares
Se requiere constancia de la reclamación	Debe estar activo en el trabajo, proporcionar la nota del empleador y el certificado de defunción.
Beneficio de permisos parentales	
Beneficio máximo y período de pago	Beneficio máximo de \$150 por día, 3 días máximo
Miembros de la familia elegibles	Hijo recién nacido
Se requiere constancia de la reclamación	Debe estar activo en el trabajo, proporcionar la nota del empleador y el acta de nacimiento.

Plan de salud y bienestar residencial de Carpenters

Generalidades de los beneficios

Resumen del Plan integral de beneficios



Beneficio/Prestación de beneficio	Cobertura del Plan de beneficios de salud/Regla
Beneficio adicional al cuidado de la salud	Debe estar correctamente inscrito en el plan de atención de salud provincial aplicable.
Deducible	Ninguno
Coseguro	100% por Cuidado de la vista y medicamentos genéricos, 80% para todos los otros servicios y suministros
Tarjeta de pago directo de medicamentos (Tarjeta de beneficios)	Sí
Coseguro de medicamentos recetados - Nivel 1	Reembolso del 100% para medicamentos genéricos
Coseguro de medicamentos recetados - Nivel 2	Reembolso del 80% para medicamentos de marca
Tarifa máxima de dispensación	\$9.00
Máximo de por vida general en cuidado de la salud	Ilimitado
Máximo de medicamentos recetados	Metadona \$1,000 de por vida; disfunción eréctil \$500/año; medicamentos para la fertilidad \$2,500 de por vida.
Hospital	habitación semiprivada
Servicio de enfermería privada	\$10,000 cada año calendario
Servicios de profesionales paramédicos	\$500 por profesional cada año calendario: quiropráctico, osteópata, podólogo, fisioterapeuta, naturópata, terapeuta del habla, masajista, psicólogo
Ortesis/zapatos ortopédicos	\$500/24 meses para ortesis - Cargos razonables y habituales para zapatos ortopédicos
Audífonos	\$500/36 meses
Cuidado de la vista	\$400/24 meses para lentes, marcos o lentes de contacto. Incluye lentes de sol recetados.
Cirugía ocular con láser	Beneficio máximo de \$1,500 de por vida
Lentes industriales de seguridad	\$200/24 meses. Lentes de seguridad recetados solo para Miembros del Plan
Exámenes oculares	1 examen ocular cada 24 meses
Servicios de transporte médico	Ambulancia de emergencia
Suministros y servicios médicos	Cuidado de convalecencia, dispositivos médicos duraderos - cama de hospital, silla de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas, prótesis, radiografías, análisis de laboratorio, suministros para diabéticos, medias quirúrgicas, etc.
Servicios para accidentes dentales	\$5,000 por accidente - El trabajo dental debe completarse dentro de los 12 meses.
Beneficio para dependientes sobrevivientes	Saldo de la cuenta en el Dollar Bank del Miembro del Plan, más una extensión de 30 meses.
Terminación de cobertura	Retiro - (Aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Asistencia de emergencia en viajes	Duración máxima del viaje: 60 días - Debe contactar a Green Shield dentro de las 48 horas
Beneficio máximo por asistencia de emergencia	\$5,000,000 por incidente médico de emergencia fuera de la provincia
Beneficio máximo por derivación médica	Cobertura médica fuera de la provincia por \$50,000 por año calendario
Terminación de cobertura	65 años o retiro anticipado (aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Atención dental	
Deducible	Ninguno
Servicios básicos de coseguro	100%
Servicios mayores de coseguro	50%
Servicios de ortodoncia de coseguro	50%
Máximo anual de servicios básicos	\$2,500
Máximo anual de servicios mayores	Máximo combinado con servicios básicos
Máximo de por vida de servicios de ortodoncia	\$2,000
Tabla guía de tarifas	Guía de tarifas actual de Ontario Dental (ODA)
Servicios básicos incluidos	Diagnóstico, preventivo, restauradores, cirugía, empastes, anestesia
Revisiones completas	1 examen cada 24 meses
Revisión de control	1 examen cada 6 meses
Radiografías	1 serie completa cada 12 meses
Radiografías de mordida	1 juego cada 12 meses
Pulido	Cubierto
Tratamiento de flúor tópico	Cubierto
Raspado periodontal	8 unidades cada año calendario
Servicios mayores incluidos	Coronas, puentes, dentaduras
Reemplazo de puentes/dentaduras	Cubierto cada 5 años
Servicios de ortodoncia	Disponible para hijos dependientes menores de 19 años
Beneficio para dependientes sobrevivientes	Saldo de la cuenta en el Dollar Bank del Miembro del Plan, más una extensión de 30 meses.
Terminación de cobertura	Retiro - (Aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Programa de asistencia para miembros	Servicio confidencial de asesoramiento y atención psicológica

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD

QUIÉN PUEDE SER ELEGIBLE PARA LOS BENEFICIOS DEL PLAN

Los beneficios del Plan se brindan solo a los Miembros elegibles con buenos antecedentes del Local 27 o Local 1030 del Sindicato Carpenters, o a los Oficiales del Local 27 o Local 1030, a cuyo nombre se han hecho contribuciones al Fondo, y que han cumplido con los requisitos de elegibilidad para los beneficios del Plan como se describe en esta Guía.

El estado de un Miembro en el Sindicato es determinado por el Sindicato y la Junta de Fideicomisarios. El Administrador del Plan aceptará la determinación que emita el Sindicato acerca del estado de un Miembro. La elegibilidad de un Miembro según el Plan se basa en el nivel de contribuciones del empleador al Fondo a nombre de ese Miembro del Plan, según lo determine la Junta de fideicomisarios.

Todos los Miembros del Plan calificados y sus Dependientes elegibles deben ser residentes canadienses y deben estar cubiertos por el plan de atención médica del gobierno provincial que corresponda.

¿EN QUÉ MOMENTO UN MIEMBRO DEL PLAN ES ELEGIBLE PARA LOS BENEFICIOS?

Para ser elegible para los beneficios del Plan, un Miembro del Plan debe primero completar y enviar una Tarjeta de información de miembro a la Oficina de Administración del Plan. Las tarjetas de información de miembro están disponibles en la Oficina del Sindicato o en la Oficina de Administración del Plan. Es importante mantener actualizada su Tarjeta de Información de miembro y comunicar a la Oficina de Administración del Plan si hay algún cambio en la información ya proporcionada. La Oficina de Administración del Plan abrirá una cuenta en el Dollar Bank para cada Miembro elegible del Plan y depositará en esa cuenta todas las contribuciones del empleador para el Plan que reciba la Oficina de Administración del Plan.

La cobertura del Plan para los Miembros del Plan y sus Dependientes elegibles comenzará el primer día del segundo mes, después del mes en que el saldo de la cuenta en el Dollar Bank de un Miembro del Plan sea equivalente a al menos tres veces la deducción mensual requerida por el Dollar Bank.

Todos los montos de deducción de la cuenta de Dollar Bank son revisados por la Junta de fideicomisarios de forma regular y están sujetos a cambios en cualquier momento.

PROMOCIÓN DESDE EL PLAN INICIAL DE BENEFICIOS

El Fondo también proporciona un Plan inicial de beneficios para ayudar a garantizar que todos los Miembros sean elegibles para la cobertura de un plan de beneficios lo antes posible. Los beneficios del Plan inicial de beneficios se describen en la **Guía del Plan inicial de beneficios**. Los Miembros del Plan que fueron “promovidos” desde el Plan inicial de beneficios al Plan integral de beneficios permanecen en el Plan integral de beneficios. Una vez efectuada la promoción, el Miembro del Plan integral de beneficios no puede regresar al

Plan inicial de beneficios. Para obtener mayor información sobre el Plan inicial de beneficios y sobre el proceso de promoción, consulte la Guía del Plan inicial de beneficios.

¿CÓMO HACE UN MIEMBRO DEL PLAN PARA SEGUIR SIENDO ELEGIBLE PARA LOS BENEFICIOS?

Todos los meses, una cantidad que representa el costo mensual de los beneficios del Plan se deducirá de la cuenta en el Dollar Bank del Miembro del Plan. A esta suma se la denomina como “Deducción mensual del Dollar Bank”.

Un Miembro del Plan seguirá cubierto por los beneficios del Plan (sujeto a las disposiciones de elegibilidad y terminación descritas en esta Guía), siempre que el Miembro del Plan disponga en su cuenta del monto mínimo de Deducción mensual del Dollar Bank para cada mes de cobertura. En cualquier mes en que el Administrador del Plan reciba contribuciones a nombre de un Miembro del Plan que excedan la Deducción mensual del Dollar Bank, el exceso permanecerá en la cuenta en el Dollar Bank del Miembro del Plan, hasta que la misma alcance un saldo máximo que represente 12 meses de Deducciones mensuales del Dollar Bank.

El Miembro del Plan que tenga en su cuenta en el Dollar Bank el saldo máximo establecido contará con la cobertura del plan hasta por 12 meses.

¿CÓMO PUEDE UN MIEMBRO DEL PLAN CONSERVAR LOS BENEFICIOS SI SU CUENTA EN EL DOLLAR BANK NO CUBRE LA DEDUCCIÓN MENSUAL?

La Oficina de Administración del Plan enviará una notificación al Miembro del Plan cuando el saldo de su cuenta en el Dollar Bank sea inferior a una Deducción mensual mínima del Dollar Bank. En ese caso, un Miembro del Plan calificado puede ser elegible para realizar pagos directos mensuales hasta por un período de 12 meses consecutivos, para seguir siendo elegible para los beneficios. Solo los Miembros del Plan que mantengan buenos antecedentes del Local 27 o Local 1030 del Sindicato Carpenters pueden estar cubiertos por la extensión de beneficios del Plan de Pago Directo.

La Oficina de Administración del Plan informará a los Miembros del Plan que estén calificados acerca de la opción de acceso al Plan a través del Plan de Pago Directo y el calendario de pagos requerido. Para seguir siendo Miembro elegible del Plan, el Plan debe recibir todos los pagos del Plan de Pago Directo al momento del vencimiento y están sujetos a los impuestos provinciales correspondientes, actualmente un 8% en Ontario (Impuesto sobre las ventas al por menor (RST)). Al 1° de enero de 2017, un Miembro del Plan tiene la opción de extender la cobertura al hacer pagos directos mensuales, en base a las siguientes opciones del Plan de Pago Directo:

Plan A – un Plan de pago directo para los Miembros del Plan activos que proporciona todos los beneficios del Plan, excepto el Beneficio de indemnización semanal y de discapacidad a largo plazo, con pagos mensuales directos de \$225 durante los primeros 6 meses y un pago mensual directo de \$265 para los 6 meses siguientes (más los impuestos aplicables); o

Plan B - un Plan de pago directo para los Miembros del Plan activos que proporciona solo el Beneficio de seguro de vida del Plan aplicable a los Miembros del Plan (no a los Dependientes elegibles) con un pago directo mensual de \$20 por 12 meses (más los impuestos aplicables); o

Plan C - un Plan de pago directo para los Miembros del Plan discapacitados que proporciona solo el Beneficio adicional para cuidado de la salud y el Beneficio dental del Plan con un pago directo mensual de \$150.00 por 12 meses (más los impuestos correspondientes).

Todas las opciones del Plan de Pago Directo y cualquier monto mensual requerido de pago directo son revisados regularmente por la Junta de fideicomisarios y están sujetos a cambios en cualquier momento.

¿CÓMO PUEDE UN MIEMBRO DEL PLAN SER READMITIDO PARA DISFRUTAR DE LOS BENEFICIOS UNA VEZ QUE SE SUSPENDE LA COBERTURA?

En el caso de que la cobertura de un Miembro del Plan fuera suspendida debido un saldo insuficiente en su cuenta en el Dollar Bank y la Oficina de Administración del Plan reciba nuevamente contribuciones en nombre del Miembro del Plan debido a un retorno al trabajo con un empleador contribuyente, el Miembro del Plan puede ser reintegrado a la cobertura del Plan.

Si la cobertura fue suspendida por un período de menos de 12 meses consecutivos, el Miembro del Plan volverá a ser elegible para recibir beneficios el primer día del mes, después del mes en el que la cuenta en el Dollar Bank del Miembro tenga un saldo mínimo que cubra la Deducción mensual del Dollar Bank, descrito anteriormente.

Si la cobertura de un Miembro del Plan se suspendió por un período de 12 meses consecutivos o más, el Miembro del Plan volverá a ser elegible para recibir los beneficios el primer día del segundo mes, después del mes en que el saldo de la cuenta del Miembro en el Dollar Bank sea de al menos tres veces la Deducción mensual requerida por el Dollar Bank descrita anteriormente.

El saldo inicial requerido en la cuenta en el Dollar Bank, la Deducción mensual del Dollar Bank y las reglas de elegibilidad en curso descritas anteriormente son las que estaban vigentes cuando se imprimió esta Guía. Estas reglas están sujetas a revisiones y cambios en el futuro. Si se realizan cambios, se notificará a los Miembros del Plan.

ADEMÁS DEL MIEMBRO DEL PLAN, ¿QUIÉN MÁS PUEDE DISFRUTAR DE LOS BENEFICIOS?

Los Dependientes elegibles de un Miembro del Plan incluirán solo a las siguientes personas, que sean residentes en Canadá y que estén cubiertas por el plan provincial de atención médica que les corresponda:

Cónyuge

- a) El cónyuge de un Miembro del Plan incluye a la persona legalmente casada con el Miembro del Plan como resultado de una ceremonia civil o religiosa válida y excluye a toda persona divorciada o separada del Miembro del Plan, o

- b) el cónyuge de hecho de un Miembro del Plan con quien el Miembro del Plan ha convivido y presentado públicamente como su cónyuge casado por un período no menor a 12 meses consecutivos, inmediatamente antes de la fecha de los servicios para los cuales presenta una primera reclamación.

Hijo/s

- a) cada hijo (mayor de 14 días de edad con respecto al seguro de vida para Dependientes) de un Miembro del Plan. Un hijo dependiente incluirá los hijos del matrimonio del Miembro del Plan, los hijos legalmente adoptados y los hijastros. Para ser considerado un Dependiente elegible, el hijo no debe estar casado, no debe ser empleado de manera regular a tiempo completo y debe ser menor de 22 años de edad. Además,
- b) un hijo menor de 25 años que haya sido cubierto continuamente como Dependiente bajo este Plan desde que fue elegible por primera vez, seguirá siendo considerado como Dependiente elegible si asiste a tiempo completo a una escuela, colegio o universidad acreditada. Se deberá proporcionar una constancia de inscripción como alumno regular a la Oficina de Administración del Plan.

Un hijo cuya residencia normal se encuentre en Canadá también será considerado como Dependiente elegible cuando asista a una escuela, colegio o universidad acreditados fuera de Canadá, sujeto a las limitaciones descritas en el apartado Beneficio adicional al cuidado de la salud, en la sección **Descripción de los beneficios** de esta Guía;

- c) un hijo con discapacidad funcional que estaba cubierto como Dependiente deberá permanecer cubierto más allá de cualquier edad límite para Dependientes, siempre que el hijo sea incapaz de ejercer un empleo autosuficiente y sea totalmente dependiente del Miembro del Plan para recibir apoyo y mantenimiento.

¿CUÁNDO TERMINA LA ELEGIBILIDAD PARA LOS BENEFICIOS DEL PLAN?

La cobertura de un Miembro del Plan, incluyendo la cobertura de cualquier Dependiente elegible, terminará para el Plan de Salud y Bienestar en la primera de las siguientes fechas:

1. el primer día del mes durante el cual la cuenta del Miembro del Plan en el Dollar Bank tenga un saldo menor a la Deducción mensual del Dollar Bank;
2. el primer día del mes para el cual el Miembro del Plan no haya realizado el pago directo necesario o para el cual el Miembro del Plan ya no sea elegible para efectuar pagos directos;
3. el día en que un Miembro del Plan deja de ser un Miembro con buenos antecedentes del Local 27 o del Local 1030 y sea suspendido o expulsado, y durante el tiempo que el Miembro del Plan permanezca suspendido o expulsado;
4. el día en que un Miembro del Plan comience el servicio activo en las fuerzas armadas de cualquier país, estado u organización internacional;
5. la fecha en que la cobertura o la póliza suspenda los beneficios cubiertos por esa póliza;
6. el día en que un Miembro del Plan se retira y ha agotado el monto en su cuenta del Dollar Bank;
7. para todos los beneficios de Exención de Prima, el beneficio por discapacidad permanente y total, discapacidad a largo plazo y los beneficios de Asistencia de

viaje de emergencia, la primera parte del día en que un Miembro del Plan cumple 65 años de edad o se retira. Si el Miembro del plan cumple completamente el Período calificante de discapacidad para la Discapacidad a Largo Plazo a la edad de 64 años y es considerado elegible para los beneficios por discapacidad, los pagos de los beneficios por Discapacidad a largo plazo pueden efectuarse por un máximo de 12 meses;

8. para el Beneficio AD&D en el lugar de trabajo, el día anterior a la fecha en que el Miembro del Plan cumple 75 años o se retira;
9. la fecha de terminación según lo establecido en cualquier disposición de terminación detallada en cada descripción de beneficios de esta Guía.

La cobertura de los Dependientes elegibles de un Miembro del Plan terminará al mismo tiempo que finalice la cobertura del Miembro del Plan, como se describe anteriormente. Además, la cobertura de un Dependiente terminará si/cuando el Dependiente ya no califique como Dependiente elegible, como se describe anteriormente.

Tenga en cuenta que los aseguradores pueden extender ciertos beneficios a un Miembro del Plan discapacitado (más allá de la terminación de beneficios del Miembro del Plan y/o más allá de la terminación de los beneficios del plan), como la exención de prima. Para obtener más información, consulte la sección **Descripción de los beneficios** de esta Guía.

PÓLIZA DE SEGURIDAD EN EL LUGAR DE TRABAJO

Si un Miembro del Plan queda discapacitado mientras trabaja para un empleador contribuyente por lo que le pagan beneficios de Compensación a los Trabajadores (WSIB) en virtud de la Ley de Seguridad Profesional y Seguro contra Accidentes Ocupacionales, Ontario, se congelará la cuenta en el Dollar Bank del Miembro del plan y el Miembro del Plan y sus Dependientes elegibles conservarán la cobertura de los beneficios del Plan mientras el Miembro del Plan reciba los beneficios de WSIB por un período máximo de 12 meses.

Si bien la Oficina de Administración del Plan ha organizado un proceso con los empleadores contribuyentes y la Oficina del Sindicato para recibir notificaciones acerca de discapacidades relacionadas con el trabajo, el hecho es que un Miembro del Plan que recibe los beneficios de WSIB puede ser pasado por alto y puede que no reciba el crédito en virtud del Plan. Los Miembros del Plan que sufren una discapacidad relacionada con el trabajo deben notificar directamente a la Oficina de Administración del Plan, presentar evidencia de que están recibiendo los beneficios de WSIB, proporcionar la fecha de la discapacidad y, si la conocen, la fecha prevista de recuperación para garantizar que reciban el crédito WSIB correspondiente en virtud del plan.

ASISTENCIA PARA RECLAMACIONES AL CONSEJO DE SEGURIDAD PROFESIONAL Y SEGURO CONTRA ACCIDENTES OCUPACIONALES (WSIB)

Los Miembros del Plan que queden discapacitados debido a una discapacidad relacionada con el trabajo pueden solicitar asistencia del Sindicato Local 27 o 1030. El Sindicato cuenta entre su personal con un abogado y otros profesionales para ayudar a los Miembros del Plan a presentar una reclamación de beneficios de WSIB, incluyendo la reclamación de beneficios por discapacidad del Seguro de Desempleo (EI) y/o del Plan de Pensiones de Canadá (CPP).

Qué hacer si tiene un accidente en el trabajo

1. Reporte inmediatamente la lesión a su empleador.
2. Consulte a un médico u otro profesional de la salud y asegúrese de completar un **“Informe del profesional de la salud (Formulario 8)”**.
3. Comuníquese con el Sindicato local 27 o 1030 para reportar el accidente. La-Dana Manhertz ((905) 652-4140, ext. 361) ayuda a los Miembros del Plan a solicitar los beneficios de WSIB.
4. Complete un **“Informe de lesión del trabajador (formulario 6)”**. Las copias del **Formulario 6** completado deben enviarse a WSIB y a su empleador. El Sindicato local 27 o 1030 puede ayudarle con esto.
5. Comuníquese con la Oficina de Administración del Plan para reportar el accidente y presentar una reclamación por el beneficio de Discapacidad a Largo Plazo del Plan y la Exención de Prima.

6. Solicite los beneficios por discapacidad de la IE y/o CPP.

Apelaciones de reclamaciones a WSIB

Una lesión en el lugar de trabajo puede hacerse evidente con el tiempo, sin ser causada por un solo evento específico. Por estas lesiones, también se puede iniciar una reclamación a WSIB como lesiones en el lugar de trabajo, sin embargo, el proceso de reclamación puede ser más difícil y con frecuencia implica la presentación de una apelación de reclamaciones. El Sindicato Local puede ayudar a los Miembros del Plan con una apelación de reclamación a WSIB.

Obligación de reemplazo por parte de su empleador y su regreso al trabajo

En el sector de la construcción, los empleadores tienen la obligación de ofrecer un trabajo modificado adecuado para volver a contratar a trabajadores que han resultado lesionados. Esto se aplica incluso a los trabajadores que se han recuperado completamente de su lesión, siempre que el empleador disponga de trabajo disponible para ofrecer.

Tanto los trabajadores como los empleadores tienen la obligación de tratar de identificar juntos el trabajo modificado adecuado. Los empleadores a menudo les dan a los trabajadores un "Formulario de habilidades funcionales" que debe completar un médico. Este formulario proporciona información que ayuda a determinar qué tipo de trabajo modificado puede realizar un trabajador. Los empleadores quieren ofrecer trabajo modificado a los trabajadores lesionados porque les significa un ahorro en reclamaciones a WSIB.

De acuerdo con las reglas de la WSIB, el trabajo modificado temporal no tiene que estar relacionado con la construcción y no es necesario que sea un trabajo que esté sujeto al contrato colectivo. Si es adecuado y está disponible, puede tratarse de trabajo de oficina. Una disputa sobre la idoneidad del trabajo modificado podría dar lugar a que un especialista en retorno al trabajo de la WSIB revise los deberes, las condiciones y la disponibilidad del trabajo para determinar la capacidad del trabajador para realizarlo.

Beneficios por pérdida de ingresos e información fiscal

La WSIB pagará beneficios durante las primeras 12 semanas de una reclamación de discapacidad aprobada, basado en los ingresos netos promedio obtenidos por el trabajador durante las 4 semanas anteriores a la lesión. Normalmente, la WSIB recalcula estos beneficios en la semana 12 y puede revisar las ganancias de un trabajador hasta 2 años antes de la fecha de la lesión. Este proceso se denomina "Cálculo de tarifa a largo plazo" y está destinado a ajustar el monto del beneficio para reflejar una representación más precisa de las ganancias reales de un trabajador, ya que las ganancias a menudo fluctúan con el tiempo.

Es importante que complete todas sus declaraciones del impuesto sobre la renta y que tenga en cuenta que los pagos de beneficios por discapacidad de WSIB se basan en las ganancias netas (ganancias después de impuestos y gastos).

Póngase en contacto con la oficina de su Sindicato local 27 o 1030 para recibir asistencia de WSIB

Para **consultas generales** acerca de esta asistencia, o para ayuda sobre cómo presentar una reclamación de beneficios de WSIB, póngase en contacto con **Nancy Amico al (905) 652-4140, extensión 606.**

Por consultas y representación relativas **apelaciones de reclamaciones a WSIB, y/o a problemas o reuniones de regreso al trabajo**, puede contactar a **Sally Chiappetta-Scapin al (905) 652-4140, extensión 239, o a Michael Farago al (905) 652-4140, 222.** Sally y Michael representan a los trabajadores en las reuniones de regreso al trabajo de WSIB y con las apelaciones de reclamaciones a WSIB en el Workplace Safety & Insurance Board y en el Tribunal de Apelaciones.

DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA

En el caso de la muerte de un Miembro del Plan mientras sea elegible para los beneficios del Plan, el monto del Beneficio de Seguro de Vida que se muestra en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía es pagadero al beneficiario designado por el Miembro del Plan.

DESIGNAR UN BENEFICIARIO

Un Miembro del Plan puede designar a un beneficiario al completar y presentar una Tarjeta de información de miembro en la Oficina de Administración del Plan.

El Miembro del Plan puede cambiar su beneficiario designado en cualquier momento (sujeto a toda póliza de seguro o limitaciones legales/provinciales) completando una nueva Tarjeta de información de miembro y presentándola a la Oficina de Administración del Plan.

El Asegurador pagará por lo general cualquier beneficio de seguro de vida al beneficiario designado nombrado en la última Tarjeta de información de miembro presentada en la Oficina de Administración del Plan.

Por lo tanto, es muy importante mantener actualizada toda la información personal archivada en la Oficina de Administración del Plan, así como revisar quién es su beneficiario designado para asegurarse de que refleje su intención actual.

BENEFICIO DE EXENCION DE PRIMA PARA MIEMBROS DEL PLAN DISCAPACITADOS

Si un miembro del plan queda totalmente discapacitado antes de cumplir 65 años y es aprobado para el beneficio por discapacidad a largo plazo, el beneficio de seguro de vida continuará, sin costo alguno, hasta que el Miembro del Plan deje de estar totalmente discapacitado o hasta que cumpla los 65 años, lo que ocurra primero.

“Totalmente discapacitado” significa que no puede desempeñar ninguna tarea de “cualquier ocupación” en un empleo para el cual esté razonablemente calificado por su capacitación, educación o experiencia. Según lo requiera el Asegurador, deberá presentarse una prueba de discapacidad continua.

Para calificar para el Beneficio de la exención de prima, el Miembro del Plan debe notificar a la Oficina de Administración del Plan sobre su discapacidad dentro del 1^{er} año posterior al último día activo en el trabajo y proporcionar una prueba satisfactoria de discapacidad al asegurador dentro de los 18 meses posteriores al último día de trabajo activo.

Si un miembro del plan ha sido aprobado para recibir el beneficio por discapacidad a largo plazo del Plan, la aprobación del beneficio de exención de prima es automática.

PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN DE BENEFICIOS DE SEGUROS DE VIDA

Si el beneficio de seguro de vida de un Miembro del Plan termina o se reduce, el monto del beneficio de seguro de vida terminado o reducido puede ser elegible para convertirse en una póliza individual, sin tener que proporcionar evidencia médica de asegurabilidad al Asegurador.

El Asegurador debe recibir una solicitud de una póliza individual junto con la primera prima mensual dentro de los 31 días posteriores a la fecha de terminación o reducción del beneficio de seguro de vida. Si se produjera un fallecimiento durante este período de 31 días, el monto del seguro de vida disponible para la conversión se pagará al beneficiario designado por el Miembro del Plan, incluso si no hubo una solicitud para la conversión. Para obtener más información sobre el privilegio de conversión, comuníquese con la Oficina de Administración del Plan.

SUJECCIÓN A IMPUESTOS DE LA PRIMA DE SEGURO DE VIDA

Cualquier prima de seguro de vida pagada por el Fondo a nombre de un Miembro del Plan se considera según las leyes de impuestos de Canadá como un beneficio imponible para el Miembro del Plan en el año calendario en que se pagó.

En febrero de cada año, el Miembro del Plan que haya estado cubierto por el beneficio de seguro de vida del Plan en el año calendario anterior recibirá un formulario de impuestos oficial del Plan que indica la cantidad total de la prima del seguro de vida pagada (junto con cualquier otra prima tributable pagada) por el Fondo en nombre del Miembro del Plan durante el año calendario anterior.

La cantidad que se muestra en el formulario oficial de impuestos debe informarse como ingresos en la declaración anual de impuestos del Miembro del Plan.

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA

El beneficio de seguro de vida de un Miembro del Plan terminará el día en que el Miembro del Plan se retire y haya agotado el saldo de su cuenta en el Dollar Bank. La cobertura para un Miembro del Plan también terminará como se describe anteriormente en la sección **Información de elegibilidad** de esta Guía.

REQUERIMIENTO DE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE VIDA

No se realizará ningún pago de beneficios a un beneficiario designado del Miembro del Plan a menos que se presente un Formulario de reclamación completo, así como todo otro documento requerido, a la Oficina de Administración del Plan y/o al Asegurador dentro del tiempo especificado para presentar una reclamación. Consulte las disposiciones de la **Fecha límite de presentación de reclamaciones** en la sección **Reglas y disposiciones generales del Plan** de esta Guía.

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTES

En el caso de la muerte del cónyuge y/o hijo(s) dependiente(s) elegible(s) de un Miembro del Plan, se pagará al Miembro del Plan el importe del seguro de vida para Dependientes que se muestra en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía.

BENEFICIO DE EXENCION DE PRIMA PARA MIEMBROS DEL PLAN DISCAPACITADOS

Si un Miembro del Plan es aprobado para la exención de la prima según lo descrito anteriormente en el Beneficio de seguro de vida, será automáticamente aprobado para la exención de la prima según el Beneficio del seguro de vida para dependientes.

PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN PARA EL SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTES

Si el Beneficio de seguro de vida para dependientes del cónyuge elegible de un Miembro del Plan termina o se reduce, el importe del Beneficio de seguro de vida para dependientes terminado o reducido puede ser elegible para convertirse en una póliza individual sin evidencia médica.

El Asegurador debe recibir una solicitud de una póliza individual junto con la primera prima mensual dentro de los 31 días posteriores a la fecha de terminación o reducción del Beneficio de seguro de vida para dependientes. Si se produce un fallecimiento durante este período de 31 días, el importe del Beneficio de seguro de vida para dependientes terminado o reducido que estaba disponible para la conversión se pagará de conformidad, incluso si no hubo una solicitud de conversión.

Pueden existir diferencias provinciales. Si reside en la provincia de Quebec y si el seguro de su hijo Dependiente finaliza o se reduce, puede ser elegible para convertir el seguro cancelado según lo descrito anteriormente por el privilegio de conversión para la cobertura del cónyuge. Para obtener más información, comuníquese con la Oficina de Administración del Plan.

SUJECCIÓN A IMPUESTOS DE LA PRIMA DE SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTES PAGADA

Cualquier prima de seguro de vida para Dependientes pagada por el Fondo a nombre de un Miembro del Plan se considera según las leyes de impuestos de Canadá como un beneficio imponible para el Miembro del Plan en el año calendario en que se recibió.

En febrero de cada año, el Miembro del Plan que haya estado cubierto por el Beneficio de seguro de vida para dependientes del Plan en el año calendario anterior recibirá un formulario de impuestos oficial del Plan que indica la cantidad total de la prima del seguro de vida para Dependientes pagada (junto con cualquier otra prima tributable) por el Fondo en nombre del Miembro del Plan durante el año calendario anterior.

La cantidad que se muestra en el formulario oficial de impuestos debe informarse como ingresos en la declaración anual de impuestos del Miembro del Plan.

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTES

El Beneficio de seguro de vida para Dependientes de un Miembro del Plan terminará no más tarde del día en que el Miembro del Plan se retire y haya agotado el saldo de su cuenta en el Dollar Bank. La cobertura para un Miembro del Plan y para cualquier Dependiente también terminará como se describe anteriormente en la sección **Información de elegibilidad** de esta Guía.

REQUERIMIENTO DE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTES

No se realizará ningún pago de beneficios a un Miembro del Plan a menos que se presente un Formulario de reclamación completo, así como todo otro documento requerido, a la Oficina de Administración del Plan y/o al Asegurador dentro del tiempo especificado para presentar una reclamación. Consulte las disposiciones de la **Fecha límite de presentación de reclamaciones** en la sección **Reglas y disposiciones generales del Plan** de esta Guía.

BENEFICIO POR MUTILACIÓN Y MUERTE ACCIDENTALES

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL

La muerte accidental se define como la muerte que resulta de una lesión corporal accidental. El beneficio por Mutilación y muerte accidentales se paga además del beneficio de seguro de vida del Plan.

Dentro de los 365 días posteriores a la muerte accidental de un Miembro del Plan, y al recibir la debida prueba de pérdida satisfactoria para el Asegurador, el beneficiario designado recibirá el importe principal que corresponde al Miembro del Plan, descrito en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía (Para obtener más información acerca de la designación de un beneficiario, consulte la descripción del beneficio de seguro de vida en páginas anteriores).

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL EN EL LUGAR DE TRABAJO

Dentro de los 365 días posteriores a una muerte accidental en el lugar de trabajo, y al recibir la debida prueba de pérdida satisfactoria para el Asegurador, el beneficiario designado del Miembro del Plan recibirá el Beneficio por muerte accidental en el lugar de trabajo indicado en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía. Una muerte accidental en el lugar de trabajo es el resultado de un accidente que ocurre cuando un Miembro del Plan, menor de 75 años, fallece:

- i) en las instalaciones del lugar de trabajo, durante el trabajo del Miembro del Plan, o
- ii) al realizar un viaje de negocios específico y autorizado (viajes de negocios pero sin incluir viajes diarios a un sitio de trabajo).

BENEFICIO POR DISCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Después de un año (12 meses) de **“discapacidad total continua”**, si el Miembro del Plan que tiene menos de 65 años de edad se convierte en **“discapacitado total permanente”**, el Asegurador pagará al Miembro del Plan el beneficio por discapacidad total permanente indicado en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía. El Asegurador deducirá cualquier pago realizado en virtud del Programa de pérdidas de beneficios por mutilación accidental (ver más abajo) a causa de esas mismas lesiones.

La **“Discapacidad total continua”** resulta de tales lesiones y comienza dentro de los 30 días posteriores a la fecha de un accidente, significa la incapacidad total de un Miembro del Plan durante el primer año para realizar las tareas sustanciales y materiales de su propia ocupación o empleo.

"Discapacidad de forma permanente y total" se refiere a la incapacidad total del Miembro del Plan, después de un año de discapacidad total continua como se define anteriormente, para ejercer cualquier ocupación o empleo para el cual el Miembro del Plan esté capacitado por motivos de educación, capacitación o experiencia por el resto de su vida.

BENEFICIO POR MUTILACIÓN ACCIDENTAL Y BENEFICIO POR MUTILACIÓN ACCIDENTAL EN EL LUGAR DE TRABAJO

El Asegurador pagará el 100% del importe principal correspondiente por mutilación accidental descrito en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan sufra alguna de las pérdidas accidentales que se detallan a continuación.

Además del beneficio de mutilación accidental, el Asegurador también pagará el 100% del importe principal por mutilación accidental en el lugar de trabajo correspondiente que se describe en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan, que es menor de 75 años, sufra cualquiera de las pérdidas accidentales enumeradas a continuación debido a un accidente de trabajo.

- Pérdida total de la vista en ambos ojos
- Pérdida de una mano y un pie
- Pérdida del uso de una mano y de un pie
- Pérdida de una mano y pérdida total de la vista en un ojo
- Pérdida de un pie y pérdida total de la vista en un ojo
- Pérdida del habla y de la audición en ambos oídos
- Muerte cerebral

El Asegurador pagará el 200% del importe principal correspondiente por mutilación accidental descrito en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan sufra alguna de las pérdidas accidentales que se detallan a continuación.

Además del beneficio de mutilación accidental, el Asegurador también pagará el 200% del importe principal por mutilación accidental en el lugar de trabajo correspondiente que se describe en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan, que es menor de 75 años, sufra cualquiera de las pérdidas accidentales enumeradas a continuación debido a un accidente de trabajo.

- Pérdida de ambos brazos, ambas manos, ambas piernas o ambos pies
- Pérdida del uso de ambos brazos, ambas manos, ambas piernas o ambos pies
- Cuadriplejía
- Paraplejía
- Hemiplejía

El Asegurador pagará el 75% del importe principal correspondiente por mutilación accidental descrito en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan sufra alguna de las pérdidas accidentales que se detallan a continuación. Además del beneficio de mutilación accidental, el Asegurador también pagará el 75% del importe principal por mutilación accidental en el lugar de trabajo correspondiente que se describe en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan, que es menor de 75 años, sufra cualquiera de las pérdidas accidentales enumeradas a continuación debido a un accidente de trabajo.

- Pérdida de un brazo o una pierna
- Pérdida del uso de un brazo o una pierna
- Pérdida de una mano o un pie
- Pérdida del uso de una mano o un pie
- Pérdida total de la vista en un ojo
- Pérdida del habla o de la audición en ambos oídos

El Asegurador pagará el 33 1/3% del importe principal correspondiente por mutilación accidental descrito en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan sufra alguna de las pérdidas accidentales que se detallan a continuación. Además del beneficio de mutilación accidental, el Asegurador también pagará el 33 1/3% del importe principal por mutilación accidental en el lugar de trabajo correspondiente que se describe en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan, que es menor de 75 años, sufra cualquiera de las pérdidas accidentales enumeradas a continuación debido a un accidente de trabajo.

- Pérdida del pulgar e índice de la misma mano
- Pérdida del uso de los dedos pulgar e índice de la misma mano
- Pérdida de cuatro dedos de la misma mano
- Pérdida de audición en un oído

El Asegurador pagará el 25% del importe principal correspondiente por mutilación accidental descrito en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan sufra alguna de las pérdidas accidentales que se detallan a continuación.

Además del beneficio de mutilación accidental, el Asegurador también pagará el 25% del importe principal por mutilación accidental en el lugar de trabajo correspondiente que se describe en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan, que es menor de 75 años, sufra cualquiera de las pérdidas accidentales enumeradas a continuación debido a un accidente de trabajo.

- Pérdida de todos los dedos de un pie

DEFINICIONES DE MUTILACIÓN ACCIDENTAL

“Pérdida”, según se usa anteriormente en referencia a la mano y/o pie, significa una separación completa a través o por encima de la muñeca o tobillo, pero debajo de la articulación del codo o la rodilla.

“Pérdida”, según se usa en referencia al brazo o la pierna, significa una separación completa a través o por encima de la articulación del codo o la rodilla.

“Pérdida”, según se usa en referencia al dedo pulgar e índice, significa separación completa en o por encima de la articulación metacarpofalángica.

“Pérdida”, según se usa en referencia al dedo del pie, significa una separación completa en la articulación metatarsofalángica o por encima de ella.

“Pérdida”, según se usa en referencia al ojo, significa la pérdida irrecuperable de la vista completa del mismo.

Si una Persona cubierta sufre la separación completa de una mano, un pie, un brazo o una pierna, se pagará un beneficio, incluso si la extremidad cortada se vuelve a unir quirúrgicamente, con éxito o no.

“Pérdida”, según se usa anteriormente en referencia al habla, significa la pérdida completa e irrecuperable del habla que no permite la comunicación en ningún grado.

“Pérdida”, según se usa en referencia a la "Pérdida" de la audición, significa pérdida de audición completa e irrecuperable, que no puede ser corregida por ningún audífono o dispositivo.

“Pérdida”, según se usa en referencia a la cuadriplejia (parálisis de los miembros superiores e inferiores), paraplejia (parálisis de los miembros inferiores) y hemiplejia (parálisis de los miembros superiores e inferiores de un lado del cuerpo), significa la parálisis completa e irrecuperable de dichas extremidades, siempre que dicha pérdida de función sea continua durante ciento ochenta días consecutivos y que por pruebas satisfactorias se determine al Asegurador que dicha pérdida de función es permanente.

“Muerte cerebral” significa inconsciencia irreversible con pérdida total de la función cerebral y ausencia total de actividad eléctrica del cerebro, aunque el corazón todavía esté latiendo.

“Pérdida de uso” significa la pérdida total e irrecuperable de uso, siempre que la pérdida sea continua durante 12 meses consecutivos y el Asegurador determine que es permanente.

Las pérdidas por cuadriplejia, Paraplejia, Hemiplejia y “Pérdida de uso” están sujetas a un monto máximo combinado de todas las pólizas de \$1,000,000.

Si dichas lesiones causan cualquiera de las pérdidas específicas enumeradas anteriormente dentro de un año a partir de la fecha del accidente, el Asegurador pagará el beneficio aplicable específico basado en el/los importe(s) principal(es) correspondiente, sin embargo, no se pagará más de uno (el mayor) de dichos beneficios con respecto a todas las lesiones resultantes de un accidente por una mutilación accidental o una mutilación accidental en el lugar de trabajo.

BENEFICIOS ADICIONALES DE AD&D

BENEFICIO POR EXPOSICIÓN Y DESAPARICIÓN

Las pérdidas que resulten de la exposición inevitable a los elementos y que surjan de los peligros descritos anteriormente se cubrirán dentro del alcance de los beneficios otorgados a un Miembro del Plan. Si dentro del año de la desaparición, encallamiento, hundimiento o naufragio del transporte en el que viajaba en el momento del accidente, no se ha encontrado el cuerpo de un Miembro del Plan, se presumirá, sujeto a todas las demás condiciones del beneficio, que el Miembro del Plan perdió la vida a consecuencia de las lesiones corporales sufridas en el accidente.

BENEFICIO DE REPATRIACIÓN

Cuando una lesión cubierta resulte en la pérdida de la vida de un Miembro del Plan a más de ciento cincuenta (150) kilómetros de su ciudad de residencia permanente, o fuera de Canadá, y dentro de los 365 días a partir de la fecha del accidente, el Asegurador pagará los gastos reales incurridos para preparar al difunto para el entierro y el envío del cadáver a la ciudad de residencia del difunto, pero sin exceder de \$15,000.

BENEFICIO DE REHABILITACIÓN

Cuando las lesiones resulten en que el Asegurador efectúe un pago en virtud de cualquier beneficio que excluya el beneficio de pérdida de vida, además, el Asegurador pagará los gastos razonables y necesarios incurridos hasta el monto máximo de \$15,000, para la capacitación especial del Miembro del Plan, siempre y cuando:

- a) dicha capacitación sea necesaria debido a las lesiones sufridas y para que el Miembro del Plan esté calificado para ejercer una ocupación en la que él/ella no hubiera estado involucrado de no ser por tales lesiones;
- b) se incurre en los gastos dentro de los dos (2) años posteriores a la fecha del accidente;
- c) no se realizará ningún pago por gastos de vida ordinarios, viajes o ropa.

BENEFICIO DE TRANSPORTE FAMILIAR

Cuando las lesiones causan que un Miembro del Plan resulte ingresado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de los ciento cincuenta (150) kilómetros de la ciudad de residencia permanente del Miembro del Plan, o fuera de Canadá, y requiera la asistencia personal de un miembro de su familia inmediata, según lo recomendado por escrito por el médico tratante, el Asegurador pagará los gastos incurridos por el miembro de la familia, el transporte, realizado por un transportista común con licencia y por la ruta más directa hacia donde se encuentra internado el Miembro del Plan, pero sin exceder la cantidad máxima de \$15,000. **“Miembro de la familia inmediata”** significa cónyuge, padre o padrastro, hijo o hijastro, hermano o hermana, hermanastro o hermanastra, cuñado o cuñada, suegra o suegro y yerno o nuera.

BENEFICIO DE CAPACITACIÓN OCUPACIONAL PARA CÓNYUGES

Cuando las lesiones a un Miembro del Plan resulten en que el Asegurador realice un pago en virtud del Beneficio por muerte accidental, además, el Asegurador pagará los gastos realmente incurridos, dentro de los 365 días de la fecha del accidente, por parte del Cónyuge del Miembro del Plan en un programa formal de capacitación ocupacional con el propósito específico de calificar a dicho cónyuge para obtener un empleo activo en una ocupación para la cual el cónyuge no tendría las calificaciones suficientes. El máximo a pagar no deberá exceder la cantidad de \$15,000.

BENEFICIO DE ALTERACIÓN DEL HOGAR Y MODIFICACIÓN DE VEHÍCULO

Este beneficio es pagadero en caso de que un Miembro del Plan sufra una lesión que resulte en una de las pérdidas por mutilación por las que se pague beneficio, excluyendo el Beneficio por muerte accidental, y que dicha lesión requiera posteriormente el uso de una silla de ruedas para ser ambulatoria.

El Asegurador pagará los gastos razonables y necesarios realmente incurridos dentro de los 365 días a partir de la fecha del accidente por:

- 1) el costo único de las modificaciones a la residencia principal del Miembro del Plan para que sea accesible y habitable en silla de ruedas, y
- 2) el costo único de las modificaciones necesarias a un vehículo motorizado utilizado por el Miembro del Plan para que el vehículo sea accesible u operable para el Miembro del Plan.

Los pagos de los beneficios aquí mencionados no se efectuarán a menos que:

- a) las alteraciones en el hogar sean hechas por una persona o personas con experiencia en tales alteraciones y recomendadas por una organización reconocida, que brinde apoyo y asistencia a usuarios de sillas de ruedas; y
- b) las modificaciones del vehículo sean llevadas a cabo por una persona o personas con experiencia en tales asuntos y que las modificaciones estén aprobadas por las autoridades provinciales de licencias de vehículos.

El máximo a pagar según los artículos 1 y 2 combinados no excederá el 10% del importe principal correspondiente indicado en la sección **Resumen de los beneficios**, hasta un máximo de \$50,000.

BENEFICIO DE CUIDADO DIURNO

Si un Miembro del Plan o el cónyuge elegible de un Miembro del Plan pierde la vida en un accidente cubierto mientras la póliza de seguro está vigente, el Asegurador pagará, además de todos los demás beneficios pagaderos en virtud del beneficio por Mutilación y muerte accidentales, un beneficio de cuidado de día igual a los gastos razonables y necesarios realmente incurridos, sujeto a:

- a) el menor del 5% del importe principal correspondiente a la persona cubierta; o
- b) un máximo de \$5,000 por año:

para cualquier hijo dependiente que tenga 12 años o menos. El hijo dependiente debe estar inscrito en un centro de cuidado diurno con licencia legal en la fecha del accidente o debe estar inscrito en un centro de cuidado diurno con licencia legal dentro de los 365 días posteriores a la fecha del accidente.

El beneficio de cuidado diurno se pagará cada año durante cuatro (4) años consecutivos, pero solo después de recibir una prueba satisfactoria de que el niño está inscrito en un centro de cuidado diurno con licencia legal.

BENEFICIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Si un Miembro del Plan o el cónyuge elegible de un Miembro del Plan pierde la vida en un accidente cubierto mientras la póliza de seguro está vigente, el Asegurador pagará, además de todos los demás beneficios pagaderos en virtud del beneficio por Mutilación y muerte accidentales, un "Beneficio de educación especial", del 5% del importe principal correspondiente al Miembro del Plan hasta un máximo de \$5,000 por año, a nombre de cualquier hijo dependiente que, a la fecha del accidente, esté inscrito como estudiante a tiempo completo en cualquier institución de educación superior y, posteriormente, se inscriba como estudiante a tiempo completo en cualquier institución de educación superior dentro de los 365 días posteriores a la fecha del accidente.

El "**Beneficio de educación especial**" se paga anualmente por un máximo de cuatro (4) pagos anuales consecutivos, pero solo si el hijo dependiente continúa su educación como estudiante a tiempo completo en una institución de educación superior.

BENEFICIO POR DUELO

Cuando las lesiones cubiertas por el Beneficio por Mutilación y muerte accidentales causan la muerte de un Miembro del Plan, el Asegurador pagará, dentro de los 365 días a partir de la fecha del accidente, los gastos razonables y necesarios incurridos por los Dependientes elegibles supervivientes del Miembro del Plan (cónyuge e hijos) por un máximo de seis (6) sesiones de asesoría por duelo, a cargo de un consejero profesional, por un monto máximo de \$1,000.

"**Consejero profesional**" significa el tratamiento o la asesoría de un terapeuta o consejero con licencia, registro o certificación para brindar dicho tratamiento.

BENEFICIO DE INGRESOS MENSUALES POR INTERNACIÓN HOSPITALARIA

En caso de que un Miembro del Plan sufra una lesión que resulte en un pago realizado en virtud del beneficio por mutilación, excluyendo el beneficio por muerte accidental, y que el Miembro del Plan se encuentre internado en un hospital como paciente y esté bajo el cuidado de un médico o cirujano legalmente calificado y que no sea él mismo, el Asegurador pagará por cada mes completo, el uno por ciento (1%) del importe principal aplicable, sujeto a un beneficio máximo de \$2,500, o un treintavo (1/30) de dicho beneficio mensual por cada día de mes parcial, retroactivo al primer día completo de dicha hospitalización, pero sin exceder los 365 días en el agregado de cada período de internación en el hospital.

"Hospital", según se usa en este documento, significa un establecimiento legalmente constituido que cumple con todos los requisitos siguientes:

1. opera principalmente para la recepción, atención y tratamiento de personas enfermas, debilitadas o heridas como pacientes internos;
2. brinda servicio de enfermería las 24 horas del día por enfermeras registradas o graduadas;
3. tiene un personal de uno o más médicos con licencia disponibles en todo momento;
4. proporciona instalaciones organizadas para el diagnóstico e instalaciones quirúrgicas; y
5. no es principalmente una clínica, un hogar de ancianos o un hogar de convalecencia o un establecimiento similar ni, además de incidentalmente, un lugar para alcohólicos o drogadictos.

"Paciente interno" significa una persona admitida en un hospital como residente o paciente de cama y a quien el hospital proporciona al menos un día de alojamiento y comida.

BENEFICIO POR DESFIGURACIÓN COSMÉTICA

Si un Miembro del Plan sufre una quemadura de tercer grado debido a un accidente, el Asegurador pagará un porcentaje del importe principal correspondiente según el área del cuerpo que se quemó, y según la siguiente tabla, sujeto a un beneficio máximo pagadero de \$25,000:

Parte del cuerpo	(A) Clasificación del área	(B) % máximo permitido para el área quemada	(C) % máximo del importe principal a pagar
Cara, cuello, cabeza	11	9.0%	99.0%
Mano y antebrazo	5	4.5%	22.5%
Parte superior de cualquiera de los brazos	3	4.5	13.5%
Torso (delantero o trasero)	2	18.0%	36.0%
Cualquiera de los muslos	1	9.0%	9.0%
Parte inferior de cualquiera de las piernas	3	9.0%	27.0%

El “**máximo porcentaje del importe principal a pagar**” (columna (C) en la tabla anterior) se determina multiplicando la clasificación del área ((A) en la tabla anterior) por el porcentaje máximo permitido para el área quemada ((B) en la tabla anterior).

En caso de que la quemadura alcance el 50% de la superficie, el porcentaje máximo permitido para el área quemada (B) se reduce en un 50%. Esta tabla solo representa el porcentaje máximo del importe principal a pagar por cada accidente. Si el Miembro del Plan sufre quemaduras en más de un área como resultado de cualquier accidente, los beneficios no excederán un máximo de \$25,000.

BENEFICIO DE CINTURÓN DE SEGURIDAD

Este beneficio solo es pagadero en caso de que un Miembro del Plan sufra una lesión que resulte en una de las pérdidas pagaderas en virtud del Beneficio por mutilación o muerte accidentales . El importe principal del Miembro del Plan se incrementará en un 10%, hasta la cantidad máxima de \$25,000, si, en el momento del accidente, el Miembro del Plan estaba conduciendo o manejando un vehículo y llevaba puesto el cinturón de seguridad correctamente ajustado. Como parte de la prueba escrita de pérdida, deberá presentarse una prueba debida del uso del cinturón de seguridad.

“**Cinturón de seguridad**” significa aquellos cinturones que forman un sistema de retención. “**Vehículo**” significa un automóvil privado de pasajeros, una camioneta, una furgoneta o un automóvil tipo jeep.

BENEFICIO DE IDENTIFICACIÓN

En caso de que el Miembro del Plan sufra la pérdida accidental de su vida a no menos de ciento cincuenta (150) kilómetros del lugar de residencia normal del Miembro del Plan y que la policía o una autoridad gubernamental similar solicite a un miembro de la familia inmediata la identificación del cuerpo, el Asegurador reembolsará los gastos razonables realmente incurridos por dicho miembro de la familia por:

- a) transporte por la ruta más directa a la ciudad o pueblo donde se encuentra el cuerpo; y
- b) alojamiento en un hotel en dicha ciudad o pueblo, sujeto a una duración máxima de tres (3) días.

El reembolso de dichos gastos incurridos está sujeto a que el Beneficio por muerte accidental se pague posteriormente, de acuerdo con los términos de este Beneficio, luego de la identificación del cuerpo como Miembro del Plan.

El monto máximo a pagar para todos estos gastos no excederá de \$15,000. No se realizará el pago de pensión completa u otros gastos de alojamiento, de viaje o de vestimenta ordinarios, y el transporte debe realizarse en un vehículo o dispositivo operado con licencia para el transporte comercial pasajeros.

EXENCIÓN DE PRIMA DE AD&D

Si el Asegurador aprueba un Beneficio por discapacidad a largo plazo, el Beneficio por Mutilación y muerte accidentales continuará, sin costo alguno, hasta que el Miembro del Plan deje de estar **“Totalmente discapacitado”** o hasta que cumpla 65 años, lo que suceda primero.

Sujeto a todos los términos y condiciones de la póliza de seguro, la exención de cualquier prima que se proporcione en este documento continuará para el Miembro del Plan y sus Dependientes elegibles hasta que el Miembro del Plan cumpla 65 años, se retire o la póliza de seguro finalice.

DISCAPACIDADES RECURRENTE

Cuando un Miembro del Plan vuelve a estar Totalmente discapacitado por las mismas causas o por causas relacionadas, dentro de los 6 meses posteriores al cese del Beneficio de exención de prima, todas estas recurrencias se considerarán una continuación de la misma discapacidad y el Asegurador dispensará el período de calificación de 6 meses.

Si la misma discapacidad se repite más de 6 meses después del cese del Beneficio de exención de prima, dicha discapacidad será considerada como una discapacidad separada.

Dos discapacidades que se deben a causas no relacionadas se consideran discapacidades separadas si están separadas por un regreso al trabajo de al menos un (1) día.

TERMINACIÓN DE LA EXENCIÓN DE PRIMA DE AD&D

La exención de primas cesará en la fecha más temprana de las siguientes:

- a) la fecha en que un Miembro del Plan deja de estar Totalmente discapacitado según la definición de la póliza de seguro;
- b) la fecha en que un Miembro del Plan no le proporciona al Asegurador la evidencia médica adecuada que el Asegurador considere necesaria;
- c) la fecha en que un Miembro del Plan ya no recibe atención y tratamiento regulares y continuos por parte de un médico apropiado para la condición incapacitante, según determine el Asegurador;
- d) la fecha en que un Miembro del Plan no asiste a una evaluación médica, psiquiátrica, psicológica, funcional, educativa y/o vocacional realizada por un examinador seleccionado por el Asegurador;
- e) la fecha en que termina la póliza de seguro;
- f) la fecha en que un Miembro del Plan cumple 65 años o se retira; o
- g) la fecha en que un Miembro del Plan muere.

COBERTURA DURANTE LA EXENCIÓN DE PRIMA

Mientras se eximen de las primas, el Beneficio por Mutilación y muerte accidentales en virtud de la póliza de seguro para un Miembro del Plan continuará en vigencia. El monto de dicho seguro será el monto del seguro que estaba en vigencia en la fecha de inicio de la discapacidad, sujeto a cualquier reducción de edad o terminación que se muestre en la póliza.

PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

En la fecha de terminación del Beneficio por Mutilación y muerte accidentales o durante el período de 31 días posteriores a la terminación, un Miembro del Plan puede convertir su seguro en una póliza individual de seguro de Mutilación y muerte accidentales del Asegurador.

La póliza individual entrará en vigencia a partir de la fecha en que el Asegurador reciba la solicitud o en la fecha en que finalice la cobertura en virtud del Plan, lo que ocurra más tarde.

La prima será la misma que pagaría una persona al momento de solicitar una póliza individual en ese momento.

La solicitud de una póliza individual se puede efectuar contactando a la Oficina de Administración del Plan. El importe del beneficio de seguro convertido no deberá exceder el monto emitido durante la Membresía del Plan, hasta un máximo de \$200,000. La póliza individual cubrirá únicamente Mutilación y muerte accidentales.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL BENEFICIO POR MUTILACIÓN Y MUERTE ACCIDENTALES

Este beneficio no cubre las pérdidas causadas por uno o más de los siguientes:

- a) Lesiones autoinfligidas intencionalmente, suicidio o cualquier intento de cometer los mismos, en pleno goce de sus facultades o en estado de insania;
- b) Guerra declarada o no declarada o cualquier acto de la misma;
- c) Viajar o volar en una aeronave de propiedad o arrendada por el titular de la póliza, un Miembro del Plan o un miembro de la familia de un Miembro del Plan, o una aeronave utilizada para cualquier prueba o propósito experimental, extinción de incendios, inspección de líneas eléctricas, inspección de tuberías, fotografía aérea o exploración;
- d) Pérdidas ocurridas mientras el Miembro del Plan se desempeña en servicio activo a tiempo completo en las Fuerzas Armadas de cualquier país o autoridad internacional;
- e) Viajar o volar en cualquier vehículo o dispositivo para navegación aérea; excepto en la medida en que dicho viaje o vuelo se proporcione en la descripción de este beneficio.

Con respecto a los viajes aéreos, el seguro otorgado se aplicará a las pérdidas causadas por o resultantes de viajes o vuelos en cualquier aeronave o cualquier otro dispositivo para la navegación aérea, incluido el embarque o el descenso de los mismos, excepto:

- a) mientras se utiliza para cualquier prueba o propósito experimental; o
- b) mientras el Miembro del Plan está operando, aprendiendo a operar o sirviendo como miembro de la tripulación del mismo; o

- c) mientras sea operado por o para o bajo la dirección de cualquier autoridad militar, que no sea un avión de transporte operado por el Comando de Transporte Aéreo de las Fuerzas Armadas Canadienses o el servicio de transporte aéreo similar de cualquier otro país; o
- d) cualquier aeronave o dispositivo que sea propiedad o esté arrendado por o en nombre del Sindicato o empleador, o de cualquier subsidiaria o filial de la misma, o por un Miembro del Plan o cualquier miembro de su hogar; o
- e) mientras se utiliza para extinción de incendios, inspección de tuberías, inspección de líneas eléctricas, fotografía aérea o exploración.

Los "**Beneficios adicionales por Mutilación y muerte accidentales**" descritos anteriormente (aparte de los beneficios por muerte accidental, mutilación accidental, muerte accidental en el lugar de trabajo y mutilación accidental en el lugar de trabajo) estarán limitados a solo una (1) póliza de seguro en caso de que los beneficios estén contenidos en dos (2) o más pólizas emitidas por el Asegurador que cubren al mismo Miembro del Plan.

SUJECIÓN A IMPUESTOS DE LA PRIMA PAGADA POR MUTILACIÓN Y MUERTE ACCIDENTALES

Cualquier prima por Mutilación y muerte accidentales pagada por el Fondo a nombre de un Miembro del Plan se considera según las leyes de impuestos de Canadá como un beneficio imponible para el Miembro del Plan en el año calendario en que se recibió.

Durante el mes de febrero de cada año, el Miembro del Plan que haya estado cubierto por el Beneficio por Mutilación y muerte accidentales del Plan en el año calendario anterior recibirá un formulario de impuestos oficial del Plan que indica la cantidad total de la prima pagada por Mutilación y muerte accidentales (junto con cualquier otra prima tributable pagada) por el Fondo en nombre del Miembro del Plan durante el año calendario anterior.

En el cálculo de su ingreso sujeto a impuestos, el Miembro del Plan debe declarar como ingreso en su declaración anual de impuestos sobre el ingreso cualquier prima por Mutilación y muerte accidentales pagada a su nombre (que se muestra en el formulario oficial de impuestos).

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO POR MUTILACIÓN Y MUERTE ACCIDENTALES

El Beneficio por discapacidad total y permanente de un Miembro del Plan terminará el día anterior a la fecha en que el Miembro del Plan se retire o cumpla 65 años. El Beneficio por Mutilación y muerte accidentales de un Miembro del Plan terminará el día en que el Miembro del Plan se retire y haya agotado el saldo de su cuenta en el Dollar Bank. La cobertura para un Miembro del Plan y para cualquier Dependiente también terminará como se describe anteriormente en la sección **Información de elegibilidad** de esta Guía.

FORMULARIO REQUERIDO PARA RECLAMACIÓN POR MUTILACIÓN Y MUERTE ACCIDENTALES

No se realizará ningún pago de beneficios a un Miembro del Plan a menos que se presente un Formulario de reclamación completo, así como todo otro documento requerido, a la Oficina de Administración del Plan y/o al Asegurador dentro del tiempo especificado para presentar una reclamación. Consulte las disposiciones de la **Fecha límite de presentación de reclamaciones** en la sección **Reglas y disposiciones generales del Plan** de esta Guía.

BENEFICIO DE INDEMNIZACION SEMANAL (WI)

Un Miembro del Plan que quede totalmente discapacitado debido a una enfermedad y/o una lesión que no esté relacionada con el trabajo puede ser elegible para recibir pagos del Beneficio de indemnización semanal (WI).

Se considera que un Miembro del Plan está **“totalmente discapacitado”** si no puede realizar cualquiera de las tareas de la ocupación o empleo del Miembro del Plan. Para calificar para los pagos del beneficio semanal de WI, el Miembro del Plan debe proporcionar prueba de una condición incapacitante que sea satisfactoria para el Plan y debe estar bajo la atención y el tratamiento continuos de un médico o especialista legalmente calificado y con licencia.

FECHA DE INICIO DEL PAGO DEL BENEFICIO SEMANAL DE WI

Los pagos del beneficio semanal de WI se efectúan por cualquier período continuo de discapacidad durante el cual un Miembro del Plan permanezca totalmente discapacitado y a partir de:

- 1) el 1er día de una discapacidad resultado de un accidente; o
- 2) el 1er día de una discapacidad que requiera cirugía ambulatoria que no sea de naturaleza cosmética; o
- 3) el 8° día continuo de una discapacidad resultado de una enfermedad.

PERÍODO MÁXIMO DE PAGO PARA EL BENEFICIO SEMANAL DE WI

El período máximo durante el cual un Miembro del Plan con discapacidad total puede recibir pagos del beneficio semanal de WI es de 17 semanas, por cualquier período consecutivo de discapacidad que no supere el día en que el Miembro del Plan se retira.

El período máximo de 17 semanas para el de pago del beneficio semanal de WI incluye el período de 15 semanas en que se paguen los beneficios por accidente y enfermedad del Seguro de Desempleo (EI), si corresponde. 17 semanas es la duración total de los pagos combinados de los beneficios proporcionados de WI y de IE.

PAGO MÁXIMO PARA EL BENEFICIO SEMANAL DE WI

El beneficio máximo de WI a pagar es de \$400 por semana. Este pago se prorrata según la cantidad de días de discapacidad durante la semana, si es menos de una semana.

Para determinar el beneficio semanal de WI a pagar a un Miembro del Plan, la fecha en que se considera que el Miembro del Plan ha quedado totalmente discapacitado no debe ser anterior a la fecha en que el Miembro del Plan consulte por primera vez a un Médico o Especialista por dicha discapacidad.

Solo se pagará al Miembro del Plan un Beneficio semanal de WI, independientemente de si el Miembro del Plan está totalmente discapacitado por más de una discapacidad.

REDUCCIONES EN EL PAGO DEL BENEFICIO SEMANAL DE WI

Los pagos de beneficios semanales de WI a nombre de un Miembro del Plan serán reducidos por cualquier ingreso o beneficio pagadero a un Miembro del Plan bajo cualquier otro acuerdo, plan o programa de trabajo de cualquier empleador o agencia gubernamental, incluido cualquier plan o programa establecido conforme a una ley provincial de seguro automotor, si corresponde.

El Plan se reserva el derecho de solicitar y obtener información sobre cualquier ingreso que un Miembro del Plan pueda recibir, o sea elegible para recibir durante un período de discapacidad por el cual un Miembro del Plan ha presentado una reclamación de WI al Plan.

Un Miembro del Plan que presenta una reclamación de WI al Plan o que ya está recibiendo pagos de beneficio semanal de WI debe informar a la Oficina de Administración del Plan acerca de las fuentes de todos los ingresos que el Miembro del Plan recibe. No se efectuarán pagos de beneficio semanal de WI a un Miembro del Plan que no proporcione la información solicitada sobre sus otras fuentes de ingresos.

SUJECIÓN A IMPUESTOS DEL BENEFICIO SEMANAL DE WI

Cualquier pago de beneficio semanal de WI que reciba un Miembro del Plan se considera como un ingreso imponible para el Miembro del Plan en el año calendario en que se recibió.

En febrero de cada año, el Miembro del Plan que recibió uno o más pagos de beneficio semanal de WI en el año calendario anterior recibirá del Plan un formulario oficial de impuestos que indica el importe total de los pagos de beneficio semanal de WI efectuados al Miembro del Plan en el año calendario anterior.

Cualquier cantidad que se muestra en el formulario oficial de impuestos debe informarse como ingresos en la declaración anual de impuestos del Miembro del Plan.

INTEGRACIÓN DE WI CON LOS BENEFICIOS DE DISCAPACIDAD DEL SEGURO DE DESEMPLEO (EI)

El Beneficio de WI del Plan se coordina con los beneficios por accidente y enfermedad del EI.

Si un Miembro del Plan no puede trabajar debido a una discapacidad no relacionada con el trabajo, el Miembro del Plan debe presentar inmediatamente una reclamación de discapacidad para obtener el Beneficio de WI del Plan, así como para los beneficios por accidente y enfermedad del EI.

El Plan efectuará los pagos de beneficios semanales de WI durante el período de espera inicial del IE, que actualmente es de una semana calendario. Después del período de espera del IE, el IE puede pagar un beneficio por discapacidad de accidente y enfermedad por un máximo de 15 semanas.

Durante este período de beneficio de 15 semanas de accidente y enfermedad del EI, el Plan no efectuará ningún pago de beneficios de WI a menos que se proporcione una prueba de que el Miembro del Plan no es elegible para los beneficios de accidente y enfermedad del EI.

Para recibir los pagos del beneficio semanal de WI del Plan durante el período de 15 semanas de beneficios por discapacidad del EI, el Miembro del Plan debe proporcionar una declaración del Department of Employment and Social Development Canada, que indique la cantidad de semanas en que se pagaron los beneficios de accidente y enfermedad del EI o que confirme que los beneficios por accidente y enfermedad del EI fueron denegados.

Es importante destacar que el Miembro del Plan debe solicitar los beneficios del EI por accidente y enfermedad y no los beneficios del EI por desempleo. Si un Miembro del Plan tiene una reclamación de beneficio por desempleo del EI ya aprobada y recibe los beneficios de desempleo del EI en la fecha en que queda totalmente discapacitado, además de notificar a la Oficina de Administración del Plan, el Miembro del Plan deberá notificar de inmediato al *Department of Employment and Social Development Canada* acerca de su discapacidad y cambiar su reclamación de beneficios por desempleo del EI por una reclamación de beneficios por accidente y enfermedad del EI.

DISCAPACIDADES WI RECURRENTES

Si un Miembro del Plan que ya está recibiendo pagos del beneficio semanal de WI regresa al trabajo y luego reanuda su reclamación por discapacidad, el Plan considerará que este es un período continuo de estar totalmente discapacitado, siempre y cuando el regreso al trabajo (o la disponibilidad para trabajar) sea por un período de dos (2) semanas o menos.

En estas circunstancias, el Período máximo de beneficios de WI del Plan de 17 semanas (descrito anteriormente) continuará basándose en la fecha inicial (previa) de discapacidad. La única excepción a esta regla es si la ausencia del trabajo subsiguiente del Miembro del Plan se debe a una discapacidad nueva no relacionada, que comenzó después de que el Miembro del Plan regresó al trabajo (o estuvo disponible para trabajar) durante al menos un día completo.

SUBROGACIÓN DEL PAGO DEL BENEFICIO SEMANAL DE WI

Como parte del proceso de presentación de reclamaciones, el Plan requiere que el Miembro del Plan que presente una reclamación por discapacidad para el Beneficio WI del Plan complete y presente un Acuerdo de Reembolso.

Si, como resultado del incidente que causó o contribuyó a la discapacidad del Miembro del Plan, el Miembro del Plan tiene derecho a recuperar la compensación por pérdida de ingresos de un tercero, el Plan se subrogará a todos los derechos de recuperación de pérdida de ingresos del Miembro del Plan. El importe que recuperará el Plan no excederá la suma de los pagos del beneficio semanal de WI que paga el Plan. En caso de que un Miembro del Plan proporcione al Plan una prueba de que el Miembro del Plan no ha cobrado la compensación total por pérdida de ingresos, el Plan determinará la proporción de los daños realmente cobrados por el Miembro del Plan y compartirá una cantidad proporcional de ese importe.

Si el Miembro del Plan decide resolver el asunto con el tercero antes de la determinación judicial, se entiende que el Plan considerará a la suma alcanzada en el acuerdo como una compensación total por pérdida de ingresos y aplicará su derecho de subrogación.

El término **“Compensación”** incluirá cualquier suma global o pagos periódicos que un Miembro del Plan reciba o tenga derecho a recibir por pérdidas de ingresos pasados, presentes o futuros..

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL BENEFICIO DE INDEMNIZACION SEMANAL

No se efectuarán pagos del beneficio semanal de WI en las siguientes circunstancias:

1. por cualquier parte de un período de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan no reciba supervisión/tratamiento continuos por parte de un médico o especialista con licencia que el Plan considere apropiado para el impedimento que causa la discapacidad;
2. por cualquier parte de un período de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan recibe tratamiento solo por parte de un terapeuta, a menos que un médico o especialista con licencia lo recomiende y el Plan lo considere apropiado para el impedimento que causa la discapacidad;
3. por discapacidades resultantes del abuso de sustancias, incluyendo el alcoholismo y la adicción a las drogas, a menos que el Miembro del Plan esté participando en un programa reconocido de tratamiento contra el abuso de sustancias;
4. por cualquier parte de un período de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan no participa en un programa de tratamiento recomendado por un médico o especialista con licencia que el Plan considere apropiado para el impedimento que causa la discapacidad;
5. por cualquier parte de un período de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan hace cualquier tipo de trabajo por un salario o ganancia;
6. por discapacidades por las cuales los beneficios son pagaderos en virtud de una ley de compensación al trabajador o similar, a menos que se presente la prueba debida de que el Miembro del Plan ha sido descalificado para tales beneficios;
7. sujeto a la legislación aplicable, el Plan no cubre discapacidades derivadas de un accidente automovilístico;

8. procedimientos quirúrgicos o tratamientos realizados en un hospital, principalmente con fines estéticos o de embellecimiento, excluyendo las discapacidades resultantes de complicaciones debidas a dichos procedimientos o tratamientos quirúrgicos;
9. para discapacidades resultantes de lesiones o enfermedades intencionalmente autoinfligidas o intento de autodestrucción, ya sea que el Miembro del Plan esté en pleno goce de sus facultades o en estado de insania;
10. por discapacidades resultantes del intento o participación del Miembro del Plan en la comisión de un delito penal;
11. por discapacidades resultantes de un accidente que ocurra mientras el Miembro del Plan opere un vehículo motorizado y su sangre contenga más de 80 miligramos de alcohol en 100 mililitros de sangre (.08%) o más que el límite legal de alcohol de sangre legalizado en la jurisdicción donde ocurra el accidente;
12. por cualquier parte de un período de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan esté encarcelado en una institución penal o recluso en un hospital o institución similar, como resultado de un proceso penal;
13. por discapacidades resultantes de lesiones o enfermedades que ocurren mientras el Miembro del Plan esté en servicio activo en las Fuerzas Armadas de cualquier país, estado u organización internacional;
14. por discapacidades que sean resultado de la participación del Miembro del Plan en una guerra, disturbios o insurrecciones;
15. por discapacidades por las cuales no se ha presentado una reclamación dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha de la discapacidad;
16. en la fecha en que el Miembro del Plan se niega, o no completa, devuelve o cumple con los términos del Acuerdo de Reembolso en virtud de la disposición **SUBROGACIÓN DEL PAGO DEL BENEFICIO SEMANAL DE WI**;
17. por cualquier parte de un período de discapacidad durante cualquier Permiso de ausencia (incluyendo el permiso por maternidad), excepto cuando los beneficios se proporcionan durante el período de recuperación postnatal del permiso por maternidad.

“Permiso de ausencia” significa un período de tiempo fuera del trabajo acordado mutuamente entre el empleador y el Miembro del Plan. En el caso de un permiso por maternidad, el permiso comenzará a más tardar:

- i) la fecha de inicio elegida para el permiso por maternidad; o
- ii) la fecha del parto o en que el desempeño del Miembro del Plan se ve afectado por el embarazo.

Dicho permiso terminará en la última de la fecha definida por los estatutos provinciales o federales, o la fecha acordada entre el empleador y el Miembro del Plan.

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO DE WI Y DEL PAGO DEL BENEFICIO SEMANAL DE WI

La cobertura de WI y cualquier pago del beneficio semanal que se efectúe a un Miembro del Plan con discapacidad terminará el día en que el Miembro del Plan se retire. La cobertura no se proporciona durante ningún período de pago directo. La cobertura para un Miembro del Plan también terminará como se describe anteriormente en la sección **Información de elegibilidad** de esta Guía.

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIÓN SEMANAL REQUERIDO

No se realizará ningún pago de beneficios a un Miembro del Plan a menos que se presente un Formulario de reclamación completo, así como todo otro documento requerido, a la Oficina de Administración del Plan dentro del tiempo especificado para presentar una reclamación. Consulte las disposiciones de la **Fecha límite de presentación de reclamaciones** en la sección **Reglas y disposiciones generales del Plan** de esta Guía.

BENEFICIO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)

El Miembro del Plan calificado que sea menor de 65 años y que quede totalmente discapacitado debido a una enfermedad y/o una lesión durante el período de tiempo requerido conocido como Período calificador de discapacidad puede ser elegible para recibir los pagos del Beneficio mensual por LTD.

Se considera que un Miembro del Plan está "**totalmente discapacitado**" si no puede desempeñar cualquiera de los deberes de cualquier ocupación para la cual el Miembro del Plan esté razonablemente calificado por capacitación, educación o experiencia.

Para calificar para los pagos del Beneficio mensual por LTD, el Miembro del Plan debe proporcionar prueba de una condición incapacitante que sea satisfactoria para el Asegurador y debe estar bajo la atención y el tratamiento continuos de un médico o especialista legalmente calificado y con licencia.

FECHA DE INICIO DEL PAGO DEL BENEFICIO MENSUAL POR LTD

Se podrá efectuar los pagos del Beneficio mensual por LTD a un Miembro del Plan durante cualquier período continuo de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan permanezca totalmente discapacitado después del Período calificador de discapacidad, que es de 120 días continuos, o después del agotamiento de cualquier pago del Beneficio semanal de WI que se abone al Miembro del Plan (lo que sea más largo) y que complete antes de cumplir los 65 años de edad.

Si el período inicial de discapacidad no es continuo durante el Período calificador de discapacidad de 120 días, la cantidad de días que un Miembro del Plan está discapacitado se acumulará para satisfacer el Período calificador de discapacidad de 120 días, siempre y cuando:

- 1) no haya interrupción (de más de 2 semanas 814 días) en el Período calificador de discapacidad continuo; y
- 2) las discapacidades (antes y después de la interrupción del Período calificador de discapacidad) surjan de la misma enfermedad relacionada o lesión que la causó.

PERÍODO MÁXIMO DE PAGO PARA EL BENEFICIO MENSUAL POR LTD

Un Miembro del Plan totalmente discapacitado puede recibir pagos del Beneficio mensual por LTD durante cualquier período consecutivo de discapacidad, sin embargo, no más allá del día en que cumpla los 65 años, la recuperación de la discapacidad o su fallecimiento.

Un Miembro del Plan que está recibiendo pagos del Beneficio mensual por LTD debe proporcionar al Asegurador una prueba continua de discapacidad según sea necesario y debe permanecer bajo atención y tratamiento continuos de un médico o especialista legalmente calificado y con licencia.

No se efectuarán pagos del Beneficio mensual por LTD después que el Miembro del Plan cumpla la edad de 65 años, a menos que el Miembro del Plan satisfaga el Período calificador de discapacidad mientras tiene 64 años y sea considerado elegible para los pagos del Beneficio mensual por LTD. En este caso, los pagos del Beneficio mensual por LTD se efectuarán durante un período máximo de 12 meses, siempre que el Miembro del Plan permanezca totalmente discapacitado durante dicho período.

PAGO MÁXIMO PARA EL BENEFICIO MENSUAL POR LTD

El beneficio máximo por LTD a pagar es de \$500 por mes. El pago de este Beneficio mensual por LTD se prorrateará según la cantidad de días de discapacidad durante el mes, si es menos de un mes.

Para determinar el Beneficio mensual de LTD a pagar a un Miembro del Plan, la fecha en que se considera que el Miembro del Plan ha quedado totalmente discapacitado no ser considerada como anterior a la fecha en que el Miembro del Plan consulte por primera vez a un Médico o Especialista por dicha discapacidad.

Solo se pagará al Miembro del Plan un Beneficio mensual por LTD, independientemente de si el Miembro del Plan está totalmente discapacitado por más de una discapacidad.

REDUCCIONES EN EL PAGO DEL BENEFICIO MENSUAL POR LTD

El importe del Beneficio mensual por LTD que se paga a un Miembro del Plan calificado con discapacidad se puede reducir debido a los ingresos que el Miembro del Plan pueda recibir de otras fuentes.

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar y obtener información sobre cualquier ingreso que un Miembro del Plan pueda recibir, o sea elegible para recibir durante un período de discapacidad por el cual un Miembro del Plan ha presentado una reclamación al Plan por discapacidad a largo plazo.

El Miembro del Plan que presenta una reclamación por discapacidad a largo plazo o que ya está recibiendo pagos mensuales de beneficios por parte del Plan debe informar al Asegurador acerca de todas sus fuentes de ingresos. No se efectuarán pagos de Beneficio mensual por LTD al Miembro del Plan que no proporcione la información solicitada sobre sus otras fuentes de ingresos.

REDUCCIONES DIRECTAS AL PAGO DEL BENEFICIO MENSUAL POR LTD

El pago neto del Beneficio mensual por LTD se calcula, primero, deduciendo directamente todos los ingresos mensuales por discapacidad que el Miembro del Plan recibe de cualquier ley de WSIB (o ley similar) del pago del Beneficio mensual por LTD.

REDUCCIONES INDIRECTAS AL PAGO DEL BENEFICIO MENSUAL POR LTD - Límite de ingresos de todas las fuentes

Luego de la aplicación de las reducciones directas descritas anteriormente, el pago del Beneficio mensual por LTD a nombre de un Miembro del Plan puede sufrir reducciones adicionales por cualquier ingreso o beneficio pagadero al Miembro del Plan bajo cualquier otro acuerdo, plan o programa de trabajo de cualquier empleador o agencia gubernamental, incluido cualquier plan o programa establecido conforme a una ley provincial de seguro automotor, si corresponde.

Si el importe que generan todas las fuentes de ingreso de un Miembro del Plan discapacitado (incluido el pago del Beneficio mensual por LTD de este Plan) supera el 85% de los Ingresos mensuales brutos previos a la discapacidad del Miembro del plan, el pago neto del Beneficio mensual por LTD se reducirá aún más por el monto de dicho exceso.

El ingreso mensual total de un Miembro del Plan recibido de todas las fuentes incluye todo lo siguiente:

- a) pagos del Beneficio mensual por LTD en virtud de este plan;
- b) ingresos por beneficio por discapacidad del WSIB descritos anteriormente en “Reducción directa de beneficios”;
- c) salarios o beneficios de retiro pagaderos por parte de su empleador, incluyendo la pensión o el plan de jubilación de su empleador o por cuenta propia;
- d) cualquier tipo de pagos de beneficios recibidos del Plan de Pensiones de Canadá o Quebec (beneficios primarios o familiares);
- e) cualquier ingreso o beneficio pagadero en virtud de cualquier otro plan o programa de cualquier gobierno o la Corona o cualquier subdivisión o agencia del gobierno o la Corona, incluyendo cualquier plan o programa establecido de conformidad con una Ley de seguro automotor provincial, según corresponda;
- f) ingresos y beneficios pagaderos en virtud de cualquier otro plan o programa que el empleador proporcione al Miembro del Plan. Dicho plan o programa incluye cualquier beneficio por discapacidad permanente y total del seguro colectivo que el Miembro del Plan podría haber elegido no solicitar.

“**Ganancias**” significa las ganancias normales de un Miembro del Plan según se especifican en el recibo T4 u otra información fiscal emitida u obtenida por el Miembro del Plan en el año anterior a la fecha de la discapacidad del Miembro del Plan.

Con respecto a un Miembro del Plan discapacitado que participe en un Programa de Rehabilitación de Empleo (descrito más adelante), si el ingreso mensual total del Miembro del Plan a través de todas las fuentes supera el 100% de los ingresos mensuales previos a la discapacidad del Miembro del Plan, se deducirá la cantidad de dicho exceso del pago del Beneficio mensual por LTD del Miembro del Plan.

SUJECIÓN A IMPUESTOS DEL BENEFICIO MENSUAL POR LTD

Cualquier pago del Beneficio mensual por LTD que reciba un Miembro del Plan se considera según las leyes de impuestos de Canadá como un ingreso imponible para el Miembro del Plan en el año calendario en que se recibió.

Durante el mes de febrero de cada año, el Miembro del Plan que recibió uno o más pagos del Beneficio mensual por LTD en el año calendario anterior recibirá del Asegurador un formulario oficial de impuestos que indica el importe total de los pagos de Beneficio mensual por LTD efectuados al Miembro del Plan en el año calendario anterior.

En el cálculo de su ingreso sujeto a impuestos, el Miembro del Plan debe declarar como ingreso en su declaración anual de impuestos sobre la renta cualquier Beneficio mensual por LTD pagado a su nombre (que se muestra en el formulario oficial de impuestos).

DISCAPACIDADES POR LTD RECURRENTES

Si una discapacidad se repite y se debe a causas iguales o relacionadas, se considerará como un período continuo de discapacidad y no estará sujeto a un nuevo Período calificador de discapacidad a menos que el Miembro del Plan haya regresado a un empleo activo a tiempo completo por un período de 6 meses consecutivos o más.

Si una nueva discapacidad se debe a causas no relacionadas con una discapacidad anterior, un Miembro del Plan puede ser elegible para un nuevo período de discapacidad, sujeto a un nuevo Período calificador de discapacidad, si ha habido un retorno al trabajo activo de por al menos un día completo.

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DE EMPLEO

Si un Miembro del Plan recibe pagos del Beneficio mensual por LTD, el Asegurador puede recomendar y requerir que el Miembro del Plan participe en un Programa de capacitación y/o rehabilitación de empleo adecuado, que tenga en cuenta la naturaleza de la discapacidad y las capacidades funcionales del Miembro del Plan. A los Miembros del Plan que califiquen para un Programa de rehabilitación de empleo se les proporcionará detalles adicionales.

Si un Miembro del Plan se niega a participar en un Programa de capacitación y/o rehabilitación de empleo recomendado por el Asegurador, se cancelarán los pagos del Beneficio mensual por LTD que reciben el Miembro del Plan.

Tenga en cuenta que cualquier ingreso pagado a un Miembro del Plan en un Programa de rehabilitación de empleo puede reducir el pago de Beneficios mensuales por LTD del Miembro del Plan. Para obtener mayor información, consulte la sección **REDUCCIONES EN EL PAGO DEL BENEFICIO MENSUAL POR LTD.**

SUBROGACIÓN DEL BENEFICIO MENSUAL POR LTD

Como parte del proceso de presentación de reclamaciones, el Asegurador requiere que el Miembro del Plan que presente una reclamación de Beneficio por discapacidad a largo plazo del Plan complete y presente un Acuerdo de Reembolso. Si, como resultado del incidente que causó o contribuyó a la discapacidad del Miembro del Plan, el Miembro del Plan tiene derecho a recuperar la compensación por pérdida de ingresos de un tercero, el Asegurador se subrogará a todos los derechos de recuperación de pérdida de ingresos del Miembro del Plan.

El importe que recuperará el Asegurador no excederá la suma de los pagos del Beneficio mensual por LTD que paga el Asegurador. En caso de que un Miembro del Plan proporcione al Asegurador una prueba de que el Miembro del Plan no ha cobrado la compensación total por pérdida de ingresos, el Asegurador determinará la proporción de los daños realmente cobrados por el Miembro del Plan y compartirá una cantidad proporcional de ese importe. Si el Miembro del Plan decide resolver el asunto con el tercero antes de la determinación judicial, se entiende que el Asegurador considerará a la suma alcanzada en el acuerdo como una compensación total por pérdida de ingresos y aplicará su derecho de subrogación.

El término **“Compensación”** incluirá cualquier suma global o pagos periódicos que un Miembro del Plan reciba o tenga derecho a recibir por pérdidas de ingresos pasados, presentes o futuros..

EXCLUSIÓN DE DISCAPACIDADES PREEXISTENTES

No se efectúan pagos de Beneficios mensuales por LTD por ningún período de discapacidad total que comience dentro de los primeros 6 meses de la fecha de entrada en vigencia de la elegibilidad inicial de un Miembro del Plan para el Beneficio por discapacidad a largo plazo, si el período de discapacidad total es causado por o contribuye al mismo una lesión o enfermedad por la cual el Miembro del Plan recibiera servicios de tratamiento médico o tomara un medicamento recetado en cualquier momento durante el período de 90 días inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigencia de la elegibilidad inicial para el Beneficio por discapacidad a largo plazo.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL BENEFICIO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

No se efectuarán pagos del Beneficio mensual por LTD a un Miembro del Plan en las siguientes circunstancias:

1. por cualquier parte de un período de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan no reciba supervisión/tratamiento continuos por parte de un médico o especialista con licencia que el Asegurador considere apropiado para el impedimento que causa la discapacidad;

2. por cualquier parte de un período de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan recibe tratamiento solo por parte de un terapeuta, a menos que un médico o especialista con licencia lo recomiende y el Asegurador lo considere apropiado para el impedimento que causa la discapacidad;
3. por discapacidades resultantes del abuso de sustancias, incluyendo el alcoholismo y la adicción a las drogas, a menos que el Miembro del Plan esté participando en un programa reconocido de tratamiento contra el abuso de sustancias que el Asegurador considere apropiado para la disfunción que causa la discapacidad;
4. por cualquier parte de un período de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan no participa en un programa de rehabilitación o tratamiento recomendado por un médico o especialista con licencia que el Asegurador considere apropiado para el impedimento que causa la discapacidad;
5. para discapacidades resultantes de lesiones o enfermedades intencionalmente autoinfligidas o intento de autodestrucción, ya sea que el Miembro del Plan esté en pleno goce de sus facultades o en estado de insania;
6. por discapacidades resultantes del intento o participación del Miembro del Plan en la comisión de un delito penal;
7. por discapacidades resultantes de un accidente que ocurra mientras el Miembro del Plan opere un vehículo motorizado y su sangre contenga más de 80 miligramos de alcohol en 100 mililitros de sangre (.08%) o más que el límite legal de alcohol de sangre legalizado en la jurisdicción donde ocurra el accidente;
8. por cualquier parte de un período de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan esté encarcelado en una institución penal o recluido en un hospital o institución similar, como resultado de un proceso penal;
9. por discapacidades resultantes de lesiones o enfermedades que ocurren mientras el Miembro del Plan esté en servicio activo en las Fuerzas Armadas de cualquier país, estado u organización internacional;
10. por discapacidades que sean resultado de la participación del Miembro del Plan en una guerra, disturbios o insurrecciones;
11. por discapacidades por las cuales no se ha presentado una reclamación dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha de la discapacidad;
12. en la fecha en que el Miembro del Plan se niega, o no completa, devuelve o cumple con los términos del Acuerdo de Reembolso en virtud de la disposición SUBROGACIÓN DEL PAGO DEL BENEFICIO MENSUAL POR LTD;
13. sujeto a la legislación aplicable, el Plan no cubre discapacidades derivadas de un accidente automovilístico;
14. por cualquier parte de un período de discapacidad durante cualquier Permiso de Ausencia (incluido el Permiso por maternidad).

“**Permiso de ausencia**” significa un período de tiempo fuera del trabajo acordado mutuamente entre el empleador y el Miembro del Plan. En el caso de un permiso por maternidad, el permiso comenzará a más tardar:

- i) la fecha de inicio elegida para el permiso por maternidad; o
- ii) la fecha del parto; o
- iii) la fecha en que el empleador puede requerir que comience el permiso de ausencia si el embarazo afecta el desempeño del Miembro del Plan.

Dicho permiso terminará en la última de la fecha definida por los estatutos provinciales o federales, o la fecha acordada entre el empleador y el Miembro del Plan.

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO POR LTD Y DE LOS PAGOS MENSUALES DEL BENEFICIO

La cobertura del Beneficio por discapacidad a largo plazo terminará el día anterior a la fecha en que el Miembro del Plan se retire o cumpla 65 años. La cobertura no se proporciona durante ningún período de Plan de pago directo. La cobertura para un Miembro del Plan también terminará como se describe anteriormente en la sección **Información de elegibilidad** de esta Guía.

No se efectuarán pagos del Beneficio mensual por LTD después que el Miembro del Plan cumpla la edad de 65 años, a menos que el Miembro del Plan satisfaga el Período calificador de discapacidad mientras tiene 64 años y sea considerado elegible para los pagos del Beneficio mensual por LTD. En este caso, los pagos del Beneficio mensual por LTD se efectuarán durante un período máximo de 12 meses, siempre que el Miembro del Plan permanezca totalmente discapacitado durante dicho período.

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO REQUERIDO

No se realizará ningún pago de beneficios a un Miembro del Plan a menos que se presente un Formulario de reclamación completo, así como todo otro documento requerido, a la Oficina de Administración del Plan y/o al Asegurador dentro del tiempo especificado para presentar una reclamación. Consulte las disposiciones de la **Fecha límite de presentación de reclamaciones** en la sección **Reglas y disposiciones generales del Plan** de esta Guía.

BENEFICIO DE ASISTENCIA POR DISCAPACIDAD (LTD)

Los Miembros del Plan discapacitados que están aprobados por el Asegurador para recibir pagos mensuales de beneficios de LTD también pueden ser elegibles para recibir el Beneficio de asistencia por discapacidad del Plan.

Este "complementario" mensual de \$500 se proporciona a los Miembros del Plan discapacitados, además del pago del Beneficio mensual por LTD del Asegurador.

El Beneficio de asistencia por discapacidad está sujeto a las mismas reglas de elegibilidad, pago y reducción de beneficios, limitación y exclusión de cobertura y a todas las demás disposiciones de cobertura, como se describe anteriormente para el Beneficio por discapacidad a largo plazo asegurado del Plan.

Para obtener más información o para solicitar el Beneficio de asistencia por discapacidad del Plan, comuníquese con la Oficina de Administración del Plan.

BENEFICIO ADICIONAL PARA CUIDADO DE LA SALUD

TARJETA DE BENEFICIOS “TODO EN UNO”

Los miembros del plan y sus cónyuges elegibles recibirán la Tarjeta de Beneficios del Plan que se puede utilizar para pagar reclamaciones o muchos de los gastos adicionales elegibles para el cuidado de la salud del Plan. El uso de la Tarjeta de Beneficios elimina la necesidad de completar un formulario de reclamación y proporciona un pago inmediato para los gastos elegibles.

GASTOS ADICIONALES ELEGIBLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

El plan reembolsará el 100% de los gastos elegibles para la atención de la vista y medicamentos genéricos, y el 80% de todos los demás gastos de atención médica elegibles incurridos por los Miembros del Plan y sus Dependientes elegibles, sujeto a las reglas del Plan para el reembolso, tal como se describe a continuación.

Todos los Miembros del Plan y sus Dependientes elegibles deben estar correctamente inscritos en su plan de atención médica provincial. El Beneficio adicional al cuidado de la salud no proporcionará reembolso por ningún cargo incurrido que sea elegible bajo un plan de atención de salud provincial, ya sea que la persona esté debidamente inscrita o no.

LOS GASTOS ELEGIBLES DEBEN SER MEDICAMENTE NECESARIOS

Los cargos por cualquier gasto elegible cubierto por el Plan deben ser considerados por el Plan como “medicamente necesarios”. Por lo general, se requiere una prescripción o recomendación médica.

LOS BENEFICIOS SE PAGAN SOBRE LA BASE DE CARGOS RAZONABLES Y HABITUALES

El Plan proporciona el reembolso de los gastos de atención médica elegibles según el costo razonable y habitual de los servicios o suministros de atención médica médicamente necesarios. Si el gasto médico incurrido es mayor que lo que el Plan considera “razonable y habitual” para ese servicio o suministro, el Miembro del Plan será responsable de la diferencia en el costo entre el cargo real incurrido y el cargo razonable y habitual que será reembolsado por el Beneficio adicional al cuidado de la salud.

GASTOS EN MEDICAMENTOS RECETADOS

El plan reembolsa los gastos elegibles hasta por cargos razonables y habituales de los medicamentos recetados médicamente necesarios que, por ley, deben ser prescritos por un médico para el tratamiento de una enfermedad o lesión diagnosticada y que deben ser dispensados por un farmacéutico con licencia oficial o un médico. El Plan también puede cubrir ciertos medicamentos que no requieren receta médica, que son considerados como medicamentos vitales. Los medicamentos elegibles deben ser aprobados para su uso por Health Canada y deben tener un certificado de cumplimiento de Health Canada y un Número de Identificación de Medicamentos (DIN).

La Tarjeta de Beneficios se puede utilizar en las farmacias participantes para comprar la mayoría de los medicamentos recetados. El plan reembolsará el 100% del costo de un medicamento genérico y el 80% del costo de un medicamento de marca. La tarifa máxima de dispensación del farmacéutico que reembolsará el Plan es de \$9.00 por receta.

Debido al muy alto costo de algunos medicamentos recetados, se aplican los siguientes máximos por persona cubierta:

- Disfunción eréctil: \$500 por año calendario
- Tratamiento de metadona: \$1,000 máximo de por vida
- Medicamentos para la fertilidad: \$2,500 máximo de por vida

Los siguientes gastos específicos de medicamentos también se consideran elegibles:

- Insulina y suministros para diabéticos,
- Sueros para alergias, vacunas y toxoides,
- Medicamentos inyectables y vitaminas inyectables,
- Tratamientos de escleroterapia (hasta un máximo de \$20 por visita),
- DIU y diafragmas.

No se pagan beneficios por los siguientes gastos específicos en medicamentos:

- Cargos sobre el máximo o los gastos específicos de medicamentos no cubiertos por el Plan
- Vitaminas no inyectables, suplementos vitamínicos, suplementos dietéticos o alimentos dietéticos;
- Medicamentos para perder peso,
- Marihuana medicinal incluyendo cualquier producto derivado,
- Alimentos y productos alimenticios, incluidos los preparados para lactantes y alimentos, sal y sustitutos del azúcar;
- Productos generales o cualquier otro producto que pueda venderse en cualquier punto de venta minorista, incluidos, entre otros, artículos para el cuidado de lentes

de contacto, champús no medicados, pasta de dientes, protectores para la piel, emolientes y jabones;

- Cualquier compra individual de medicamentos que no se use razonablemente dentro de los 100 días a partir de la fecha de compra,
- Medicamentos para los que Health Canada no haya emitido un certificado de cumplimiento y/o un número de identificación de medicamentos, hayan sido o no aprobados bajo un formulario provincial;
- Medicamentos recetados o emitidos para controlar una enfermedad o discapacidad derivada de un accidente, discapacidad o lesión producidos en el lugar de trabajo o debida a un accidente automovilístico.

CUIDADO DE LA VISTA

Los cargos incurridos en gastos de cuidado de la vista elegibles que se enumeran a continuación se reembolsarán hasta el beneficio máximo indicado.

Lentes, marcos y lentes de contacto

El pago de beneficio máximo que se pagará por cada Persona Cubierta es de \$400 en cualquier período de 24 meses consecutivos.

Los gastos elegibles para el cuidado de la vista (sujetos al máximo de Cuidado de la vista del plan) incluyen:

- Lentes recetadas, incluyendo tintes y recubrimientos antirreflejo,
- Marcos,
- Lentes de contacto recetados,
- Lentes de sol recetados,
- Lentes de seguridad industrial recetados.

Exámenes oculares

El Plan reembolsará los cargos por un examen ocular por persona cubierta, cada 24 meses cuando no esté cubierto por el plan de atención de salud provincial de la persona cubierta.

Cirugía ocular correctiva con láser:

El pago de beneficio máximo por cada persona cubierta es de \$1,500 en la vida de la persona cubierta.

Lentes industriales de seguridad (solo para Miembros del Plan)

El Plan reembolsará los gastos por los anteojos industriales de seguridad de un Miembro del Plan hasta por un máximo de \$200 en cualquier período de 24 meses consecutivos.

OTROS SERVICIOS Y SUMINISTROS ADICIONALES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Profesionales paramédicos

Se incluyen los cargos por los servicios de un terapeuta del habla registrado, un osteópata, un quiropráctico, un fisioterapeuta, un naturópata, un masajista registrado, un psicólogo o un

podiatra/podólogo. El pago de beneficio máximo para cada persona cubierta es de \$500 por profesional por año calendario.

Los cargos por cirugía realizada por un podólogo están sujetos a un beneficio máximo de \$200 por persona, por año calendario.

Radiografías para quiroprácticos

Cargos por radiografías requeridas por un quiropráctico hasta un pago de beneficio máximo de \$45 por persona cubierta, por año calendario.

Optometrista

Cargos por los servicios de un optometrista para terapia visual motriz, sujetos a un pago de beneficio máximo de \$10 por media hora.

Ortesis personalizada

Cargos por ortesis de pie hechas a medida que han sido especialmente diseñadas y moldeadas para la persona cubierta y que se requieren para corregir un impedimento físico diagnosticado, sujetos a un pago de beneficio máximo de \$500 en cualquier período de 24 meses consecutivos.

Zapatos ortopédicos

Cargos por zapatos ortopédicos que han sido especialmente diseñados y moldeados para la persona cubierta y que se requieren para corregir un impedimento físico diagnosticado, sujetos a un pago de beneficio máximo de \$500 en cualquier período de 24 meses consecutivos.

Audífonos

Cargos por la compra de audífonos (excluyendo baterías), sujetos a un pago de beneficio máximo de \$500 en cualquier período de 36 meses consecutivos.

Análisis de laboratorio y radiografías

Cargos razonables y habituales para análisis de laboratorio y radiografías cuando no estén cubiertos por el plan de atención de salud provincial de la persona cubierta.

Hospital de rehabilitación

El plan cubre los cargos razonables y habituales para una instalación hospitalaria de rehabilitación autorizada cuando la persona cubierta es admitida inmediatamente después de un mínimo de tres días consecutivos de internación en el hospital. La cobertura está sujeta a un cargo máximo diario de \$30 por alojamiento en habitación semiprivada y por no más de 120 días de internación por discapacidad. La internación debe ser para el cuidado continuo de la misma afección por la cual la persona cubierta fue hospitalizada y debe comenzar antes de que la persona cubierta cumpla 65 años.

Servicio de enfermería privada

Cargos por los servicios de una enfermera registrada (RN) que se presten mientras la persona cubierta no esté internada en un hospital, sujetos a un pago de beneficios máximo general de \$10,000 por año calendario, siempre que dicha enfermera no sea residente en el hogar de la persona cubierta o un familiar de la familia de la persona cubierta. Estos cargos se

considerarán gastos elegibles solo si son recomendados por un médico y solo si son médicamente necesarios.

Dispositivos médicos duraderos

Cargos por alquiler (o compra a opción del Plan) de equipos médicos o quirúrgicos duraderos requeridos para fines terapéuticos y según lo aprobado por el Plan.

Otros equipos médicos

Cargos por alquiler (o compra a opción del Plan) de aparatos ortopédicos y muletas y la compra de prótesis.

Medias quirúrgicas

Los cargos por los calcetines de muñón están limitados a seis pares por año calendario por cada persona cubierta.

Otras medias

Los cargos por medias elásticas están limitados a dos pares por año calendario por cada persona cubierta.

Servicios de ambulancia

Cargos razonables y habituales por servicios de ambulancia profesional, que no sean de aerolínea, desde y hacia el hospital más cercano calificado para brindar el tratamiento necesario.

Transporte médico

Cargos por transporte médico de emergencia por línea aérea dentro de la provincia de residencia de la persona cubierta, hacia y desde el hospital más cercano calificado para brindar el tratamiento médico necesario. Dicho transporte está sujeto a un pago de beneficio máximo igual a la tarifa aérea económica para la persona cubierta y, si es médicamente necesario, un asistente médico que no sea residente en el hogar de la persona cubierta ni un familiar de la persona cubierta.

Accidente dental

Cargos por el tratamiento dental necesario requerido como resultado de una lesión accidental en los dientes naturales, siempre que el accidente haya ocurrido mientras la persona cubierta sea elegible para los beneficios previstos en este Plan. Solo los cargos directamente relacionados con dicha lesión accidental (según lo determinado por el Plan) se consideran gastos médicos cubiertos. El beneficio máximo a pagar es de \$5,000 por accidente dental. El trabajo dental debe completarse dentro de los 12 meses del accidente para que se considere un gasto médico elegible.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Los gastos adicionales elegibles para el cuidado de la salud que se mencionan anteriormente están sujetos a las siguientes limitaciones y/o exclusiones de cobertura. También se debe

hacer referencia a las exclusiones bajo la cobertura de medicamentos del Plan. El Plan no pagará por:

1. los cargos que se consideran un servicio asegurado de cualquier plan provincial de cuidado de la salud o plan gubernamental al momento en que se emitió la póliza/beneficio y posteriormente se modificaron, suspendieron o suspendieron;
2. cargos por exámenes generales de salud y exámenes requeridos para el uso de un tercero;
3. cargos por un procedimiento o tratamiento quirúrgico realizado principalmente para embellecimiento, o cargos por internación hospitalaria para dicho procedimiento o tratamiento quirúrgico;
4. cargos por tratamiento médico o procedimiento quirúrgico por un médico;
5. cargos por transporte o viaje, distintos de los específicamente estipulados en los gastos elegibles;
6. cargos por servicios o suministros que se proporcionan sin la recomendación y aprobación de un médico que actúe dentro del alcance de su licencia;
7. cargos que no sean médicamente necesarios para el cuidado y tratamiento de cualquier lesión, enfermedad o embarazo existente o sospechado;
8. cargos que resultan de una lesión o enfermedad adquirida en el lugar de trabajo y cubierta por cualquier ley de WSIB o legislación similar, incluso de un accidente automovilístico;
9. cargos en los que normalmente no se habría incurrido si no fuera por la presencia de este seguro o por los cuales la Persona Cubierta no está legalmente obligada a pagar;
10. cargos que el Plan no está autorizado a cubrir, por cualquier ley o reglamento;
11. cargos por trabajo dental donde un tercero es responsable del pago de dichos cargos;
12. cargos por lesiones corporales resultantes directa o indirectamente de una guerra o acto de guerra (ya sea declarada o no declarada), insurrección o disturbios, u hostilidades de cualquier tipo;
13. cargos por servicios o suministros que resulten de cualquier herida autoinfligida intencionalmente;
14. cargos por medicamentos, sueros, medicamentos inyectables o suministros que no estén aprobados por Health Canada con un certificado de cumplimiento o que no tengan un Número de Identificación de Medicamentos (DIN) o que sean de uso experimental o limitado, estén o no aprobados;
15. cargos por medicamentos, sueros, medicamentos inyectables o suministros cuando se administren en un entorno hospitalario, ya sea para pacientes hospitalizados o

ambulatorios, excepto según lo dispuesto en el Beneficio de gastos fuera de Canadá/Asistencia por emergencia en viajes;

16. cargos por procedimientos médicos experimentales o tratamiento no aprobado por la Canadian Medical Association o la sociedad de especialidades médicas apropiadas;
17. cargos presentados por un médico por viajes, citas no cumplidas, costos de comunicación, llenado de formularios o suministros médicos;
18. cargos no especificados en las listas anteriores de gastos adicionales elegibles para el cuidado de la salud;
19. cargos por servicios o suministros resultantes de lesiones o enfermedades que ocurren mientras el Miembro del Plan esté en servicio activo en las Fuerzas Armadas de cualquier país, estado u organización internacional;
20. cargos por servicios o suministros resultantes de un accidente que ocurra mientras el Miembro del Plan opere un vehículo motorizado y su sangre contenga más de 80 miligramos de alcohol en 100 mililitros de sangre (.08%) o más que el límite legal de alcohol de sangre legalizado en la jurisdicción donde ocurra el accidente;
21. cargos por servicios o suministros resultantes del intento o participación del Miembro del Plan en la comisión de un delito penal;
22. los gastos elegibles que surjan como resultado de un accidente de vehículo motorizado se considerarán elegibles solo después de haberlos enviado primero a su asegurador de automóviles (sujeto a la legislación aplicable).

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DEL BENEFICIO PARA DEPENDIENTES SOBREVIVIENTES

Tras la muerte de un Miembro del Plan elegible, los Dependientes sobrevivientes elegibles (cónyuge e hijos) continuarán siendo cubiertos por el Beneficio adicional al cuidado de la salud por hasta 30 meses. Este período comienza después de que se haya agotado la cuenta del Miembro del Plan en el Dollar Bank. No se requerirán pagos de primas o contribuciones para continuar la cobertura durante este período de extensión del Beneficio para dependientes sobrevivientes.

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA CUIDADO DE LA SALUD

El Beneficio adicional al cuidado de la salud de un Miembro del Plan terminará el día en que el Miembro del Plan se retire y haya agotado el saldo de su cuenta en el Dollar Bank. La cobertura para el Miembro del Plan y sus Dependientes también terminará como se describe anteriormente en la sección **Información de elegibilidad** de esta Guía.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL BENEFICIO ADICIONAL PARA CUIDADO DE LA SALUD

No se realizará ningún pago de beneficios a un Miembro del Plan a menos que se presente un Formulario de reclamación completo, así como todo otro documento requerido, a la Oficina de Administración del Plan (y/o a la empresa contratada por el Asegurador para proporcionar los servicios del Beneficio de asistencia emergencia en viajes, cuando corresponda) dentro del tiempo especificado para presentar una reclamación. Consulte las disposiciones de la **Fecha límite de presentación de reclamaciones** en la sección **Reglas y disposiciones generales del Plan** de esta Guía.

No se requiere un formulario de reclamación para la Tarjeta de Beneficios y/o la presentación de reclamaciones en línea. Se les puede pedir a los Miembros que envíen sus recibos a la Oficina de Administración del Plan para reclamaciones presentadas electrónicamente. Estas auditorías aleatorias aseguran la protección del Plan. Por lo tanto, usted deberá conservar sus recibos durante 13 meses.

BENEFICIO DE ASISTENCIA PARA EMERGENCIAS EN VIAJES (ETA)

TARJETA PARA ASISTENCIA DE EMERGENCIAS EN VIAJES

El Beneficio de asistencia de emergencia en viajes del Plan es proporcionado por Green Shield Canada (GSC). Los servicios de asistencia en viaje y asistencia médica de emergencia que se describen a continuación están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana por medio de la organización internacional de servicios médicos Allianz Global Assistance.

Los Miembros del Plan y sus cónyuges elegibles recibirán una Tarjeta de beneficios que incluye toda la información necesaria del Plan y de contacto para acceder a este beneficio en cualquier momento. Para los Dependientes que viajen sin un Miembro del Plan o un cónyuge, la Oficina de Administración del Plan puede proporcionar una tarjeta ETA por separado.

Es importante tener en cuenta que la persona cubierta debe comunicarse con la Asistencia para emergencias en viajes de GSC dentro de las 48 horas posteriores al inicio del tratamiento.

SERVICIOS DE ASISTENCIA PREVIA AL VIAJE

Es posible que el Beneficio ETA no cubra gastos relacionados con una situación médica de emergencia o de asistencia en viaje si la persona cubierta viaja a ciertos países que estén en situación de inestabilidad. Se debe contactar a GSC Travel Assistance antes de viajar para asegurarse de que el destino sea un país donde se proporcione la cobertura ETA. También se puede contactar a GSC Travel Assistance antes de la salida para obtener información actualizada sobre los requisitos de pasaporte y visa, vacunación e inoculación para el país de destino.

Si bien no reemplaza el contacto con GSC Travel Assistance, el sitio web del Canadian Department of Foreign Affairs and International Trade Canada (DFAIT) proporciona amplia información sobre viajes a varios destinos y donde el Gobierno Federal de Canadá no recomienda actualmente viajar a los canadienses. Se recomienda que esta información sea revisada antes de iniciar el viaje.

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

CÓMO CONTACTARSE CON GSC TRAVEL ASSISTANCE

Los números de teléfono de GSC Travel Assistance que también aparecen en la parte posterior de la Tarjeta de beneficios del Plan son:

En Canadá y los Estados Unidos: 1-800-936-6226

Desde otros lugares, llamar por cobro revertido al: 1-519-742-3556

Al llamar para solicitar asistencia o para explicar su emergencia médica, indique el número de grupo de asistencia en viaje GSC del Plan: **4932**. El Equipo de GSC Travel Assistance también requerirá el Número único de Identificación GSC de Miembro del Plan de la Persona Cubierta. Toda esta información aparece en la Tarjeta de beneficios del Plan. Además, se puede requerir el número de plan de seguro de salud provincial de la persona cubierta, que puede ser útil en el momento de la llamada.

Al llamar por cobro revertido mientras viaja fuera de Canadá y los Estados Unidos, es posible que necesite un Código de llamadas directas de Canadá. En el caso de que no sea posible realizar una llamada por cobro revertido, guarde los recibos de las llamadas telefónicas realizadas a GSC Travel Assistance y envíelos para que se los reembolse a su regreso a Canadá.

PAGO Y COORDINACIÓN DE RECLAMACIONES

En la mayoría de los casos, Allianz Global Assistance coordinará el pago de las reclamaciones con el proveedor médico. Sin embargo, para los cargos incurridos por menos de \$200, la persona cubierta debe realizar el pago directamente al proveedor médico y luego enviar los recibos al Plan para su reembolso. El Plan evaluará la cantidad a pagar según el plan de atención de salud provincial de la persona cubierta y este Plan y proporcionará el reembolso del saldo de cualquier gasto elegible.

Si un hospital u otro proveedor de servicios médicos requiere un depósito o pago completo por los servicios prestados, y los gastos superan los \$200 (dólares canadienses), Allianz Global Assistance organizará el pago de dichos gastos y los reclamos se coordinarán en nombre de la persona cubierta.

El pago y la coordinación de los gastos tendrán en cuenta la cobertura para la cual la persona cubierta es elegible en virtud de su plan de atención médica provincial y este Plan. Si posteriormente se determina que dichos pagos superan el monto de los beneficios a los que tiene derecho la persona cubierta, Green Shield Canada tendrá derecho a recuperar el monto excedente mediante la asignación de los beneficios del plan de atención médica provincial y/o el reembolso de la persona cubierta.

Proceso de cobertura médica de emergencia

Un especialista multilingüe en asistencia brindará orientación acerca del mejor centro médico disponible o del médico legalmente calificado que pueda proporcionarle la atención adecuada.

Al ser admitido en un hospital o al consultar a un médico o cirujano legalmente calificado para un tratamiento de emergencia mayor, GSC Travel Assistance le garantizará al proveedor (hospital, clínica o médico) que la persona cubierta tiene tanto la cobertura del plan de seguro de salud provincial como los beneficios de viaje de GSC. El proveedor podrá entonces facturar directamente a GSC Travel Assistance por los servicios aprobados por importes que excedan los \$200.

El equipo médico de GSC Assistance seguirá el progreso médico para garantizar que la persona cubierta reciba el mejor tratamiento médico disponible. Estos médicos mantendrán también

una comunicación constante con el médico de familia y los miembros de la familia, dependiendo de la gravedad de la afección.

Por los cargos incurridos por menos de \$200, la persona cubierta debe realizar el pago directamente al proveedor médico y luego enviar los recibos para su reembolso. GSC Travel Assistance evaluará la cantidad a pagar según el plan de atención de salud provincial de la persona cubierta y proporcionará el reembolso del saldo de cualquier gasto elegible.

Si un hospital u otro proveedor de servicios médicos requiere un depósito o pago completo por los servicios prestados, y el gasto supera los \$200 (dólares canadienses), GSC Travel Assistance organizará el pago de dichos gastos y los reclamos se coordinarán en nombre de la persona cubierta.

El pago y la coordinación de los gastos tendrán en cuenta la cobertura para la cual la persona cubierta es elegible en virtud de su plan de atención médica provincial y este Plan. Si posteriormente se determina que dichos pagos superan el monto de los beneficios a los que tiene derecho la persona cubierta, Green Shield Canada tendrá derecho a recuperar el monto excedente mediante la asignación de los beneficios del plan de atención médica provincial y/o el reembolso de la persona cubierta.

MÁXIMOS DEL BENEFICIO DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA EN VIAJES

Cobertura médica de emergencia

La cobertura se proporciona con un máximo de \$5,000,000 por incidente y por persona cubierta, por gastos incurridos como resultado de una emergencia médica repentina e imprevista y/o para servicios de asistencia de emergencia en viajes fuera de la provincia de residencia.

No hay límite en el número de viajes, pero la cobertura se proporciona por un período máximo de 60 días consecutivos por viaje.

Cobertura de servicios de asistencia de emergencia en viajes

Se proporciona cobertura para una variedad de servicios específicos de asistencia en viaje para ayudar con cualquier emergencia de viaje.

Cobertura médica de derivación

Se proporciona cobertura para servicios médicos que han sido derivados fuera de la provincia de residencia cuando no estén fácilmente disponibles dentro de la provincia de residencia. La cobertura está sujeta a un máximo de \$50,000 por persona cubierta por año calendario.

DETALLES DE COBERTURA MÉDICA Y DE REFERENCIA DE EMERGENCIA EN VIAJES

La cobertura se proporciona para los gastos elegibles que surjan como resultado de una **emergencia médica**, mientras que los Miembros del Plan y/o sus Dependientes elegibles viajan temporalmente fuera de la provincia de residencia habitual por vacaciones, negocios o educación.

Para calificar para los beneficios, la persona cubierta debe estar debidamente inscrita en el plan de salud del gobierno provincial respectivo o equivalente en el momento en que se incurra en los gastos.

Los beneficios ETA elegibles se considerarán según los cargos razonables y habituales en el área en que se recibieron, menos el monto a pagar por el plan de seguro de salud del gobierno provincial correspondiente.

Todos los máximos y limitaciones en dólares se indican en moneda canadiense. El reembolso se realizará en fondos canadienses o en fondos de EE. UU., tanto a los proveedores médicos como a la persona cubierta, según el país del beneficiario. Para los pagos que requieren conversión de moneda, la tasa de cambio utilizada será la tasa vigente en la fecha de servicio de la reclamación.

Cuando se notifica a una persona cubierta de su necesidad de recibir tratamiento por una lesión accidental o una emergencia médica, **la persona cubierta debe comunicarse con GSC Travel Assistance dentro de las 48 horas posteriores al inicio del tratamiento.**

Emergencia significa una lesión repentina e inesperada, una enfermedad o un episodio agudo de enfermedad que requiere atención médica inmediata y que no pudo haberse anticipado razonablemente en función de la condición médica previa del paciente. Esto incluye el tratamiento (no electivo) para el alivio inmediato del dolor severo, el sufrimiento o la enfermedad que no puede retrasarse hasta que usted o su dependiente puedan regresar a su provincia de residencia. Cualquier procedimiento invasivo o de investigación debe ser aprobado previamente por el equipo médico de GSC Assistance.

Beneficios elegibles

Los beneficios elegibles se limitan al máximo de días por viaje señalado anteriormente, a partir de la fecha de salida de la provincia de residencia. Si una persona cubierta fue hospitalizada el último día que se muestra en la Tabla de beneficios, los beneficios se extenderán hasta la fecha del alta.

1. Servicios hospitalarios y de alojamiento hasta una tarifa de sala estándar en un hospital general público;
2. Servicios médicos y/o quirúrgicos prestados por un médico o cirujano legalmente calificado para aliviar los síntomas o para curar una enfermedad o lesión imprevista;
3. Transporte de emergencia
 - Ambulancia terrestre hasta el centro médico calificado más cercano.
 - Ambulancia aérea: el costo de la evacuación aérea (incluyendo un asistente médico cuando sea necesario) entre los hospitales y para la admisión al hospital en Canadá cuando el plan de seguro de salud provincial o el centro médico calificado más cercano lo aprueben con antelación.

4. Servicios de derivación para procedimientos médicos
 - a) Servicios hospitalarios y de alojamiento hasta una tarifa de sala estándar en un hospital general público, y/o
 - b) Servicios médicos y/o quirúrgicos prestados por un médico o cirujano legalmente calificado;
 - Antes del inicio de cualquier tratamiento por derivación, se debe obtener una autorización previa por escrito de su plan de seguro de salud provincial y GSC. El plan de seguro de salud provincial puede cubrir este beneficio de referencia por completo. El equipo médico de GSC Assistance debe recibir una carta del médico tratante que indique el motivo de la derivación y una carta del plan de seguro de salud provincial que describa su responsabilidad. El incumplimiento en la obtención de la autorización previa dará lugar a la no emisión del pago.
5. Servicios de una enfermera privada registrada hasta por un máximo de \$5,000 por año calendario, a la tarifa razonable y habitual cobrada por una enfermera calificada (RN) registrada en la jurisdicción en la que se brinda el tratamiento. Se debe contactar a GSC Travel Assistance para obtener la aprobación previa;
6. Análisis de laboratorio para diagnóstico y radiografías cuando las prescriba el médico a cargo. Salvo en situaciones de emergencia, GSC Travel Assistance debe aprobar previamente estos servicios (es decir, cateterización cardíaca o angiograma, angioplastia y cirugía de revascularización);
7. Reembolso de medicamentos recetados, sueros e inyectables que requieren una receta por ley y están recetados por un médico legalmente calificado (se excluyen las vitaminas y los medicamentos de marca).

Presente a GSC Travel Assistance el recibo original del pago al farmacéutico, el médico o el hospital fuera de la provincia de residencia que muestre el nombre del médico que prescribe, el número de receta, el nombre de la preparación, la fecha, la cantidad y el costo total;

8. Dispositivos médicos, incluyendo moldes, muletas, bastones, eslingas, férulas y/o el alquiler temporal de una silla de ruedas cuando se considere médicamente necesario y se requiera debido a un accidente que ocurra, y cuando los dispositivos se obtengan fuera de la provincia de residencia;
9. Tratamiento por parte de un especialista solo cuando sea necesario debido a un golpe directo en la boca por hasta un máximo de \$2,000. Los tratamientos (antes del comienzo y después de regresar a la provincia de residencia) deben proporcionarse dentro de los 90 días posteriores al accidente. Se debe proporcionar a GSC Travel Assistance los detalles del accidente junto con las radiografías dentales;

10. Regreso al domicilio en la provincia de residencia cuando la enfermedad o lesión de emergencia es tal que:

- El equipo médico de GSC Travel Assistance especifica por escrito que se necesita un regreso inmediato a la provincia de residencia para recibir atención médica inmediata. Se realizará un reembolso por el costo adicional incurrido por la compra de una tarifa aérea económica, más la tarifa económica adicional, si se requiere, para acomodar una camilla, para regresar a la persona cubierta por la ruta más directa a la terminal aérea principal más cercana al punto de partida en la provincia de residencia.

Este beneficio supone que la persona cubierta no tiene un boleto aéreo de retorno abierto válido. Los cargos por mejora de categoría, impuestos de salida, multas por cancelación o tarifas aéreas para familiares o amigos acompañantes no están incluidos;

- El equipo médico de GSC Travel Assistance o la línea aérea comercial estipulan por escrito que la persona cubierta debe estar acompañada por un asistente médico calificado. Se realizará un reembolso por el costo incurrido de la tarifa de un vuelo de ida y vuelta en la tarifa económica y la tarifa razonable y habitual cobrada por un asistente médico que no está relacionado por nacimiento, adopción o matrimonio y está registrado en la jurisdicción en la que se brinda el tratamiento, más los gastos de hotel y comida si son requeridos por el profesional.

11. El costo de regresar el vehículo motorizado de uso personal de la persona cubierta a su residencia o agencia de alquiler de vehículos apropiada más cercana cuando no puedan hacerlo debido a enfermedad, lesión física o muerte, hasta un máximo de \$1,000 por viaje. Se requieren recibos originales para los gastos incurridos, es decir, gasolina, alojamiento y tarifas aéreas;

12. Comidas y alojamiento hasta por \$1,500 (máximo de \$150 por día por hasta 10 días). Se reembolsarán los costos adicionales de alojamiento en un hotel comercial y las comidas en que incurra la persona cubierta cuando permanezca con un acompañante de viaje o un Dependiente elegible, cuando el viaje se retrase o se interrumpa debido a una enfermedad, lesión accidental o la muerte de un compañero de viaje. Esto debe ser verificado por escrito por el médico o cirujano legalmente calificado que lo atienda y debe estar respaldado con recibos originales de una organización comercial;

13. Transporte hasta el lugar de internación, incluyendo un pasaje aéreo económico de ida y vuelta por la ruta más directa desde la provincia de residencia, para cualquiera de los cónyuges, padres, hijos, hermanos o hermanas, y se pagará hasta \$150 por día por un máximo de 5 días en comidas y alojamiento en un establecimiento comercial para que ese miembro de la familia:

- esté con la persona cubierta o cualquier Dependiente cubierto cuando esté internado en un hospital. Este beneficio requiere que la persona cubierta sea eventualmente un paciente hospitalizado durante al menos 7 días fuera de la provincia de residencia, además de la constancia por escrito del médico tratante certificando que la situación es lo suficientemente grave como para requerir la visita.
 - identificar a una persona fallecida antes de liberar el cuerpo.
14. Tarifa aérea de regreso si el vehículo motorizado de uso personal del Miembro del Plan o Dependiente elegible es robado o queda inoperable debido a un accidente. Se reembolsará el costo de una tarifa aérea de ida en una aerolínea económica para devolver a la persona cubierta por la ruta más directa al aeropuerto principal más cercano al punto de partida en la provincia de residencia. Se requiere un informe oficial de la pérdida o accidente;
15. Regreso de fallecidos por hasta un máximo de \$5,000 para el costo de embalsamamiento o cremación en preparación para el transporte al lugar de residencia en un contenedor apropiado para una persona cubierta cuando la muerte es causada por una enfermedad o accidente. El cuerpo será devuelto al aeropuerto principal más cercano al punto de partida en la provincia de residencia. El beneficio excluye el costo de un ataúd de entierro o cualquier gasto relacionado con el funeral, maquillaje, ropa, flores, tarjetas de duelo, alquiler de iglesias, etc.

SERVICIO DE ASISTENCIA PARA EMERGENCIAS EN VIAJES

Los siguientes servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana a través de la organización de servicios médicos internacionales de GSC. Estos servicios incluyen:

- Acceso a asistencia previa al viaje (antes de la salida): códigos de llamadas directas de Canadá; información sobre vacunas; avisos de viaje emitidos por el gobierno y requisitos de visa/documentación para entrar al país de destino;
- Asistencia multilingüe;
- Asistencia para localizar la atención médica más cercana y adecuada;
- Redes internacionales de proveedores preferidos;
- Servicios de consultoría y asesoramiento del equipo médico de GSC Travel Assistance, que incluyen una segunda opinión y una revisión de la idoneidad y el análisis de la calidad de la atención médica;
- Asistencia para establecer contacto con la familia, el médico y el empleador, según corresponda;
- Seguimiento del progreso durante el tratamiento y recuperación;
- Servicios de transmisión de mensajes de emergencia;
- Servicios de traducción y referencias a intérpretes locales según sea necesario;
- Verificación de cobertura que facilita el acceso y la internación en hospitales y otros proveedores de atención médica;
- Asistencia especial en la coordinación del pago directo de reclamaciones;
- Coordinación de servicios de embajadas y consulados;
- Gestión, organización y coordinación del transporte médico de emergencia y evacuación según sea necesario;
- Gestión, ordenación y coordinación de la repatriación de restos;
- Asistencia especial para hacer arreglos para planes de viaje interrumpidos e alterados resultantes de situaciones de emergencia que incluyen:
 - El regreso de los acompañantes no acompañados;
 - Viaje al lugar de internación de la persona que quedó varada;
 - Reorganización de la emisión de boletos debido a un accidente o enfermedad y otras emergencias relacionadas con viajes;
 - Regreso del vehículo motorizado de la persona que quedó varada y artículos personales relacionados;
- Asistencia legal de expertos;
- Coordinación para la obtención de fianzas y otros instrumentos jurídicos;
- Asistencia especial para reemplazar documentos de viaje perdidos o robados, incluyendo pasaportes;

- Asistencia de cortesía para obtener asistencia y otros servicios relacionados con viajes;
- Asistencia de emergencia y de pago para gastos de salud importantes, lo que resultaría en pagos que superen los \$200.

LIMITACIONES DE LA COBERTURA POR ASISTENCIA PARA EMERGENCIAS EN VIAJES

1. La cobertura entra en vigencia en el momento en que la persona cubierta cruza la frontera provincial al salir de su provincia de residencia y finaliza al cruzar la frontera y regresar a su provincia de residencia al regresar a su domicilio. Si viaja en avión, la cobertura entra en vigencia en el momento en que la aeronave despegue en la provincia de residencia y finaliza cuando la aeronave aterriza en la provincia de residencia en el regreso al lugar de residencia;
2. Tras la notificación de la necesidad de tratamiento por una lesión accidental o emergencia médica, el equipo médico de GSC Assistance se reserva el derecho de determinar si la repatriación es adecuada en caso de que la condición médica del paciente requiera atención inmediata o programada. Dicha repatriación es obligatoria, cuando el equipo médico de GSC Assistance determine que el paciente está en condiciones de viajar y se hayan tomado las medidas adecuadas para admitir al paciente en el sistema de atención médica del gobierno provincial de su provincia de residencia. La repatriación asegurará la cobertura continua bajo el plan. Si el paciente opta por no ser repatriado o elige someterse a dicho tratamiento o cirugía fuera de su provincia de residencia, el costo de dicho tratamiento continuado no será un beneficio elegible;

El paciente debe comunicarse con GSC Travel Assistance dentro de las 48 horas posteriores al inicio del tratamiento. Si no se notifica a GSC Travel Assistance dentro de las 48 horas, los beneficios pueden limitarse únicamente a los gastos incurridos dentro de las primeras 48 horas de cada tratamiento/incidente o al Beneficio máximo, el que sea menor.

3. Los servicios de ambulancia aérea solo serán elegibles si:
 - Son aprobados previamente por GSC Travel Assistance;
 - existe la necesidad médica de que la persona cubierta esté confinada a una camilla o que un asistente médico lo acompañe durante el viaje;
 - la persona cubierta es admitida directamente en un hospital en la provincia de residencia;
 - los informes o certificados médicos enviados por médicos legalmente calificados emisores y receptores se envían a GSC Travel Assistance;
 - se envía a GSC Travel Assistance el comprobante de pago (incluidos los comprobantes de boletos aéreos o facturas de las compañías aéreas).
4. Si está planeando viajar a áreas donde hubiera disturbios políticos o civiles, o en áreas donde Foreign Affairs and International Trade Canada (DFAIT) ha emitido una advertencia de viaje formal con respecto a viajes no esenciales, comuníquese con GSC Travel Assistance para obtener asesoramiento previo al viaje, ya que podemos no poder garantizar servicios de asistencia;

5. GSC se reserva el derecho de suspender, restringir o limitar, sin previo aviso, sus servicios en cualquier área en caso de disturbios políticos o civiles, incluyendo rebeliones, disturbios, levantamientos militares, disturbios laborales o huelgas, razones de fuerza mayor o el rechazo de las autoridades del país extranjero para permitir que GSC preste servicio. Esto incluye viajes a cualquier área si al momento de reservar el viaje (incluyendo la demora del viaje), o antes de la fecha de salida, Foreign Affairs and International Trade Canada (DFAIT) ha emitido una advertencia de viaje formal que aconseje a los canadienses que eviten todo viaje, o los viajes no esenciales, a ese país, región o ciudad específica debido a una epidemia o pandemia probable o real, (los viajes no esenciales se considerarán como algo que no sea una emergencia médica o familiar importante, como la muerte de un miembro de la familia).

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA POR ASISTENCIA PARA EMERGENCIAS EN VIAJES

1. Cualquier gasto incurrido por el tratamiento relacionado directa o indirectamente con una afección médica preexistente o prediagnosticada que, en el momento de la partida de la provincia de residencia, no se encontrara estable (en opinión del equipo médico de GSC Assistance) y cuya evidencia médica sugiriera una expectativa razonable de que podría requerirse tratamiento u hospitalización durante el viaje. GSC se reserva el derecho de revisar la información médica en el momento de la reclamación.
2. Cualquier gasto incurrido por tratamiento o cirugía que no sea necesario para el alivio inmediato del dolor agudo o el sufrimiento según lo recomendado por un médico o cirujano legalmente calificado. Los beneficios elegibles no serán reembolsados por tratamientos o cirugías que puedan retrasarse razonablemente hasta el regreso a la provincia de residencia;
3. Cualquier gasto incurrido por tratamiento o cirugía que no esté cubierto por el plan de seguro de salud provincial o por gastos incurridos por tratamiento o cirugía para los cuales el plan de seguro de salud provincial no haya proporcionado el pago;
4. Cualquier gasto incurrido por servicios, tratamiento o cirugía recibida una vez que el paciente optó por no ser repatriado o elige someterse a dicho tratamiento o cirugía fuera de su provincia de residencia;
5. Cualquier reclamación que surja directa o indirectamente de cualquier condición médica sufrida o contraída en un país, región o ciudad específica debido a una epidemia o pandemia, si en el momento de la reserva del viaje (incluida la demora del viaje), o antes de la fecha de salida, Foreign Affairs and International Trade Canada (DFAIT) emitió una advertencia formal de viaje que aconseje a los canadienses que eviten todo viaje no esencial a ese país, región o ciudad en particular. En esta exclusión, una condición médica se limita a la razón por la cual se emitió la advertencia de viaje formal e incluye las complicaciones derivadas de dicha condición médica;
6. El tratamiento o los servicios requeridos para cuidados continuos, curas de descanso, spas de salud, cirugía electiva, chequeos o viajes con fines de salud, incluso si el viaje es por recomendación de un médico;

7. El tratamiento o servicio que la persona cubierta elige haber realizado fuera de Canadá cuando la condición médica no impidiera el regreso a Canadá para dicho tratamiento;
8. El tratamiento o servicio requerido como resultado de suicidio, intento de suicidio, lesiones autoinfligidas intencionalmente por la persona cubierta, un acompañante de viaje o un miembro de su familia inmediata mientras esté en pleno goce de sus facultades o en estado de insania;
9. El consumo abusivo o excesivo de medicamentos, drogas o alcohol y las consiguientes consecuencias, incluyendo, como resultado de, en relación con, o, de alguna manera, asociados con la conducción de un vehículo motorizado mientras están dañados por drogas, alcohol o sustancias tóxicas o un nivel de alcohol de más de 80 miligramos en 100 mililitros de sangre (un vehículo motorizado significa cualquier forma de transporte que es propulsado o conducido por un motor e incluye, pero no se limita a un automóvil, camión, motocicleta, ciclomotor, vehículo para nieve o barco);
10. Las cantidades pagadas o a pagar en virtud de cualquier plan del Consejo de Seguridad Profesional y Seguro contra Accidentes Ocupacionales o plan similar;
11. Atención hospitalaria y médica para el parto que ocurra dentro de las 8 semanas posteriores a la fecha de parto prevista a partir de la fecha de salida o la interrupción deliberada del embarazo;
12. El tratamiento o servicio brindado en un hospital de atención crónica o psiquiátrica, unidad crónica de un hospital general, centro de atención a largo plazo (LTC), spa de salud u hogar de ancianos;
13. Servicios recibidos de un quiropráctico, un podólogo, un podiatra o para la manipulación osteopática;
14. Cirugía de cataratas o la compra de lentes o audífonos;
15. Cualquier gasto en el que se incurra durante cualquier viaje realizado con el fin de buscar tratamiento médico o asesoramiento que no haya sido autorizado previamente como se describe en los servicios de referencia.

GSC no asume la responsabilidad ni será responsable de ningún consejo médico dado, pero sin limitarse a un médico, farmacéutico u otro proveedor de atención médica o centro recomendado por GSC Travel Assistance.

COBERTURA DUPLICADA DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA CUIDADO DE LA SALUD

Los gastos elegibles cubiertos bajo el Beneficio adicional al cuidado de la salud, en que se incurra fuera de la provincia de residencia de la persona cubierta, en el caso de una emergencia médica durante el viaje, se cubrirán bajo el Beneficio de asistencia de emergencia en viajes y no bajo el Beneficio adicional al cuidado de la salud.

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DEL BENEFICIO PARA DEPENDIENTES SOBREVIVIENTES

Tras la muerte de un Miembro del Plan elegible, los Dependientes sobrevivientes elegibles (cónyuge e hijos) continuarán siendo cubiertos por el Beneficio de asistencia de emergencia en viajes por un período de hasta 30 meses. Este período comienza después de que se haya agotado la cuenta del Miembro del Plan en el Dollar Bank. No se requerirán pagos de primas o contribuciones para continuar la cobertura durante este período de extensión del Beneficio para dependientes sobrevivientes.

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA EN VIAJES

La cobertura del Beneficio adicional al cuidado de la salud y del Beneficio de asistencia de emergencia en viajes del Miembro del Plan terminará no más tarde de la fecha en que el Miembro del Plan se retire o cumpla 65 años. La cobertura para el Miembro del Plan y sus Dependientes también terminará como se describe anteriormente en la sección Información de elegibilidad de esta Guía.

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA EN VIAJES

No se realizará ningún pago de beneficios a un Miembro del Plan a menos que se presente un Formulario de reclamación completo, así como cualquier otro documento requerido, a la Oficina de Administración del Plan y/o a Green Shield Canada y/o a la empresa contratada por Green Shield Canada para proporcionar los servicios del Beneficio de asistencia de emergencia en viajes, dentro del tiempo especificado para presentar una reclamación. Consulte las disposiciones de la Fecha límite de presentación de reclamaciones en la sección Reglas y disposiciones generales del Plan de esta Guía.

BENEFICIO DE ATENCIÓN DENTAL

Los miembros del plan y sus cónyuges elegibles recibirán la Tarjeta de Beneficios del Plan que se debe utilizar para reclamar muchos de los gastos dentales elegibles del Plan. El uso de la Tarjeta de Beneficios elimina la necesidad de completar un formulario de reclamación y la espera del reembolso de los gastos.

REEMBOLSO POR GASTOS DENTALES

El plan proporciona el reembolso de los gastos de atención dental elegibles como se indica a continuación. Si el gasto incurrido es mayor que lo que se considera elegible para reembolso, el Miembro del Plan será responsable de la diferencia en el costo entre los cargos reales incurridos y los cargos que reembolsará el Beneficio de atención dental.

Nivel de reembolso

- 100% para servicios básicos
- 50% para servicios mayores
- 50% por servicios de ortodoncia

Guía de tarifas dentales

Los pagos de beneficios se realizarán de acuerdo con la Guía de tarifas actual de la Asociación Dental, vigente para los médicos generales en la provincia o territorio donde se presta el servicio dental en la fecha en que se incurre en el gasto dental.

Necesidad médica y cargos razonables y habituales

Los gastos de atención dental elegibles también se basan en la necesidad médica y en ser cargos razonables y habituales, según corresponda.

MÁXIMO A PAGAR EN BENEFICIOS DENTALES

Servicios dentales básicos y mayores

El beneficio dental anual máximo a pagar por este Plan para todos los servicios de atención dental combinados (excluyendo los servicios de ortodoncia) es de \$2,500 por persona cubierta, por año calendario.

Servicios de ortodoncia

El beneficio de ortodoncia máximo de por vida que se paga por cada hijo dependiente menor de 19 años es de \$2,000.

ALTERNATIVAS ENTRE BENEFICIOS DENTALES

Cuando hay más de un método normalmente empleado y profesionalmente adecuado para tratar lesiones o enfermedades en los dientes, el Plan se reserva el derecho de determinar los gastos elegibles sobre la base del beneficio alternativo menos costoso.

PRESENTACIÓN DE UN PLAN DE TRATAMIENTO DENTAL (PREDETERMINACIÓN)

Se recomienda que la Oficina de Administración del Plan revise de antemano todos los gastos propuestos para la atención dental que se prevé que superen los \$500, mediante el envío de un Plan de tratamiento dental. Se requiere la presentación de un plan de tratamiento dental antes de que comience cualquier procedimiento de ortodoncia o se realicen los pagos de beneficios.

Como servicio, la Oficina de Administración del Plan notificará, por adelantado, el monto que reembolsará el Plan cuando el tratamiento dental propuesto incluya odontología restauradora mayor u ortodoncia.

Para utilizar este servicio, el dentista de la persona cubierta debe completar un plan de tratamiento dental que incluya radiografías antes del tratamiento, si el tratamiento propuesto implica coronas o puentes.

GASTOS DENTALES ELEGIBLES

Los cargos por los siguientes servicios y suministros dentales son elegibles para reembolso.

SERVICIOS DENTALES BÁSICOS

Servicios de diagnóstico

Procedimientos requeridos en la evaluación y/o cuidado de condiciones existentes y para determinar cualquier atención dental adicional que pueda requerirse.

- Revisiones de control que incluyan tratamiento con flúor tópico una vez cada 6 meses;
- un examen oral completo y diagnóstico cada 24 meses;
- radiografías;
- modelos de estudio.

Servicios preventivos

Procedimientos destinados a eliminar o reducir la necesidad de futuros tratamientos dentales.

- Raspado y pulido (profilaxis) sujeto a un máximo de 8 unidades (2 unidades para hijos Dependientes menores de 13 años) por año calendario (combinado con la raspado periodontal y la planificación radicular);
- flúor tópico;
- mantenedores de espacio pasivos, aquellos que no mueven los dientes (solo para hijos Dependientes).

Odontología restauradora básica

Procedimientos para restaurar los dientes naturales a su función normal con el uso de amalgama de plata, silicato o restauraciones sintéticas (empastes). Además, se cubren los sedantes.

Extracciones

Remoción sencilla de dientes

Endodoncia

Procedimientos de endodoncia de emergencia y terapia conservadora de endodoncia.

Periodoncia

- Servicios complementarios, según se indica a continuación: raspado, alisado radicular (sujeto al número máximo combinado de unidades indicado anteriormente en Servicios Preventivos), infecciones agudas, ajuste oclusal, férula provisional;
- los servicios quirúrgicos siguientes: curetaje gingival, gingivoplastia, gingivectomía o cirugía ósea;
- aparatos periodontales especiales.

Cirugía oral

Procedimientos quirúrgicos orales de rutina de la siguiente manera: extirpación quirúrgica de dientes impactados, raíces residuales y cuidados postoperatorios asociados.

Anestesia

La anestesia donde se requiera de forma razonable y habitual en relación con otros procedimientos de atención dental cubiertos.

Reparación, realineado y reparación de base de dentaduras

La reparación o realineado y reparación de base de dentaduras (una vez cada 3 años), incluyendo la adición de nuevos dientes, pero sin incluir el costo de las dentaduras postizas, su reemplazo o duplicación.

SERVICIOS DENTALES MAYORES

Dispositivos protésicos removibles

La instalación inicial de dentaduras parciales o completas, sujeta a la condición preexistente, limitaciones en la pérdida, extracción o fractura de los dientes antes de ser asegurados. El reemplazo de dentaduras existentes no está cubierto excepto si:

- a) el reemplazo es necesario debido a la extracción o pérdida o fractura de uno o más dientes naturales sanos después de que la persona quedó cubierta por el Plan; o
- b) el reemplazo se realiza más de 12 meses después de que la persona quede cubierta por este Plan y las prótesis existentes tienen al menos 5 años y ya no se pueden reparar.

La sustitución de dentaduras perdidas o robadas, la duplicación de dentaduras y la personalización o caracterización de las dentaduras no están cubiertas.

Odontología restauradora extensiva

Procedimientos que incluyen inlays de oro, onlays y coronas, que se usan para restaurar los dientes naturales a sus funciones normales cuando los dientes, como resultado de una extensa caries o fractura, no se pueden restaurar con un empaste. Cuando los dientes pueden ser reparados con una amalgama de plata, silicato o restauraciones sintéticas, el beneficio a pagar se determina en base al costo habitual de dicha restauración. Estos procedimientos están sujetos a la condición preexistente, limitaciones en la pérdida, extracción o fractura de los dientes antes de ser cubiertos.

Dispositivos protésicos fijos

La instalación inicial de dispositivos protésicos fijos, está sujeta a la condición preexistente, limitaciones en la pérdida, extracción o fractura de los dientes antes de ser cubiertos. Los servicios de recementación y el reemplazo del revestimiento o la carilla del dispositivo protésico fijo son gastos elegibles. El reemplazo de los dispositivos protésicos fijos existentes no es elegible, excepto si:

- (a) el reemplazo es necesario porque la extracción o pérdida o fractura de uno o más dientes naturales sanos después de que la persona quedó cubierta por este Plan; o
- (b) el reemplazo se realiza más de 12 meses después de que el individuo quedó cubierto por este Plan y el dispositivo protésico fijo existente tiene al menos 5 años y ya no se puede reparar.

SERVICIOS DENTALES DE ORTODONCIA

Solo un hijo dependiente menor de 19 años está cubierto por los servicios de ortodoncia. La cobertura incluye el diagnóstico y la corrección de irregularidades en los dientes y la maloclusión de las mandíbulas, mediante aparatos de alambre, aparatos ortopédicos u otras ayudas mecánicas, comúnmente conocidas como "enderezamiento de los dientes" . Esto incluye retenedores de espacio activos, o aparatos de ortodoncia, utilizados para reposicionar o mover los dientes.

Los beneficios de ortodoncia solo se pagan si el tratamiento se requiere para una sobremordida de al menos cuatro milímetros, una mordida cruzada o una relación protrusiva o retrusiva de al menos una corona. Se debe enviar un Plan de tratamiento de ortodoncia previo a la Oficina de Administración del plan y regresarse al dentista, mostrando los beneficios estimados que debe pagar el Plan antes de que comience el tratamiento.

Un "Plan de tratamiento de ortodoncia previo" es un informe en un formulario satisfactorio para el Plan que describe el tipo de tratamiento recomendado y su duración, proporciona el costo estimado y se acompaña de radiografías cefalométricas, modelos de estudio y otras pruebas de respaldo del tratamiento propuesto.

Los pagos de beneficios se realizarán una vez que la Oficina de Administración del Plan haya aprobado el plan de tratamiento previo y el tratamiento haya comenzado.

En cualquier caso, los siguientes gastos de ortodoncia no son elegibles:

1. cargos por un procedimiento para el cual se instaló un dispositivo activo antes de que la Persona cubierta estuviera cubierta por el Plan; y
2. cualquier gasto incurrido mientras la cobertura de la persona no estuviera vigente. Si los pagos de los beneficios se efectuaron al finalizar la cobertura de cualquier procedimiento de ortodoncia que comenzó mientras estaba cubierto por el Plan, se continuarán pagando los gastos incurridos durante los 90 días posteriores a la fecha de finalización de la cobertura. Los exámenes orales, la profilaxis dental o las radiografías de diagnóstico no se consideran el inicio de un procedimiento o una serie de tratamientos.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES EN EL BENEFICIO DENTAL

No se efectuarán pagos de beneficios dentales por ningún procedimiento para cualquier lesión o enfermedad dental por la cual se aconsejó a la persona cubierta que recibiera tratamiento o por el cual el tratamiento comenzó antes de que la persona se cubriera para ese procedimiento dental.

No se efectuarán pagos de beneficios dentales por ningún procedimiento dental con respecto a dientes extraídos, perdidos o fracturados antes de que la persona quedara cubierta para ese procedimiento, excepto por el reemplazo del aparato como se indica específicamente en Gastos dentales elegibles.

No se efectuarán pagos por la instalación inicial o la adición de dispositivos protésicos, a menos que dicha instalación o adición se requiera principalmente debido a la pérdida, extracción o fractura de los dientes después de la cobertura del Plan.

Además de las limitaciones y exclusiones anteriores, el Plan no efectúa ningún pago de beneficio dental por lo siguiente:

1. servicios o suministros que sean principalmente para odontología cosmética;
2. servicios o suministros que no sean proporcionados por un dentista, higienista o dentista legalmente calificado que actúe dentro del alcance de su licencia;
3. cualquier cargo por una lesión que resulte de una guerra, disturbios, insurrección o participación en un acto criminal;
4. cualquier cargo misceláneo como asesoramiento o instrucción, viajes, citas no cumplidas, costos de comunicación o completar formularios;
5. cualquier cargo que resulte de cualquier lesión autoinfligida intencionalmente;
6. cualquier servicio cubierto, en su totalidad o en parte, por cualquier plan provincial de atención médica, servicios por los cuales no se cobra, o servicios que la ley no permite que cubra el Plan;

7. cualquier cargo por servicios en los que normalmente no se hubiera incurrido, pero por la presencia de este seguro, o por el cual no se incurre en cargos;
8. cualquier cargo hospitalario por alojamiento y comida y servicios y suministros relacionados;
9. cualquier examen dental requerido por un tercero;
10. procedimientos de diagnóstico relacionados con cualquier categoría de beneficios excluidos como gastos elegibles;
11. servicios o insumos para implantología;
12. servicios o suministros que no sean médicamente necesarios para el cuidado y tratamiento de cualquier lesión o enfermedad existente o sospechada;
13. los gastos elegibles que surjan como resultado de un accidente de vehículo motorizado se considerarán elegibles solo después de haberlos enviado primero a su asegurador de automóviles (sujeto a la legislación aplicable).

EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA CIERTOS PROCEDIMIENTOS DENTALES

No se efectuarán pagos por los gastos incurridos después de la terminación del Plan o de este beneficio o después de que la cobertura de la persona cubierta bajo este Beneficio de atención dental cese, con la excepción de completar la instalación de dentaduras postizas o gastos dentales relacionados con una dentadura postiza, puente o corona en la que se haya tomado una impresión o iniciado la terapia de endodoncia, dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la cobertura, siempre que la impresión se haya tomado antes de la finalización y que el plan cubra los gastos.

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DEL BENEFICIO DE ATENCIÓN DENTAL PARA DEPENDIENTES SOBREVIVIENTES

Tras la muerte de un Miembro del Plan elegible, los Dependientes sobrevivientes elegibles (cónyuge e hijos) continuarán siendo cubiertos por el Beneficio de atención dental por un período de hasta 30 meses. Este período comienza después de que se haya agotado la cuenta del Miembro del Plan en el Dollar Bank. No se requerirán pagos de primas o contribuciones durante este período de extensión del Beneficio para dependientes sobrevivientes.

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO DE ATENCIÓN DENTAL

El Beneficio de atención dental del Miembro del Plan terminará el día en que el Miembro del Plan se retire y haya agotado el saldo de su cuenta en el Dollar Bank. La cobertura para el Miembro del Plan y sus Dependientes también terminará como se describe anteriormente en la sección **Información de elegibilidad** de esta Guía.

FORMULARIOS REQUERIDOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO DE ATENCIÓN DENTAL

No se efectuará ningún pago a un Miembro del Plan a menos que se presente un Formulario de reclamación completo, así como todo otro documento requerido, a la Oficina de Administración del Plan y/o al Plan dentro del tiempo especificado para presentar una

reclamación. Consulte las disposiciones de la **Fecha límite de presentación de reclamaciones** en la sección **Reglas y disposiciones generales del Plan** de esta Guía.

No se requiere un formulario de reclamación para la Tarjeta de Beneficios y/o la presentación de reclamaciones en línea. Se les puede pedir a los Miembros que envíen sus recibos a la Oficina de Administración del Plan para reclamaciones presentadas electrónicamente. Estas auditorías aleatorias aseguran la protección del Plan. Por lo tanto, usted deberá conservar sus recibos durante 13 meses.

BENEFICIO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MIEMBROS (MAP)

El Programa de asistencia para miembros (MAP) es un servicio confidencial de asesoramiento, información y referencia disponible para los Miembros del Plan y los Dependientes elegibles. Los servicios de asesoramiento son proporcionados por los Programas de asistencia y servicios familiares para empleados (**FSEAP**). La persona cubierta puede comunicarse con FSEAP las 24 horas del día, todos los días del año directamente llamando al **1-800-668-9920**. Para servicio TTY llame al 1-888-234-0414.

En ocasiones, muchas personas se sienten abrumadas por las preocupaciones personales y el estrés cotidiano de la vida. Cuando ocurre una crisis o situación de emergencia y/o cuando se necesita ayuda inmediata, los asesores profesionales de FSEAP están disponibles con solo una llamada telefónica.

Sin embargo, no todas las tensiones de la vida cotidiana implican una emergencia. Los Miembros del Plan y sus Dependientes pueden optar por hablar con un consejero del FSEAP sobre una variedad de problemas personales cotidianos, como ansiedad, depresión, problemas de pareja, adicciones (incluyendo alcohol y juegos de azar), o recibir apoyo o información sobre prodigar cuidados, cuidado de niños, problemas relacionados con el trabajo, dejar de fumar, pérdida de peso, nutrición y problemas dietéticos o, incluso, asistencia legal o financiera.

Las personas que llamen se conectarán de inmediato con un consejero calificado del FSEAP que puede proporcionarles asistencia o concertar una cita para brindar asesoramiento cara a cara. El FSEAP proporciona asesoramiento confidencial en todo Canadá y los Estados Unidos. El personal del FSEAP incluye trabajadores sociales y psicólogos experimentados. Si se requiere asesoramiento a largo plazo o especializado, el consejero del FSEAP lo ayudará con una referencia a otro recurso dentro de su comunidad. Esta referencia puede implicar una tarifa. Podrá encontrar más información disponible en línea:

- www.myfseap.com
- Inicie sesión usando el nombre del grupo: **toloc27map**
- Contraseña: **myfseap1**

RESUMEN DE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS

El Programa de asistencia para miembros brinda acceso directo a asesores profesionales experimentados del FSEAP que pueden ayudarle a encontrar las respuestas y los servicios adecuados. A continuación se enumeran algunas de las áreas de asistencia confidencial disponibles a través del FSEAP:

- Estrés personal o laboral
- Problemas de relación
- Depresión o ansiedad
- Adicciones (incluyendo alcohol, abuso de sustancias y juegos de azar)
- Separación y divorcio
- Dificultades en la crianza de los hijos
- Cuidado de adultos mayores y de niños
- Equilibrio entre vida laboral y vida familiar
- Asistencia legal y financiera
- Consulta nutricional, dietética y sobre pérdida de peso
- Dejar de fumar
- Atención psicológica por duelo

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MIEMBROS

El Beneficio del Programa de asistencia para miembros terminará el día en que el Miembro del Plan se retire y haya agotado el saldo de su cuenta en el Dollar Bank. La cobertura para el Miembro del Plan y sus Dependientes también terminará como se describe anteriormente en la sección **Información de elegibilidad** de esta Guía.

BENEFICIO DE DUELO/PERMISOS PARENTALES

El Beneficio por duelo/permiso parental está destinado a proporcionar asistencia financiera a los Miembros del Plan durante las ausencias al trabajo debidas a ciertos eventos de la vida.

El Beneficio de permiso por duelo/parental es autofinanciado. Las reglas de elegibilidad y las reglas de terminación son las mismas que las del Plan de salud y bienestar. Para ser elegible para los beneficios, un Miembro del Plan también debe ser un miembro con buenos antecedentes del Sindicato Local 27 o 1030.

BENEFICIO POR DUELO

En el desafortunado caso de la muerte de un miembro de la familia, el Miembro del Plan será elegible para recibir el Beneficio por duelo del Plan, siempre que el Miembro del Plan estuviera en el trabajo el día anterior a la pérdida. Solo los Miembros del Plan son elegibles para este beneficio. Los Dependientes de los Miembros del Plan no son elegibles para este beneficio.

QUIÉN CALIFICA COMO “MIEMBRO DE LA FAMILIA”

Para los fines del Beneficio por duelo, el Plan define como miembros de la familia del Miembro del Plan elegibles a los siguientes:

- Cónyuge
- Hijo, incluyendo yerno
- Padre, incluyendo suegros
- Abuelos
- Hermano, incluyendo cuñado
- Hermana, incluyendo cuñada

BENEFICIO DE PERMISOS PARENTALES

Si un Miembro del Plan tiene un hijo recién nacido, el Miembro del Plan será elegible para recibir el Beneficio de permisos parentales del Plan, siempre que el Miembro del Plan estuviera en el trabajo el día anterior al nacimiento del niño y que el Miembro del Plan esté ausente del trabajo inmediatamente después del nacimiento del niño. Solo los Miembros del Plan son elegibles para este beneficio. Los Dependientes de los Miembros del Plan no son elegibles para este beneficio.

IMPORTE DEL BENEFICIO

El Beneficio por duelo/permiso parental paga un máximo de \$150 por día, por un máximo de hasta tres días hábiles. No se paga ningún beneficio por días sábado o domingo. Los beneficios se pagan desde el primer día de la pérdida de ingresos, siempre que el Miembro del Plan estuviera en el trabajo el día anterior a la pérdida o el nacimiento. No se pagarán beneficios por duelo por el tiempo perdido después del funeral, a menos que el Miembro del Plan deba viajar para asistir al funeral.

SUJECIÓN A IMPUESTOS DE LOS PAGOS DE BENEFICIOS

Los pagos de beneficios por duelo y permiso parental son ingresos gravables para el Miembro del Plan en el año calendario en que se paguen.

En febrero de cada año, el Miembro del Plan que recibió pagos de beneficios en el año calendario anterior recibirá un formulario oficial de impuestos que indica el monto total de los pagos de beneficios efectuados al Miembro del Plan en el año calendario anterior.

Cualquier beneficio pagado a un Miembro del Plan (que se muestre en el formulario oficial de impuestos) debe informarse en la declaración anual del impuesto sobre la renta del Miembro del Plan.

CÓMO PRESENTAR LA RECLAMACIÓN DEL BENEFICIO

Para presentar una reclamación de Beneficio por duelo o permiso parental del Plan, el Miembro del Plan deben completar el formulario de reclamación correspondiente y presentar pruebas suficientes de la pérdida, incluyendo:

- una carta del empleador o del Sindicato local que indique que el Miembro del Plan estaba trabajando, el último día de trabajo y los días en que el Miembro del Plan no trabajó y son causa del permiso;
- un certificado de defunción o una declaración del director de la funeraria (para beneficios por duelo);
- un certificado de nacimiento original para su hijo recién nacido (para los beneficios por permiso parental).

Los formularios de reclamación están disponibles en la Oficina de Administración del Plan o en línea en el sitio web para Miembros del Plan.

Las reclamaciones de beneficios por duelo o permiso parental deben presentarse dentro de los 12 meses posteriores a la fecha del evento correspondiente. Reclamaciones tardías no serán pagadas.

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO POR DUELO/PERMISO PARENTAL

El Beneficio por duelo/permiso parental de un Miembro del Plan terminará el día en que el Miembro del Plan se retire y haya agotado el saldo de su cuenta en el Dollar Bank. La cobertura para el Miembro del Plan y sus Dependientes también terminará como se describe anteriormente en la sección **Información de elegibilidad** de esta Guía.

PLAN DE PRIMA POR PRODUCTIVIDAD

GENERALIDADES DEL PLAN

El Plan de prima por productividad de Carpenters Local 27 brinda a los Miembros del Plan el derecho a recibir beneficios de cualquier prima por productividad obtenida según los términos de la convención colectiva del Local 27 aplicable en cada año de beneficio. Cada 1° de diciembre, el Plan efectúa un pago regular anual de los beneficios del Plan de prima por productividad.

Los Miembros del plan también tienen la opción de recibir los beneficios ganados por la prima por productividad en otro momento durante el año de beneficios, siempre que dicho pago opcional solicitado no esté dentro de un período de 30 días antes o después del 1° de diciembre.

El acuerdo actual de la convención colectiva del Local 27 requiere que cada contratista/empleador contribuyente realice una contribución al Fondo fiduciario para servicios legales de la División Tejas y Recubrimientos de Carpenters and Allied Workers Local 27. La contribución de la prima por productividad se expresa como un porcentaje de los pagos brutos efectuados por contratistas/empleadores contribuyentes a nombre de los Miembros

del Plan. El porcentaje actualmente en efecto puede determinarse revisando el acuerdo de convención colectiva vigente.

PREGUNTAS FRECUENTES

La siguiente información proporciona respuestas a preguntas comunes sobre el funcionamiento del Plan de primas de productividad del Local 27. Si tiene alguna dificultad para comprender las reglas del Plan de prima por productividad o sus derechos en dicho Plan, la Oficina de Administración del Plan se complace en ayudarlo a responder cualquier pregunta.

¿Cómo funciona el Plan?

La Oficina de Administración del Plan establece y mantiene una "cuenta" de prima por productividad que registra todas las contribuciones para prima por productividad efectuadas por cualquier empresario/contratista signatario de una convención colectiva aplicable a nombre de cada Miembro del Plan.

Las cuentas de primas de productividad se mantienen anualmente desde el 1° de noviembre de cada año hasta el 31 de octubre del año siguiente. En ellas se registran las contribuciones por primas de productividad recibidas que abarcan del mes laboral de noviembre de un año hasta fines del mes laboral de octubre del año siguiente.

¿Cómo se invierten las contribuciones al fondo? ¿Qué sucede con los ingresos por intereses?

La Junta de fideicomisarios invierte las contribuciones al Fondo fiduciario de primas de productividad en valores a corto plazo. Este tipo de inversión proporciona la mejor combinación de ingresos por intereses y riesgo mínimo de inversión, asegurando que los fondos estén disponibles con poca antelación si es necesario. Los ingresos por intereses obtenidos se utilizan para pagar los costos operativos del Plan de primas de productividad y del Fondo fiduciario de primas de productividad.

¿Los Miembros del Plan reciben el 100% de sus contribuciones por prima por productividad?

Los Miembros del Plan siempre reciben el 100% de las contribuciones por prima por productividad efectuadas por el contratista/empleador correspondiente.

¿Cómo se otorga a los Miembros del Plan el derecho a la prima por productividad?

El Plan efectúa un pago automático en diciembre de cada año. El 1° de diciembre de cada año, o en fechas cercanas, la Oficina de Administración del Plan entrega un cheque al Sindicato Local 27 para cada Miembro del Plan que sea elegible. Este cheque incluye toda la prima por productividad pagada a nombre del Miembro del Plan por el contratista/empleador correspondiente por el período de 12 meses que finaliza el 31 de octubre.

Junto con el cheque de la prima por productividad, se proporciona un resumen de la cuenta del Plan de prima por productividad del Miembro del Plan para el período de los 12 meses anteriores, que indica las contribuciones mensuales recibidas para el Miembro del Plan y el contratista/empleador que las efectuó. Por cada cheque de Prima por productividad emitido, el Plan cobra una tarifa de gastos administrativos establecida por los fideicomisarios.

¿La prima por productividad se puede pagar antes de diciembre?

Los Miembros del Plan tienen la opción de recibir cada año una prima por productividad adicional. Para solicitar este pago opcional, el Miembro del Plan debe completar la Solicitud de prima por productividad, que está disponible en la Oficina de Administración del Plan.

El Plan no efectúa pagos opcionales dentro del período de 30 días antes o después del 1° de diciembre (es decir, el Plan no emite pagos entre el 1° de noviembre y el 1° de enero del año siguiente). No se efectúan pagos durante este período porque el Plan está procesando su pago automático anual. Para cualquier pago opcional, el Plan cobra una tarifa de gastos administrativos establecida por los fideicomisarios.

¿Se puede volver a emitir un cheque de prima por productividad perdido o vencido?

Si un Miembro del Plan pierde su cheque de prima por productividad, o si dicho cheque pasa la fecha de caducidad, la Oficina de Administración del Plan puede volver a emitir el pago a solicitud. Para cualquier reemplazo de cheque, el Plan cobra una tarifa de gastos administrativos establecida por los fideicomisarios.

¿El bono de productividad está sujeto al impuesto sobre la renta?

Cualquier prima por productividad pagada a un Miembro del Plan se considera según las leyes de impuestos de Canadá como un ingreso imponible para el Miembro del Plan en el año calendario en que se pagó.

En febrero de cada año, el Miembro del Plan que recibió un pago de prima por productividad en el año calendario anterior recibirá del Plan un formulario oficial de impuestos que indica el monto total de los pagos de primas de productividad efectuados al Miembro del Plan en el año calendario anterior.

PLAN DE VACACIONES PAGAS

GENERALIDADES DEL PLAN

El Plan de vacaciones pagas de Carpenters Local 1030 brinda a los Miembros del Plan el derecho a recibir beneficios de cualquier pago por vacaciones ganado según los términos de la convención colectiva del Local 1030 aplicable en cada año de beneficio. Cada 1° de noviembre, el Plan efectúa el pago anual regular de vacaciones. Los Miembros del Plan también tienen la opción de cobrar sus beneficios de vacaciones pagas en otro momento, siempre que dicho pago opcional solicitado no esté dentro de un período de 60 días antes o después del 1° de noviembre.

La convención colectiva actual del Local 1030 requiere que cada contratista/empleador contribuyente realice una contribución al Fondo fiduciario de pagos vacacionales de Carpenters Local 1030. La contribución de pago de vacaciones se expresa como un porcentaje de los pagos brutos efectuados por contratistas/empleadores contribuyentes a nombre de los Miembros del Plan.

El porcentaje actualmente en efecto puede determinarse revisando el acuerdo de convención colectiva vigente.

PREGUNTAS FRECUENTES

La siguiente información proporciona respuestas a preguntas comunes sobre el funcionamiento del Plan de vacaciones pagas del Si tiene alguna dificultad para comprender las reglas del Plan de vacaciones pagas o sus derechos en dicho Plan, la Oficina de Administración del Plan se complace en ayudarlo a responder cualquier pregunta.

¿Cómo funciona el Plan de vacaciones pagas?

La Oficina de Administración del Plan establece y mantiene una "cuenta" de pagos de vacaciones que registra todas las contribuciones para pagos de vacaciones efectuadas por cualquier empleador/contratista signatario de una convención colectiva aplicable a nombre de cada Miembro del Plan.

Estas cuentas de pago de vacaciones se mantienen anualmente desde el 1° de noviembre de cada año hasta el 31 de octubre del año siguiente, registrando las contribuciones de pago de vacaciones recibidas, abarcando desde el mes laboral de septiembre de un año hasta fines del mes laboral de agosto del año siguiente.

¿Cómo se invierten las contribuciones al Fondo fiduciario por pagos vacacionales?

La Junta de fideicomisarios invierte las contribuciones al Fondo fiduciario de pagos vacacionales en valores a corto plazo. Este tipo de inversión proporciona la mejor combinación de ingresos por intereses y riesgo mínimo de inversión, asegurando que los fondos estén disponibles con poca antelación si es necesario. Los ingresos por intereses obtenidos se utilizan principalmente para pagar los costos operativos del Plan de pagos vacacionales y del Fondo fiduciario de pagos vacacionales.

¿Los Miembros del Plan reciben el 100% de sus contribuciones por pagos vacacionales?

Los Miembros del Plan siempre reciben el 100% de las contribuciones de pago de vacaciones a las que tienen derecho, siempre que el empleador/contratista correspondiente haya efectuado todas las contribuciones de pago de vacaciones ganadas por cada Miembro del Plan al Fondo fiduciario de pagos vacacionales.

¿Cómo se otorga a los Miembros del Plan el derecho al pago de vacaciones?

El Plan efectúa un pago automático en noviembre de cada año. El 1° de noviembre de cada año, o en fechas cercanas, la Oficina de Administración del Plan entrega un cheque al Sindicato Local 1030 para cada Miembro del Plan que sea elegible. Este cheque incluye todo el pago de vacaciones ganado por el Miembro del Plan y pagado a nombre del Miembro del Plan por el período de 12 meses que finaliza el 31 de agosto.

Junto con el cheque de pago vacacional, se proporciona un resumen de la cuenta del Plan de vacaciones pagas del Miembro del Plan para el período de los 12 meses anteriores, que indica

las contribuciones mensuales recibidas a nombre del Miembro del Plan y el contratista/empleador que las efectuó.

¿Se puede efectuar un pago vacacional antes del pago anual de noviembre?

Los Miembros del Plan tienen la opción de recibir cada año un pago vacacional adicional. Para solicitar este pago opcional, el Miembro del Plan debe completar la Solicitud de pago de vacaciones, disponible en la Oficina de Administración del Plan.

El Plan no efectúa pagos opcionales dentro del período de 60 días antes o después del 1° de noviembre (es decir, el Plan no emite pagos entre el 1° de septiembre y el 1° de febrero del año siguiente). No se efectúan pagos durante este período porque el Plan está procesando su pago automático anual.

¿Se puede volver a emitir un cheque de pago vacacional perdido o vencido?

Si un Miembro del Plan pierde su cheque de pago vacacional, o si dicho cheque pasa la fecha de caducidad, la Oficina de Administración del Plan puede volver a emitir el pago a solicitud.

¿Hay algún cargo asociado con la recepción de un pago de vacaciones?

A todo pago vacacional se le aplica una tarifa de gastos administrativos establecida por los fideicomisarios.

¿El pago de vacaciones está sujeto al impuesto sobre la renta?

Cualquier pago vacacional que reciba un Miembro del Plan se considera según las leyes de impuestos de Canadá como un ingreso imponible para el Miembro del Plan en el año calendario en que se pagó.

En febrero de cada año, el Miembro del Plan que recibió pagos por vacaciones en el año calendario anterior recibirá del Plan un formulario oficial de impuestos que indica el monto total de los pagos efectuados al Miembro del Plan en el año calendario anterior.

PLAN DE SERVICIOS LEGALES

El plan de servicios legales está destinado a proporcionar a los Miembros del Plan asistencia financiera para emplear en una variedad de servicios legales generales de uso común.

TABLA DE SERVICIOS CUBIERTOS

Los beneficios del Plan de servicios legales no pretenden cubrir el costo total de los servicios legales que puede proporcionar un abogado. La siguiente tabla indica el beneficio máximo a pagar por los servicios legales cubiertos por el Plan.

La naturaleza, el alcance y la cantidad de los servicios legales proporcionados son un asunto que debe resolverse entre el Miembro del Plan y el abogado del Miembro del Plan. El Plan de Servicios Legales, el Fondo fiduciario para servicios legales y la Junta de fideicomisarios no aceptan ninguna responsabilidad por la determinación de los honorarios legales razonables, el resultado del servicio legal o el pago por parte del Miembro del Plan de los honorarios legales.

Tabla de servicios cubiertos

<i>Tipo de servicio legal</i>	<i>Máximo beneficio anual</i>
Testamento – Miembro del Plan o cónyuge por separado	\$100.00
Testamento – Miembro del Plan y cónyuge juntos	\$150.00
Codicilo testamentario – Miembro del Plan o cónyuge por separado	\$50.00
Codicilo testamentario – Miembro del Plan y cónyuge juntos	\$60.00
Legalización de un testamento – Miembro del Plan o cónyuge*	\$250.00
Compra, venta o hipoteca de la residencia principal del Miembro del Plan	\$500.00
Renovación/cancelación de la hipoteca de la residencia principal del Miembro del Plan	\$50.00
Preparación/revisión del contrato de alquiler de la residencia principal del Miembro del Plan	\$60.00
Preparación de poder notarial para Miembro del Plan o cónyuge	\$60.00
Adopción de niño por Miembro del Plan	\$250.00
Infracción de la Ley de tránsito carretero	\$300.00

* o administración de dicha herencia cuando no hay testamento

BENEFICIO GENERAL MÁXIMO POR AÑO CALENDARIO

Además del Beneficio anual máximo pagadero que se detalla en la Tabla de servicios cubiertos precedente, el Plan también tiene un Beneficio general máximo para todos los servicios legales detallados combinados en un año calendario de la siguiente manera.

Primer año calendario de membresía del Plan \$400.00

Segundo año calendario (y subsiguientes) de membresía del Plan \$1,000.00

Un año calendario es el período de 12 meses que comienza el 1° de enero y finaliza el 31 de diciembre.

Sujeto al Beneficio general máximo por año calendario, un Miembro del Plan solo puede solicitar cada tipo de servicio legal descrito en la Tabla de servicios cubiertos una vez por año calendario. El Beneficio general máximo por año calendario incluirá cualquier monto pagado por servicios legales para los Dependientes de un Miembro del Plan.

SELECCIÓN DEL ABOGADO

Los Miembros del Plan eligen a su propio abogado. El Plan de servicios legales no proporciona asesoría legal ni recomienda abogados. El Plan de servicios legales requiere que el abogado seleccionado tenga la licencia adecuada para ejercer la abogacía en la provincia de Ontario.

Para obtener un abogado, el Miembro del Plan puede comunicarse con la Law Society of Upper Canada al (416) 947-3300.

Todos los asuntos legales son estrictamente entre el Miembro del Plan y el abogado seleccionado por el Miembro del Plan, al igual que los honorarios legales que se le cobrarán. Los fideicomisarios no darán ninguna opinión con respecto al tipo o la calidad de los servicios legales que proporcione un abogado a cualquier Miembro del Plan.

CÓMO PRESENTAR RECLAMACIONES

Para presentar una reclamación de reembolso bajo el Plan de Servicios Legales, comuníquese con la Oficina de Administración del Plan. Allí, le proporcionarán el formulario de reclamación adecuado que debe completar el Miembro del Plan. El Miembro del Plan debe proporcionar la factura completa del abogado seleccionado por los servicios prestados que se solicitan, incluidos:

- los detalles de los servicios legales prestados;
- la fecha en que se prestaron dichos servicios legales;
- el tiempo asignado para cada servicio legal prestado;
- el cargo total por cada servicio legal prestado.

Las reclamaciones por gastos legales incurridos solo se considerarán elegibles cuando el abogado haya completado el servicio legal.

Las reclamaciones por servicios legales deben presentarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que el Miembro del Plan incurrió en los gastos. Reclamaciones tardías no serán pagadas.

Los pagos del Plan de Servicios Legales se efectúan solo al Miembro. El Plan no emitirá pagos a ninguna otra persona, incluyendo abogados o firmas legales.

SUJECCIÓN A IMPUESTOS DE LOS BENEFICIOS

Cualquier pago de Plan de servicios legales que reciba un Miembro del Plan se considera según las leyes de impuestos de Canadá como un ingreso imponible para el Miembro del Plan en el año calendario en que se pagó. En febrero de cada año, el Miembro del Plan que recibió pagos del Plan de servicios legales en el año calendario anterior recibirá del Plan un formulario oficial de impuestos que indica el monto total de los pagos efectuados al Miembro del Plan en el año calendario anterior.

REGLAS Y DISPOSICIONES GENERALES

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

El Plan de salud y bienestar residencial de Carpenters (y sus aseguradores y proveedores cuando corresponda), el Plan de duelo/permisos parentales, el Plan de prima por productividad, el Plan de vacaciones pagas y el Plan de servicios legales (los “Planes”) recopilarán, mantendrán y comunicarán únicamente la información personal que se considere necesaria para la administración de dichos Planes. La información personal será protegida de conformidad con la legislación aplicable.

Los Planes pueden utilizar e intercambiar información personal con personas u organizaciones relevantes (es decir, sindicatos, profesionales de la salud, instituciones financieras, agencias de investigación, aseguradores, reaseguradores, reguladores, asesores legales, etc.) para administrar los Planes y cualquier derecho a los beneficios de los Planes.

Las preguntas relacionadas con la Política de privacidad de los Planes deben dirigirse a la Oficina de Administración del Plan.

BENEFICIARIO DESIGNADO

Cada Miembro del Plan tiene el derecho a nombrar (o cambiar) un beneficiario designado en su Tarjeta de información de miembro, tal como se describe en la sección de descripción de Beneficio de seguro de vida de esta Guía. Se entiende que la designación del beneficiario hecha en virtud de las pólizas de seguro del Plan se reconocerá como el beneficiario designado en virtud de dichas pólizas, a menos que se haya hecho una designación adicional que la(s) póliza(s) identifique(n) específicamente. A falta de dicha designación, todos los beneficios se pagarán a los herederos de la persona asegurada.

Todas las demás indemnizaciones de la póliza serán pagaderas al Miembro del Plan. Cada Miembro del Plan puede cambiar su beneficiario designado en cualquier momento, según lo permita la ley. El Plan y los aseguradores no asumen ninguna responsabilidad por la validez de dicha designación o cambio de beneficiario. Los Miembros del plan deben revisar periódicamente la designación de sus beneficiarios actuales para asegurarse de que la misma refleje su intención actual.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN AL PLAN

Cuando un Miembro del Plan o un Dependiente elegible incurra en un gasto elegible cubierto por uno de los beneficios del Plan, se debe presentar una reclamación al Plan. Los diferentes tipos de reclamación pueden enviarse al Plan de varias maneras, pero todos deben ser

enviados correctamente, con todos los documentos requeridos y antes de la fecha límite para la presentación de reclamaciones.

Las reclamaciones pueden entregarse:

- **Utilizando la Tarjeta de beneficios del Plan en la farmacia, con el proveedor de atención médica o en el consultorio dental**
- **En línea, registrándose con Green Shield Canada en benefits@carpentersresidential.ca**
- **Por correo electrónico a la Oficina de Administración del Plan a benefits@carpentersresidential.ca**
- **Por fax a la Oficina de Administración del Plan al 1-905-946-2535**
- **En persona o por correo a la Oficina de Administración del Plan, ubicada en**

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

Los gastos elegibles para el Beneficio adicional para el cuidado de la salud y dental deben solicitarse por medio de la Tarjeta de beneficios del Plan. Estas reclamaciones también pueden enviarse en línea a Green Shield Canada siguiendo las instrucciones del Paquete de bienvenida que se entrega a los nuevos Miembros del Plan cuando reciben su Tarjeta de beneficios. Se les puede pedir a los Miembros que envíen sus recibos a la Oficina de Administración del Plan para reclamaciones presentadas electrónicamente. Estas auditorías aleatorias aseguran la protección del Plan. Por lo tanto, usted deberá conservar sus recibos durante 13 meses.

Las reclamaciones por gastos de Asistencia para emergencias en viajes pueden enviarse directamente al Administrador del plan (si es inferior a \$200) o llamando al número de teléfono de Asistencia de emergencia en viajes que se encuentra en el reverso de la Tarjeta de beneficios.

Además, o para cualquier otro tipo de reclamaciones, los Miembros del Plan pueden comunicarse con la Oficina de Administración del Plan, quienes luego proporcionarán el(los) formulario(s) de reclamación necesario(s) y la asistencia para completar y enviar la(s) reclamación(es) al Plan o al Asegurador según sea necesario. Para procesar rápidamente las reclamaciones, todos los formularios de reclamación deben completarse de manera completa y clara e indicar la siguiente información:

- el nombre completo del solicitante, su dirección de correo postal y su fecha de nacimiento;
- el nombre completo del Miembro del Plan, su dirección de correo postal y su fecha de nacimiento;

- el número de identificación del Miembro del Plan;
- la póliza de seguro financiero de Manulife número 10042 (anteriormente pólizas número 10077 y 901202) para reclamaciones de seguro de vida, vida de Dependiente e discapacidad a largo plazo;
- el número de grupo de asistencia de viaje de Green Shield Canada 4932, el número de identificación de Miembro del Plan y el número de tarjeta de plan de atención de salud provincial del solicitante para reclamación de asistencia de emergencia en viajes;
- el número de póliza AB10403501 de CHUBB Life Insurance Company of Canada para reclamaciones de AD&D.

Todas las reclamaciones (con los formularios de reclamación, los recibos originales y toda otra documentación de respaldo solicitada) deben enviarse por correo electrónico o entregarse en la Oficina de Administración del Plan lo antes posible.

Presentar una reclamación al Plan por gastos que son legítimamente responsabilidad de otra parte, o por un gasto que no se efectuó constituye un delito grave. Por ejemplo, las reclamaciones por gastos debidos a una enfermedad o discapacidad relacionada con el trabajo deben presentarse a Workers' Safety Insurance Board. Una tergiversación con respecto a la elegibilidad de los Dependientes también es un delito grave.

Si un Miembro del Plan proporciona información engañosa o presenta una reclamación fraudulenta, los fideicomisarios tomarán medidas para recuperar los fondos pagados a dicho Miembro del Plan o a un proveedor de servicios o suministros. Los auspiciadores pueden cancelar todos los beneficios de un Miembro del Plan que haya presentado intencionalmente reclamaciones inapropiadas o fraudulentas o que haya proporcionado al Plan información inexacta o engañosa.

PLAZOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES

Todas las reclamaciones enviadas a la Oficina de Administración del Plan y/o al(los) Asegurador(es) para reembolso deben presentarse antes de la fecha límite de presentación de reclamaciones.

Las reclamaciones que el Plan y/o el(los) Asegurador(es) no reciba(n) dentro de los plazos estipulados no serán consideradas elegibles para su adjudicación. Por lo tanto, se recomienda que presentar toda reclamación lo antes posible después de incurrir en el gasto o sufrir la pérdida.

BENEFICIO**PLAZO PARA PRESENTAR RECLAMACIÓN**

Seguro de vida	Dentro de los 12 meses a partir de la fecha del fallecimiento
Seguro de vida Dependiente	Dentro de los 12 meses a partir de la fecha del fallecimiento
Mutilación y muerte accidentales	Dentro de los 30 días a partir de la fecha del accidente
Indemnización semanal	Dentro de los 6 meses a partir de la fecha de la discapacidad
Discapacidad a largo plazo	Dentro de los 6 meses luego de la terminación del primer mes siguiente al Período calificante de discapacidad
Ben. adicional al cuidado de la salud	Dentro de los 12 meses a partir de la fecha del gasto
Asistencia de emergencia en viajes	Dentro de las 48 horas de la fecha del gasto
Atención dental	Dentro de los 12 meses a partir de la fecha del gasto
Programa de asistencia para miembros	No aplica
Duelo/Permiso parental	Dentro de los 12 meses a partir de la fecha del evento
Plan de servicios legales	Dentro de los 180 días a partir de la fecha del gasto
Plan de prima por productividad	No aplica
Plan de vacaciones pagas	No aplica

El incumplimiento de las notificaciones o en la presentación de comprobantes de reclamaciones dentro de los plazos de presentación de reclamaciones indicados anteriormente y como se describe en esta Guía no invalidará la reclamación si la notificación o prueba se entrega tan pronto como sea razonablemente posible y si se demuestra que no fue razonablemente posible dar aviso o presentar prueba dentro del plazo requerido para presentar la reclamación. Los Aseguradores y el Plan no aceptarán bajo ninguna circunstancia la presentación de reclamaciones después de un (1) año.

En caso de que la elegibilidad de un Miembro del Plan para los beneficios del Plan finalice, o si se termina un beneficio en virtud el Plan, o si una (las) póliza(s) de seguro queda(n) cancelada(s), se debe presentar una reclamación dentro de los 90 días después de la fecha de terminación, con la excepción de los Beneficios de AD&D, que duran 30 días y la Asistencia de emergencia para viajes que dura 48 horas.

ACCIONES LEGALES

Un Miembro del Plan no puede iniciar una acción legal contra los Aseguradores del Plan, o contra el Plan, menos de 30 días después de que se haya presentado la prueba de la pérdida según se describe en la sección **PLAZOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES** de esta Guía. Toda acción o procedimiento en contra del(los) Asegurador(es) del Plan, o contra el Plan, para la recuperación del dinero pagadero en virtud de este Plan queda absolutamente prohibida a menos que se inicie dentro del plazo establecido en la Ley de Seguros o la legislación aplicable.

El (los) Asegurador(es) y el Plan tendrán el derecho y la oportunidad de examinar a cualquier persona cuya lesión o enfermedad sea la base de una reclamación, cuando y con la frecuencia que pueda razonablemente exigir durante el período de trámite y el período de pago, si corresponde, de dicha reclamación.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

El pago del Beneficio adicional para el cuidado de la salud, de asistencia para emergencia en viajes y de atención dental se coordinará de modo que los beneficios totales pagaderos de todos los planes disponibles (para un Miembro del Plan y/o sus Dependientes elegibles) no excedan el 100% del monto de los gastos elegibles de la reclamación.

Para este propósito, los Aseguradores y el Plan tienen derecho a recibir y divulgar información sobre la cobertura de beneficios y los pagos de beneficios y, si es necesario, cobrar los sobrepagos. Los procedimientos de presentación de reclamaciones acordados por las aseguradoras de salud canadienses y los planes de beneficios que se utilizarán para coordinar los pagos de beneficios en virtud de este Plan son los siguientes:

1. Si el Miembro del Plan incurrió en el gasto de la reclamación, envíe primero la reclamación a este Plan. Si todavía hay un saldo pendiente de pago, envíe la reclamación al plan del cónyuge del Miembro del Plan junto con la Explicación de Beneficios de este Plan para que el plan del cónyuge sepa cuánto ha pagado este Plan.
2. Si el cónyuge de un Miembro del Plan incurrió en el gasto de la reclamación, presente la reclamación primero al plan del cónyuge (si el cónyuge tiene un plan). Si todavía hay un saldo pendiente de pago, envíe la reclamación a este Plan junto con la Explicación de Beneficios del plan del Cónyuge para que este Plan sepa cuánto ya ha pagado el plan del Cónyuge.

3. Si un hijo dependiente incurre en un gasto, presente primero la reclamación al plan que cubre al que cumpla años antes en el año calendario, entre la madre o el padre. Si todavía hay un saldo pendiente de pago, envíe la reclamación por gasto no pagado al segundo plan (del otro padre), junto con la Explicación de Beneficios del primer plan, de modo que el segundo plan sepa cuánto ha pagado ya el primer plan. Si el cónyuge de un Miembro del Plan no tiene un plan de beneficios y la reclamación de gasto solo se puede enviar a un plan, envíe la reclamación a ese plan.
4. Si un Miembro del Plan y su cónyuge están cubiertos por este Plan como Miembros del Plan, se debe adjuntar una nota al formulario de reclamación que informe a la Oficina de Administración del Plan los nombres de los Miembros del Plan y los dos números de Certificado del Plan (identificación del Miembro del Plan). La Oficina de Administración del Plan resolverá la reclamación en consecuencia.

El proceso de presentación de reclamaciones anteriormente descrito es el procedimiento de Coordinación de Beneficios (COB) acordado entre la mayoría de los planes de seguro grupales canadienses. Póngase en contacto con la Oficina de Administración del Plan si necesita más información sobre cómo funcionan los procedimientos de Coordinación de Beneficios.

APELACIONES DE RECLAMACIONES

En el caso de que el Plan o los Aseguradores del Plan determinen que las reclamaciones de gastos presentadas no son elegibles para reembolso conforme al Plan, o que no sean médicamente necesarias, o que no sean razonables o habituales, la reclamación (o parte de la misma) puede ser denegada.

Los Miembros del Plan pueden discutir la decisión tomada en relación con el procesamiento de cualquier reclamación presentada al Plan. Para hablar sobre el pago o la falta de pago de cualquier reclamación presentada al Plan, comuníquese con la Oficina de Administración del Plan.

Si un Miembro del Plan cree que tiene una circunstancia especial en relación con una reclamación presentada y le gustaría que la decisión de cualquier reclamación presentada sea revisada o reconsiderada (ya sea que la reclamación haya sido pagada o rechazada), debe ponerse en contacto con la Junta de fideicomisarios a cargo de Oficina de Administración del Plan.

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN DEL PLAN

La Junta de fideicomisarios ha contratado a un Administrador del Plan, **Employee Benefit Plan Services Limited**, para manejar los asuntos cotidianos del Plan de salud y bienestar residencial de Carpenters, incluyendo la administración del Plan y el pago de reclamaciones de muchos de los beneficios de los Planes..

Los fideicomisarios se basan en la experiencia del Administrador del Plan con respecto a la elegibilidad para los beneficios de los Planes y si las reclamaciones de gastos presentadas son elegibles para su reembolso.

Los Miembros del plan pueden comunicarse con la Oficina de Administración del Plan si tienen alguna pregunta sobre los beneficios de los Planes o sobre las reglas administrativas según las cuales funcionan los Planes . La Oficina de Administración del Plan está allí para ayudar a los Miembros del Plan. El Administrador del Plan es:

EMPLOYEE BENEFIT PLAN SERVICES LIMITED

45 McIntosh Drive
Markham, Ontario
L3R 8C7

Llamada gratuita: 1-800-263-3564

Tel.: (905) 946-9700

Fax: (905) 946-2535

Correo electrónico: benefits@carpentersresidential.ca

www.carpentersresidential.ca

