

# PLANO DE SAÚDE E BEM-ESTAR RESIDENCIAL DA CARPENTERS



## MANUAL DE INFORMAÇÕES PARA MEMBROS DO PLANO PLANO DE BENEFÍCIOS ABRANGENTE

ATUALIZADO EM 1 DE JANEIRO DE 2019

[WWW.CARPENTERSRESIDENTIAL.CA](http://WWW.CARPENTERSRESIDENTIAL.CA)



# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
RESUMO DOS BENEFÍCIOS .....	2
RESUMO DA SÍNTESE DE BENEFÍCIOS .....	6
INFORMAÇÕES DE ELEGIBILIDADE .....	8
ASSISTÊNCIA COM SEGURANÇA E SEGUROS NO LOCAL DE TRABALHO (WSIB) .....	12
BENEFÍCIO DE SEGURO DE VIDA .....	14
BENEFÍCIO DE SEGURO DE VIDA DOS DEPENDENTES .....	16
BENEFÍCIO POR MORTE E DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL .....	17
BENEFÍCIO DE INDEMNIZAÇÃO SEMANAL .....	28
BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO .....	33
BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA À INCAPACIDADE .....	38
BENEFÍCIO DE SAÚDE COMPLEMENTAR .....	39
BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM .....	46
BENEFÍCIO DE CUIDADOS DENTÁRIOS.....	56
BENEFÍCIO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS MEMBROS.....	61
PLANO DE LUTO/LICENÇA PARENTAL .....	63
PLANO DE BONIFICAÇÃO DE PRODUTIVIDADE.....	65
PLANO DE PAGAMENTO DE FÉRIAS.....	67
PLANO DE SERVIÇOS JURÍDICOS.....	69
REGRAS E DISPOSIÇÕES DO PLANO GERAL .....	71
ESCRITÓRIO DE ADMINISTRAÇÃO DO PLANO.....	76

# INTRODUÇÃO

Caro Membro do Plano,

Este Manual de Informações para Membros do Plano ("Manual") foi preparado como um documento de referência informal para resumir as principais características dos benefícios fornecidos aos Membros do Plano elegíveis do Plano de Benefícios Abrangente do Plano de Saúde e Bem-estar Residencial da Carpenters (o "Plano") a partir de 1 de janeiro de 2017. Este Manual também fornece informações sobre como tornar-se e permanecer um Membro elegível do Plano para os benefícios do Plano, bem como as regras e procedimentos para o envio de participações.

Este Manual não é um documento legal, uma apólice de seguro ou um contrato e não fornece nenhum direito contratual. Em todo este Manual, a utilização dos termos "Plano", "o Plano", "o seu Plano" ou "o nosso Plano" refere-se ao "Plano de Saúde e Bem-estar Residencial da Carpenters". O termo "Fundo" ou "Fundos" refere-se ao Fundo de Saúde e Bem-estar Residencial da Carpenters" e/ou "Carpenters e Trabalhadores Associados Local 27 - Fundo Fiduciário de Prémio de Produtividade do Departamento de Telhados e Revestimento" e/ou os "Carpenters e Trabalhadores Associados Local 27 - Fundo Fiduciário de Serviços Jurídicos do Departamento de Telhados e Revestimento" e/ou o "Fundo Fiduciário de Pagamento de Férias Local 1030 da Carpenters". Os termos "Membro do Plano", "você", "o seu" e a "Pessoa Coberta" referem-se a uma pessoa que cumpriu as regras de elegibilidade para os benefícios fornecidos no Plano de Benefícios Abrangente de Saúde e Bem-estar Residencial da Carpenters. O termo "Seguradora" refere-se às seguradoras e/ou prestadores de benefícios aplicáveis que asseguram os benefícios do Plano conforme descrito neste Manual.

Todos os benefícios de Seguro de Vida e Incapacidade de Longa Duração descritos neste Manual e os respetivos direitos são regidos pelas disposições da Apólice de Seguro Principal Número 10042 (anteriormente números de apólice 10077, 901202, 901857) emitida pela Manulife Financial e lei aplicável, incluindo a regras de elegibilidade, exclusões de benefícios e limitações. Todos os benefícios por Morte e desmembramento acidental () descritos neste Manual e os respetivos direitos são regidos pelas disposições da Política ABUB4040501 da Apólice de Seguro de Vida da CHUBB (anteriormente, ACE/INA Apólice Número AB10403501). O Programa de Assistência aos Membros (MAP) é fornecido e administrado pelos Programas de Assistência ao Empregado dos Serviços Familiares (FSEAP). A cobertura de Assistência de Emergência em Viagem é fornecida e administrada pela Green Shield Canada. Todos os outros benefícios descritos neste Manual são auto-financiados e fornecidos através dos ativos dos Fundos e regidos pelas disposições do Plano oficial do plano. As apólices de seguro, contratos e documentos do texto do plano fazem parte dos Documentos oficiais do plano, que estão disponíveis no Escritório de administração do plano.

O Plano de saúde e bem-estar, plano de luto/parental, o Plano de bónus de produtividade, o Plano de pagamento de férias e o Plano de serviços legais e os Fundos fiduciários aplicáveis são regidos por um Conselho de administração, nomeado pela Carpenters e trabalhadores associados Local 27. Os Conselhos de administração destes Fundos reservam o direito de alterar estes Planos a seu absoluto e total critério, conforme adequado e conforme permitido por lei. Quaisquer alterações a estes Planos serão comunicadas a todos os membros do plano e considera-se que estas alterações alteram e/ou modificam o Resumo de benefícios do plano e este Manual para membros do plano. O Conselho de administração contratou a Employee Benefit Plan Services Limited como administradora do plano para administrar o Plano de saúde e bem-estar, incluindo a administração do plano e o pagamento de reclamações para muitos dos benefícios do plano. Leia este Manual cuidadosamente e guarde-o num local seguro para consulta. Pode

entrar em contacto com o Escritório de administração do plano caso tenha alguma dúvida sobre os benefícios do Plano ou qualquer uma das regras ou procedimentos do Plano.

# RESUMO DOS BENEFÍCIOS

Pode descobrir que o Plano não cobre todas as despesas que pretende que o Plano pague. O Plano é estabelecido para fornecer a mais ampla gama de cobertura adequada para a participação no Plano. Os novos medicamentos e tratamentos entram no ambiente dos cuidados de saúde ao longo do tempo e os administradores reservam sempre o direito de cobrir ou não cobrir qualquer um destes e adicionar limitações à cobertura.

Sujeito às limitações e exclusões dos Documentos oficiais do plano, e conforme descrito neste Manual, os membros do plano elegíveis e os seus dependentes elegíveis qualificam-se para os seguintes benefícios:

## BENEFÍCIO DE SEGURO DE VIDA

<b>Membro do plano:</b>	\$ 100.000
<b>Cônjuge:</b>	\$ 50.000
<b>Cada filho dependente:</b>	\$ 10.000

## BENEFÍCIO POR MORTE E DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL (AD&D)

<b>Membro do plano:</b>	Soma principal	\$ 100.000
	Benefício por incapacidade permanente e total	\$ 100.000
	Benefício por AD&D no trabalho	\$ 100.000

## BENEFÍCIO DE INDEMNIZAÇÃO SEMANAL (WI)

O benefício máximo de WI devido é de \$ 400 por semana. Os pagamentos de benefícios são integrados nos benefícios de Seguro de desemprego, acidentes e doenças. Para se qualificar para pagamentos de benefícios de WI, um membro do plano deve estar "Totalmente incapacitado" (conforme definido neste Manual e no texto do Plano).

Os pagamentos de benefícios de WI são devidos a partir do primeiro dia de um acidente, ou após um período de internamento de 24 horas, ou no 8.º dia de doença, por um período máximo de 17 semanas consecutivas para qualquer causa de incapacidade.

## BENEFÍCIOS DE INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO (LTD) E BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA À INCAPACIDADE

O benefício máximo por LTD devido é de \$ 500 por mês. Para se qualificar, um membro do plano deve ter menos de 65 anos e ser "Totalmente incapacitado" (definido no Manual e no contrato de seguro) por um período contínuo de 120 dias consecutivos. Os pagamentos de benefícios por LTD são devidos até ao dia anterior aos 65 anos de idade, recuperação ou morte.

Os membros do plano qualificados também podem ser elegíveis para um "Benefício de assistência à incapacidade" de \$ 500 do plano, que é um "Benefício complementar" além de qualquer benefício pago pela Seguradora.

## BENEFÍCIO DE SAÚDE COMPLEMENTAR

<b><i>Franquia</i></b>	Nenhuma
<b><i>Reembolso</i></b>	100% para Cuidados oftalmológicos e medicamentos com receita médica, 80% para Medicamentos de marca com receita médica e todas as outras despesas elegíveis
<b><i>Máximo geral</i></b>	Ilimitado
<b><i>Medicamentos com receita médica</i></b>	Taxa de distribuição máxima de \$ 9, reembolso de 100% para medicamentos genéricos; Reembolso de 80% para medicamentos de marca com receita médica; máximas específicas para medicamentos com receita médica: tratamento com metadona \$ 1.000 vitalício; disfunção erétil \$ 500 por ano; medicamentos de fertilidade \$ 2.500 vitalício. Um medicamento com receita médica deve ter um número de identificação de medicamento e certificado de conformidade, ambos emitidos pela Health Canada.
<b><i>Cuidados oftalmológicos</i></b>	<b><i>Lentes, armações e lentes de contacto:</i></b> \$ 400 em qualquer período de 24 meses consecutivos; inclui óculos graduados <b><i>Óculos de segurança industrial:</i></b> \$ 200 em qualquer período consecutivo de 24 meses (apenas membros do plano) <b><i>Cirurgia ocular a laser:</i></b> Máximo de \$ 1.500 ao longo da vida <b><i>Exames oftalmológicos:</i></b> 1 exame oftalmológico a cada 24 meses
<b><i>Paramédicos Médicos</i></b>	\$ 500 por médico por ano civil para quiroprático, massagista, terapia da fala, fisioterapeuta, naturopata, osteopata, podólogo e psicólogo.
<b><i>Auxílio auditivo</i></b>	Benefício máximo de \$ 500 em qualquer período de 36 meses consecutivos para a compra de aparelhos auditivos (pilhas não cobertas).
<b><i>Ortoprótese para os pés</i></b>	Benefício máximo de \$ 500 num período de 24 meses para ortoprótese para os pés especialmente projetadas e moldadas para o segurado, necessárias para corrigir uma incapacidade física diagnosticada.
<b><i>Outros médicos, serviços e suprimentos</i></b>	Ambulância, cuidados de convalescença, cuidados dentários acidentais, médicos duradouros equipamentos (cama de hospital, cadeira de rodas, cintas, muletas), próteses, raios X, testes de laboratório, meias cirúrgicas.
<b><i>Enfermagem no serviço privado</i></b>	\$ 10.000 por ano civil

## BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM

A cobertura é oferecida com um máximo de \$ 5.000.000 por incidente para despesas incorridas como resultado de uma emergência médica súbita e não prevista e/ou para serviços de assistência de emergência em viagem durante viagem fora da província de residência. Não há limitação no número de viagens, mas a cobertura é fornecida por um período máximo de 60 dias consecutivos por viagem. Para assistência, entre em contacto com a Assistência de viagens da Green Shield Canada dentro de **48 horas** após o início de qualquer tratamento médico.

## BENEFÍCIO DE CUIDADOS DENTÁRIOS

<b>Franquia</b>	Nenhuma
<b>Reembolso</b>	100% para serviços dentários básicos; 50% para os principais serviços dentários; 50% para serviços ortodônticos.
<b>Guia de taxas dentárias</b>	Os benefícios dentários são reembolsados com base no atual guia de taxas sugerido pela associação dentária para médicos de medicina geral em vigor na data em que a despesa é incorrida, na província ou território onde o serviço é prestado.
<b>Benefício dentário máximo por membro do plano e por cada dependente elegível:</b>	
<b>Serviços dentários básicos e avançados</b>	\$ 2,500 por ano civil para Serviços básicos e avançados combinados
<b>Serviços ortodônticos:</b>	\$ 2.000,00 para cada filho dependente, com menos de 19 anos. Plano de pré-tratamento necessário.
<b>Serviços básicos</b>	Diagnóstico, preventivo, reconstituição, cirurgia, obturações, anestesia, 1 série completa de raios X, 1 conjunto de raios X bitewing, polimento, tratamento tópico com flúor, raspagem periodontal.
<b>Exames de rotina</b>	1 exame de rotina a cada 6 meses
<b>Exames completos</b>	1 exame oral completo a cada 24 meses
<b>Serviços avançados</b>	Coroas, pontes, próteses dentárias, pontes de substituição/próteses dentárias cobertas a cada 5 anos

## BENEFÍCIO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DO MEMBRO (MAP)

O aconselhamento confidencial, informações, conselhos e serviços de referência estão disponíveis para os membros do plano e para os seus dependentes elegíveis. Os serviços são fornecidos pelo FSEAP 24 horas por dia, todos os dias do ano. Entre em contacto com a FESAP

diretamente pelo telefone 1-800-668-9920, ou online, utilizando as informações fornecidas na página 61 deste Manual.

## **BENEFÍCIO DE SOBREVIVÊNCIA**

Após a morte de um membro elegível do plano, os dependentes sobreviventes elegíveis (por exemplo, cônjuge e filhos) continuarão a ser cobertos pelo Plano de cuidados de saúde complementares, cuidados dentários e benefícios do Programa de assistência aos membros por um período de 30 meses consecutivos que se iniciam após a conta bancária do membro do plano no Dollar Bank ter sido esgotada. Não será necessário nenhum pagamento para continuar a cobertura durante esta extensão do período de benefícios.

## **BENEFÍCIO POR LUTO/LICENÇA PARENTAL**

Se sofrer a perda de um membro da família elegível, poderá receber o pagamento pelo luto. Deve estar a trabalhar ativamente, obter uma carta do seu empregador a indicar o seu último dia de trabalho e os dias que não trabalhou como resultado, e fornecer uma certidão de óbito original ou declaração de óbito. Os membros da família elegíveis incluem cônjuge, filho/filha\*, pai/mãe\*, avô/avó, irmão\*, irmã\* (\*ou quaisquer parentes diretos dos cônjuges). O benefício é de no máximo \$ 150 por dia, por um máximo de até três dias úteis e é devido a partir do primeiro dia de rendimentos perdidos devido ao luto, considerando que estava no trabalho no dia anterior.

Se estiver a trabalhar ativamente e tiver um filho recém-nascido, poderá qualificar-se para receber os benefícios da Licença Parental. Deve estar ausente do trabalho imediatamente após o nascimento do seu filho, fornecer uma carta do seu empregador indicando que estava a trabalhar, o seu último dia de trabalho e os dias em que não trabalhou e uma certidão de nascimento original do seu recém-nascido. O benefício é de no máximo \$ 150 por dia, por um máximo de até três dias úteis, e é devido a partir do primeiro dia de rendimentos perdidos devido ao parto, considerando que esteve a trabalhar ativamente.

## **BÓNUS DE PRODUTIVIDADE/PLANO DE PAGAMENTO DE FÉRIAS**

Estes Planos fornecem aos membros do plano os seus direitos a qualquer Bónus de Produtividade ou Pagamento de Férias que ganharam nos termos do acordo coletivo aplicável em cada ano de benefícios (Sindicato do Local 27 para Bónus de Produtividade e Sindicato do Local 1030 para Pagamento de Férias). Os planos fazem um pagamento anual regular de bónus de produtividade ou benefícios de férias a cada ano.

Os detalhes e processos de cada um desses Planos estão descritos nas Secções aplicáveis deste Manual. Reveja a secção que se aplica a si.

## PLANO DE SERVIÇOS JURÍDICOS

Os benefícios do Plano destinam-se a fornecer aos Membros do plano assistência financeira para serviços jurídicos gerais, como Testamentos, Procuração, imóveis, adoção, etc.

Reveja a relação de benefícios na secção Plano de Serviços Jurídicos, a começar na página 69 deste Manual, para obter detalhes sobre os benefícios máximos anuais devidos, dependendo do tipo de serviço legal utilizado. O Plano também tem os máximos do ano civil para todos os serviços jurídicos combinados, dependendo dos seus anos como um Membro elegível do plano.

## SÍNTESE DOS BENEFÍCIOS

As páginas a seguir fornecem um resumo de referência rápido e detalhado das disposições aplicáveis e os benefícios disponíveis para o Membro elegível do plano.

# Síntese dos benefícios do plano de saúde e bem-estar residencial da Carpenters



## Resumo do plano de benefícios abrangente

Benefício/Prestação de benefícios	Cobertura/regra do plano de benefícios de saúde
<b>Disposições gerais do plano</b>	
Elegibilidade inicial	Primeiro dia do segundo mês após o mês em que o Membro acumular pelo menos três vezes a <b>Dedução Bancária em Dólares (Levantamento) necessária.</b>
Elegibilidade de reintegração	Reintegração dentro de 12 meses - 1.º dia do mês após acumulação de, pelo menos, a <b>Dedução Bancária em Dólares (Levantamento)</b> - caso contrário, é aplicável a elegibilidade
Opções de pagamento direto dos planos * (mais imposto provincial aplicável)	Plano A - Todos os benefícios (exceto IS ou ILD) - primeiros 6 meses a \$ 225 /mês e, depois, \$ 265 /mês* Plano B - Morte acidental ou desmembramento (AD&D) - 20 USD por mês* Plano C - Membros com incapacidade (apenas saúde e dentário) - \$ 150 por mês*
Duração do Pagamento Direto	Máximo de 12 meses (WSIB até aos 65 anos)
Definição para dependentes - cônjuge	Casamento legal, lei comum com residência conjunta de 12 meses
Definição para dependentes - Filhos	Com idade inferior a 22 anos ou inferior a 25 anos caso esteja matriculado numa instituição de
Rescisão da cobertura	Aposentação - (salvo indicação do contrário sob cada disposição de benefício)
<b>Seguro de vida</b>	
Valor do benefício	\$ 100.000
Renúncia ao prémio	Após 6 meses. Até aos 65 anos. Definição de incapacidade para "Qualquer profissão"
Rescisão da cobertura	Aposentação - (outras cláusulas de rescisão padrão aplicáveis)
<b>Seguro de vida dos dependentes</b>	
Valor do benefício do cônjuge	\$ 50.000
Valor do benefício dos filhos	\$10.000
Renúncia ao prémio	Após 6 meses. Até aos 65 anos. Definição de incapacidade para "Qualquer profissão"
Rescisão da cobertura	Aposentação - (outras cláusulas de rescisão padrão aplicáveis)
<b>Morte e desmembramento acidental (AD&amp;D)</b>	
Valor principal do Membro	\$ 100.000
Benefício de incapacidade permanente e total	Soma global do benefício de \$ 100.000
Relação de danos	Total
Benefícios de AD&D periféricos	Total
Renúncia ao prémio	Após 6 meses. Até aos 65 anos. Definição de incapacidade para "Qualquer profissão"
Rescisão da cobertura	Aposentação - (outras cláusulas de rescisão padrão aplicáveis)
<b>AD&amp;D no trabalho</b>	\$ 100.000 - mesma relação de danos do que os benefícios de AD&D - termina aos 75 anos ou com a
<b>Indemnização semanal</b>	
Valor do benefício semanal	\$ 400
Período de qualificação	1.º dia de internamento. 1.º dia do acidente 8.º dia da doença.
Definição de incapacidade	"Trabalhador independente"
Duração máxima do benefício	17 semanas
Compensações de benefícios diretos	Integração do seguro de emprego
Rescisão da cobertura	Aposentação - (outras cláusulas de rescisão padrão aplicáveis)
<b>Incapacidade de longo prazo</b>	
Valor mensal de benefício	Benefício do seguro de \$ 500 (pode haver qualificação para um "benefício complementar" adicional)
Período de qualificação	120 dias contínuos de incapacidade total.
Definição de incapacidade	"Qualquer profissão"
Duração máxima do benefício	Até aos 65 anos
Compensações de benefícios diretos	Benefícios do WSIB
Compensações indiretas de benefícios	Todos os limites de fonte 85% do lucro bruto
Limitação de condição preexistente	Incapacidades tratadas 90 dias antes podem não ser reclamadas durante os primeiros 6 meses.
Rescisão da cobertura	65 anos ou aposentação antecipada - (outras disposições de rescisão padrão aplicáveis)
<b>Benefício de pagamento em caso de luto</b>	
Benefício máximo e período de pagamento	Benefício máximo de \$ 150 por dia, máximo de 3 dias
Membros da família elegíveis	Cônjuge, filho(a), pai/mãe, avô/avó, irmão, irmã (ou quaisquer parentes diretos dos cônjuges).
Prova obrigatória da reclamação	Deve estar ativo no trabalho, fornecer nota do empregador e certidão de óbito.
<b>Benefício de licença parental</b>	
Benefício máximo e período de pagamento	Benefício máximo de \$ 150 por dia, máximo de 3 dias
Membros da família elegíveis	Criança recém-nascida
Prova obrigatória da reclamação	Deve estar ativo no trabalho, fornecer nota do empregador e certidão de nascimento.

# Plano de saúde e bem-estar residencial da Carpenters



## Síntese dos benefícios Resumo do plano de benefícios abrangente

Benefício/Prestação de benefícios	Cobertura/regra do plano de benefícios de saúde
<b>Cuidados de saúde complementares</b>	Deve estar devidamente registado no Plano provincial de saúde aplicável.
Dedutível	Nenhum
Cosseguro	100% para cuidados oftalmológicos e medicamentos genéricos, 80% para todos os outros
Pagamento direto de medicamentos com cartão	Sim
Cosseguro de medicamentos com receita	Reembolso de 100% para medicamentos genéricos
Cosseguro de medicamentos com receita	Reembolso de 80% para medicamentos de marca
Taxa de distribuição máxima	\$ 9,00
Máximo para seguro de saúde vitalício geral	Ilimitado
Máximo para medicamentos com receita médica	metadona, \$ 1.000 vitalício; disfunção erétil \$ 500 /ano; medicamentos para fertilidade \$ 2.500 vitalício.
Hospital	subsídio de quarto semiprivado
Enfermagem em serviço privado	\$ 10.000 por ano civil
Serviços de paramédicos	\$ 500 por profissional por ano - quiroprático, osteopata, podólogo, fisioterapeuta, naturopata, terapeuta da fala, terapeuta de massagens e psicólogo
Ortótise/Sapatos ortopédicos	\$ 500 /24 meses para ortopedia - taxas e custos razoáveis para sapatos ortopédicos
Aparelhos auditivos	\$ 500 /36 meses
Cuidados oftalmológicos	\$ 400 /24 meses para lentes, armações ou lentes de contacto. Inclui óculos de sol graduados.
Cirurgia ocular a laser	Benefício máximo vitalício de \$ 1.500
Óculos de segurança industrial	\$ 200 /24 meses. Prescrição de óculos de segurança apenas para membros do plano.
Exames oftalmológicos	1 exame ocular a cada 24 meses
Serviços de transporte médico	Ambulância de emergência
Suprimentos e serviços médicos	Cuidados convalescentes, equipamento médico duradouro - cama hospitalar, cadeira de rodas, cintas, muletas, próteses, raio-X, testes de laboratório, suprimentos para
Serviços odontológicos em caso de acidente	\$ 5.000 por acidente - O trabalho odontológico deve ser concluído em até 12 meses.
Benefício de sobrevivência (para dependentes)	Saldo do membro no Dollar Bank, além de uma extensão de 30 meses.
Rescisão da cobertura	Aposentação - (outras cláusulas de rescisão padrão aplicáveis)
<b>Assistência de viagem de emergência</b>	Duração máxima da viagem de 60 dias - deve entrar em contacto com a Green Shield dentro de 48 horas
Benefício médico máximo de viagem de	\$ 5.000.000 por incidente de emergência médica na província
Benefício máximo médico de referência	\$ 50.000 de cobertura de referência na província por ano civil
Rescisão da cobertura	65 anos ou aposentação antecipada - (outras disposições de rescisão padrão aplicáveis)
<b>Cuidados dentários</b>	
Dedutível	Nenhum
Serviços básicos de cosseguro	100 %
Serviços principais de cosseguro	50%
Serviços ortodônticos de cosseguro	50%
Serviços básicos máximos anuais	\$ 2.500
Serviços principais máximos anuais	Combinado com o máximo de serviços básicos
Serviços ortodônticos máximos vitalícios	\$ 2.000
Tabela de guia de taxas	Guia atual da taxa dentária de Ontário (ODA)
Serviços básicos incluídos	Diagnóstico, preventivo, reconstituição, cirurgia, obturações, anestesia
Exame completo	1 exame a cada 24 meses
Exames de rotina	1 exame a cada 6 meses
Raios X	1 série completa a cada 12 meses
Raios X Bitewing	1 conjunto a cada 12 meses
Polimento	Coberto
Tratamento tópico com flúor	Coberto
Escala periodontal	8 unidades por ano civil
Principais serviços incluídos	Coroas, pontes, dentaduras
Pontes de substituição/dentaduras	Coberto a cada 5 anos
Serviços ortodônticos	Disponível para filhos dependentes com idade inferior a 19 anos
Benefício de sobrevivência (para dependentes)	Saldo do membro no Dollar Bank, além de uma extensão de 30 meses
Rescisão da cobertura	Aposentação - (outras cláusulas de rescisão padrão aplicáveis)
<b>Programa de assistência aos membros</b>	Aconselhamento confidencial e serviços de consultoria

# INFORMAÇÕES DE ELEGIBILIDADE

## QUEM PODE SER ELEGÍVEL PARA OS BENEFÍCIOS DO PLANO

Os benefícios do Plano são fornecidos apenas aos Membros elegíveis em situação regular no local 27 ou Local 1030 do Carpenters' Union ou aos Diretores do Local 27 ou Local 1030, em nome do qual as contribuições foram feitas ao Fundo e que cumprem os requisitos de elegibilidade para os benefícios do plano, conforme descrito neste Manual.

O estatuto de um membro no Sindicato é determinado pelo Sindicato e pelo Conselho de Administração. O Administrador do plano aceitará a determinação do Sindicato do estatuto de um Membro. A elegibilidade de um Membro segundo o Plano baseia-se no nível de contribuições do empregador feitas ao Fundo em nome de um Membro do plano, conforme determinado pelo Conselho de Administração.

Todos os Membros do plano elegíveis e os seus dependentes elegíveis devem ser residentes no Canadá e devem estar cobertos pelo plano de saúde do governo provincial aplicável.

## QUANDO É QUE UM MEMBRO DO PLANO SE TORNA ELEGÍVEL PARA OS BENEFÍCIOS?

Para se qualificar para os benefícios do Plano, um Membro do Plano deve primeiro preencher e enviar um Cartão de informações de membro para o Escritório de administração do plano. Os cartões de informações de membro estão disponíveis no Escritório do Sindicato ou no Escritório de administração do plano. É importante manter o seu Cartão de informações de membro atualizado e informar o Escritório de administração do plano se houver alguma alteração nas informações já fornecidas. O Escritório de administração do plano estabelecerá uma conta bancária no Dollar Bank para cada membro do plano elegível e depositará nessa conta todas as contribuições do empregador para o Plano recebidas pelo Escritório de administração do plano.

A cobertura do plano para os membros do plano e respetivos dependentes elegíveis terá início no primeiro dia do segundo mês, após o mês em que o saldo da Conta no Dollar Bank de um membro do plano for de pelo menos três vezes a dedução mensal no Dollar Bank.

Todos os valores de dedução da conta no Dollar Bank são analisados pelo Conselho de Administração regularmente e estão sujeitos a alterações a qualquer momento.

## ESCALA DO PLANO DE BENEFÍCIOS INICIAL

O Fundo também fornece um Plano de benefícios inicial para ajudar a garantir que todos os membros são elegíveis para cobertura no âmbito de um plano de benefícios o mais rápido possível. Os benefícios do plano de benefícios inicial estão descritos no **Manual do plano de benefícios inicial**. Os membros do plano que "escalaram" do Plano de benefícios inicial para o Plano de benefícios abrangente permanecem no Plano de benefícios abrangente. Após a ocorrência da escala, um membro do plano de benefícios abrangente não pode regressar ao plano de benefícios inicial. Para mais informações sobre o Plano de benefícios inicial e o processo de escala, consulte o seu Manual do plano de benefícios inicial, se aplicável.

## COMO É QUE UM MEMBRO DO PLANO PERMANECE ELEGÍVEL PARA OS BENEFÍCIOS?

A cada mês, será deduzida uma quantia que representa o custo mensal dos benefícios do plano da conta do membro do plano no Dollar Bank. Esta quantia é referida como a dedução mensal do Dollar Bank.

Um membro do plano permanecerá coberto pelos benefícios do plano (sujeito às disposições de elegibilidade e rescisão descritas neste Manual), considerando que o membro do plano tenha o valor mínimo de dedução mensal no Dollar Bank na sua Conta Bancária no Dollar Bank para cada mês de cobertura. Em qualquer mês em que o administrador do plano receber contribuições em nome de um membro do plano que excedam a dedução mensal no Dollar Bank, o excesso permanecerá na conta do Dollar Bank do membro do plano, até um saldo máximo na conta do Dollar Bank que represente 12 meses de deduções mensais do Dollar Bank.

Um membro do plano que tenha o saldo máximo na conta do Dollar Bank permanecerá coberto pelo Plano por até 12 meses.

## COMO PODE UM MEMBRO DO PLANO PERMANECER EM BENEFÍCIOS SE NÃO TIVER A DEDUÇÃO DO DOLLAR BANK REQUERIDA NA SUA CONTA DO DOLLAR BANK?

O Escritório de administração do plano enviará uma notificação a um membro do plano se o saldo da sua conta no Dollar Bank não tiver uma dedução mensal no Dollar Bank. Nesse caso, um Membro qualificado do plano pode ser elegível para fazer pagamentos mensais do Pagamento Direto por até 12 meses consecutivos, para permanecer elegível aos benefícios. Apenas os Membros do Plano que permaneçam Membros em situação regular no Local 27 ou no Local 1030 do Carpenters' Union podem ser cobertos pela extensão de benefícios do Pagamento Direto

O Escritório de administração do plano aconselhará os membros do plano qualificados sobre a sua opção de efetuar pagamentos do Plano Pagamento Direto para o plano e o programa de pagamento obrigatório. Para permanecer como um membro do plano elegível, todos os pagamentos do Plano de Pagamento Direto devem ser recebidos pelo plano quando devido e estão sujeitos aos impostos provinciais aplicáveis, atualmente 8% no Ontário (RST). A partir de 1 de janeiro de 2017, um membro do plano tem a opção de prolongar a cobertura fazendo pagamentos mensais do Pagamento Direto, com base numa das seguintes opções do Pagamento Direto:

**Plano A** - Um plano de Pagamento Direto para membros do plano ativo que fornece todos os benefícios do plano, excluindo os benefícios de Indemnização semanal e Incapacidade de longa duração, com um pagamento mensal de \$ 225 nos primeiros 6 meses e um pagamento mensal de \$ 265 nos próximos 6 meses (mais impostos aplicáveis); ou

**Plano B** - Um plano de Pagamento Direto para os membros do plano ativo que fornece apenas o benefício de seguro de vida do plano aplicável aos membros do plano (não para quaisquer dependentes elegíveis) com um Pagamento Direto mensal de \$ 20 ao mês de por 12 meses (mais impostos aplicáveis); ou

**Plano C** - Um plano de Pagamento Direto para membros com plano de incapacidade que fornece apenas os benefícios de cuidados de saúde e dentário complementares do plano com um Pagamento Direto mensal de \$ 150.00 por 12 meses (mais impostos aplicáveis).

Todas as opções do plano de Pagamento Direto e quaisquer valores de pagamento mensal do plano de Pagamento Direto são revistos regularmente pelo Conselho de Administração e estão sujeitos a alterações a qualquer momento.

## **COMO É QUE UM MEMBRO DE PLANO SE TORNA REINTEGRADO PARA BENEFÍCIOS APÓS A COBERTURA PARAR?**

No caso em que cobertura de um membro do plano no plano tenha terminado devido a um saldo insuficiente da conta no Dollar Bank, e o Escritório de administração do plano receber novamente contribuições em nome do membro do plano devido ao regresso ao trabalho para um empregador contribuinte, o membro do plano pode ser restabelecido para a cobertura do plano.

Se a cobertura foi encerrada por um período inferior a 12 meses consecutivos, o membro do plano voltará a ser elegível para benefícios no primeiro dia do mês, após o mês em que a conta do membro no Dollar Bank tiver um saldo mínimo no montante da dedução mensal do Dollar Bank acima referida.

Se a cobertura de um membro do plano foi encerrada por um período de 12 meses consecutivos ou mais, o membro do plano será novamente elegível para benefícios no primeiro dia do segundo mês, após o mês em que o saldo da conta do membro no Dollar Bank for pelo menos três vezes a dedução mensal necessária do Dollar Bank descrita acima.

O saldo inicialmente exigido na conta do Dollar Bank, a dedução mensal no Dollar Bank e as regras de elegibilidade em curso descritas acima são aquelas que estavam em vigor quando este Manual foi impresso. Estas regras estão sujeitas a revisão e alteração no futuro. Se for feita alguma alteração, os membros do plano serão notificados.

## **ALÉM DO MEMBRO DO PLANO, QUEM TAMBÉM PODE SER COBERTO PARA BENEFÍCIOS?**

Os dependentes elegíveis de um membro do plano deverão incluir apenas as seguintes pessoas que sejam residentes no Canadá e que estejam cobertas pelo seu plano de saúde provincial aplicável:

### ***Cônjuge***

- a) o cônjuge de um membro do plano inclui uma pessoa legalmente casada com o membro do plano como resultado de uma cerimónia civil ou religiosa válida e exclui uma pessoa divorciada ou separada do membro do plano; ou

- b) companheiro(a) de um membro do plano com o qual o membro do plano tem coabitado continuamente e representado publicamente como o seu cônjuge casado por um período não inferior a 12 meses consecutivos, imediatamente antes da data dos serviços para os quais é feito um primeiro pedido.

### **Filho/filhos**

- a) cada filho (com mais de 14 dias de idade em relação ao seguro de vida do dependente) de um membro do plano. Um filho dependente deve incluir filhos do casamento do membro do plano, filhos legalmente adotados e enteados. Para ser considerado um dependente elegível, o filho não deve ser casado, não deve ser empregado a tempo inteiro e deve ter menos de 22 anos de idade; e
- b) Um filho com menos de 25 anos que tenha sido continuamente coberto como dependente de acordo com este plano desde a primeira elegibilidade, continuará a ser considerado um dependente elegível se estiver a tempo inteiro numa escola, faculdade ou universidade credenciada. A verificação da assistência deve ser fornecida ao Escritório de administração do plano.

Um filho cuja residência normal seja no Canadá também será considerado como dependente elegível ao frequentar uma escola, faculdade ou universidade credenciada fora do Canadá, sujeita às limitações descritas nos Cuidados de saúde complementares na secção **Descrição dos Benefícios** deste Manual;

- c) Um filho com incapacidade funcional coberto como dependente permanecerá coberto além de qualquer idade limite para dependentes, desde que o filho seja incapaz de obter um emprego autossustentável e seja totalmente dependente do membro do plano para apoio e manutenção.

## **QUANDO É QUE A ELEGIBILIDADE PELO BENEFÍCIO DO PLANO TERMINA?**

A cobertura de um membro do plano, incluindo cobertura para quaisquer dependentes elegíveis, terminará no plano de saúde e bem-estar na primeira das seguintes datas:

1. o primeiro dia do mês para o qual um membro do plano tenha menos do que a dedução mensal no Dollar Bank necessária na sua conta no Dollar Bank;
2. o primeiro dia do mês para o qual o membro do plano não efetuou o pagamento por Pagamento Direto necessário ou para o qual o membro do plano deixa de ser elegível para efetuar pagamentos pelo Pagamento Direto;
3. o dia em que um membro do plano deixar de ser um membro em boa posição no Local 27 ou Local 1030 e for suspenso ou expulso, e enquanto o membro do plano permanecer suspenso ou expulso;
4. o dia em que um membro do plano inicia o serviço ativo nas forças armadas de qualquer país, estado ou organização internacional;
5. a data em que a cobertura ou apólice termina em relação ao(s) benefício(s) coberto(s) por essa apólice;
6. o dia em que um membro do plano se aposenta e esgotou o montante na sua conta no Dollar Bank;
7. para todos os benefícios de renúncia ao prémio, o benefício por incapacidade permanente e total, benefícios por incapacidade de longa duração e assistência de emergência em viagem, no dia anterior ao dia em que um membro do plano atinge 65 anos, ou se aposenta. Se o membro do plano cumprir completamente o Período

de Incapacidade Elegível para incapacidade de longa duração com 64 anos de idade e for considerado elegível para benefícios por incapacidade, os pagamentos de benefícios por incapacidade de longa duração podem ser devidos por um período máximo de 12 meses;

8. para o benefício por AD&D no trabalho, no dia anterior ao dia em que um membro do plano atingir a idade de 75 anos ou se aposenta;
9. a data de término estabelecida de acordo com qualquer disposição de rescisão descrita em cada descrição de benefício ao longo deste Manual.

A cobertura para os dependentes elegíveis de um membro do plano será encerrada ao mesmo tempo que a cobertura de um membro do plano termina conforme descrito acima. Além disso, a cobertura de um dependente terminará se/quando o dependente deixar de se qualificar como um dependente elegível, conforme descrito acima.

Observe que determinados benefícios podem ser prolongados pelas seguradoras a um membro do plano com incapacidade (além do término de benefícios do membro do plano e/ou além do término do plano de benefícios), como a Renúncia ao prémio. Consulte a secção **Descrição dos benefícios** deste Manual para mais informações.

## SEGURO DE SEGURANÇA NO TRABALHO

Se um membro do plano for desativado enquanto trabalha para um empregador contribuinte pelo qual os benefícios da Compensação do trabalhador (WSIB) são devidos de acordo com a Lei de segurança e seguros no local de trabalho, Ontário, a conta do membro do plano no Dollar Bank será congelada e eles e os seus dependentes elegíveis permanecem cobertos pelos benefícios do plano enquanto o membro do plano estiver a receber os benefícios por WSIB por um período máximo de 12 meses.

Embora o Escritório de administração do plano tenha organizado um processo com empregadores contribuintes e o Escritório do Sindicato para receber notificações de qualquer incapacidade relacionada com o trabalho, o facto é que um membro do plano que receba os benefícios por WSIB pode ser negligenciado e pode não receber o seu devido crédito no âmbito do plano. Os membros do plano que sofrem de uma incapacidade relacionada com o trabalho devem notificar o Escritório de administração do plano diretamente, fornecer comprovativos de que estão a receber benefícios por WSIB, fornecer a data da incapacidade e, se conhecida, a data esperada de recuperação para garantir que o crédito de WSIB aplicável é recebido no âmbito do plano.

### **ASSISTÊNCIA COM RECLAMAÇÕES DE SEGURANÇA E SEGUROS NO LOCAL DE TRABALHO (WSIB)**

Os membros do plano que se tornarem incapacitados devido a uma incapacidade relacionada com o trabalho podem solicitar assistência do Sindicato Local 27 ou 1030. O sindicato tem um advogado e outros profissionais da área jurídica para auxiliar os membros do plano ao enviarem uma solicitação de benefícios por WSIB, incluindo o pedido de Seguro de desemprego (EI) e/ou benefícios por incapacidade do Plano de Pensão do Canadá (CPP).

### ***O que fazer se tiver um acidente de trabalho***

1. Relate os danos ao seu empregador imediatamente.
2. Consulte um médico ou outro profissional de saúde e certifique-se de que preenchem um "**Relatório do profissional de saúde (Formulário 8)**".
3. Entre em contacto com o Sindicato do Local 27 ou 1030 para comunicar o acidente. La-Dana Manhertz ((905) 652-4140, linha 361), ajuda os membros do plano a solicitarem os benefícios por WSIB.
4. Preencha o "**Relatório de lesões do trabalhador (formulário 6)**". Devem ser enviadas cópias do **Formulário 6** preenchido para WSIB e para o seu empregador. O sindicato do Local 27 ou 1030 pode ajudá-lo com isso.
5. Entre em contacto com o Escritório de administração do plano para comunicar o acidente e enviar uma solicitação para o benefício por incapacidade de longa duração do plano e renúncia ao prémio;
6. Candidate-se a benefícios por incapacidade EI e/ou CPP.

### ***Recursos de reclamação de WSIB***

Uma lesão no local de trabalho só pode tornar-se evidente ao longo do tempo, sem ser causada por um único evento específico. Estas lesões ainda podem ser reclamadas como lesões no local de trabalho de WSIB, no entanto, o processo de reclamação pode ser mais difícil e, muitas vezes, resulta numa necessidade de apresentar um recurso de reclamação. O Sindicato Local pode ajudar os membros do plano com um recurso de reclamação de WSIB.

### ***Obrigação do empregador de reemprego e seu regresso ao trabalho***

Os empregadores do setor de construção têm a obrigação de oferecer um trabalho modificado adequado para reempregar trabalhadores lesionados. Isto aplica-se até mesmo aos trabalhadores que recuperaram totalmente da sua lesão, contanto que o empregador ainda tenha trabalho disponível para oferecer.

Tanto os trabalhadores como os empregadores têm a obrigação de tentar identificar o trabalho modificado adequado em conjunto. Os empregadores geralmente dão aos trabalhadores um "Formulário de capacidades funcionais" para ser preenchido por um médico. Este formulário fornece informações que ajudam a determinar o tipo de trabalho modificado que um trabalhador pode executar. Os empregadores querem oferecer trabalho modificado aos trabalhadores acidentados, porque isso irá poupá-los nos custos das reclamações de WSIB.

De acordo com as regras de WSIB, o trabalho temporário modificado não tem de estar relacionado com a construção e não tem de ser um trabalho que se enquadre no acordo coletivo. Pode incluir trabalho de escritório, se adequado e disponível. Uma disputa sobre a adequação do trabalho modificado pode resultar na análise de um especialista de regresso ao trabalho de WSIB dos deveres, condições e disponibilidade do trabalho para determinar a capacidade de um trabalhador realizar esse trabalho.

### ***Perda de benefícios de rendimento e informações fiscais***

WSIB pagará os benefícios durante as primeiras 12 semanas de uma reclamação de incapacidade aprovada com base no rendimento médio líquido feito por um trabalhador durante as 4 semanas antes da lesão. WSIB normalmente recalcula esses benefícios na 12.ª semana e pode rever os rendimentos do trabalhador até 2 anos antes da data da lesão. Este processo é chamado de "Cálculo da taxa de longa duração" e destina-se a ajustar o valor do benefício para refletir uma representação mais precisa dos rendimentos reais do trabalhador, uma vez que os rendimentos geralmente alteram com o tempo.

É importante ter todas as suas declarações de imposto de rendimento concluídas e estar ciente de que os pagamentos de benefícios por Incapacidade do WSIB são baseados nos rendimentos líquidos (após rendimento de impostos e despesas).

### ***Contactar o Gabinete do seu Sindicato Local 27 ou 1030 para Assistência de WSIB***

Para **informações gerais** sobre esta assistência ou para obter ajuda para enviar uma solicitação de benefícios para o WSIB, entre em contacto com **Nancy Amico pelo telefone (905) 652-4140, extensão 606**.

Para perguntas e representações relativas a **recursos de reclamações de WSIB e/ou questões relativas ao regresso ao trabalho** ou reuniões de trabalho, pode entrar em contacto com **Sally Chiappetta-Scapin em (905) 652-4140, extensão 239, ou Michael Farago em (905) 652-4140, 222**. Sally e Michael representam os trabalhadores nas reuniões de regresso ao trabalho de WSIB e com os recursos de reclamações de WSIB no Conselho de Segurança e Seguro no Local de Trabalho e no Tribunal da Relação.

# DESCRIÇÃO DOS BENEFÍCIOS

## BENEFÍCIO DE SEGURO DE VIDA

No caso de morte de um membro do plano, enquanto elegível para os benefícios do plano, o valor do benefício do seguro de vida mostrado na secção **Resumo dos benefícios** deste Manual é devido ao beneficiário designado do membro do plano.

### DESIGNAÇÃO DE UM BENEFICIÁRIO

Um membro do plano pode designar um beneficiário ao preencher e apresentar um Cartão de informações do membro com o Escritório de administração do plano.

Um membro do plano pode mudar o seu beneficiário designado a qualquer momento (sujeito a qualquer apólice de seguro ou limitações legais/provinciais) preenchendo um novo Cartão de informações do membro e apresentá-lo no Escritório de administração do plano.

A seguradora geralmente paga qualquer benefício de seguro de vida ao beneficiário designado indicado no último cartão de informações do membro apresentado no Escritório de administração do plano.

Portanto, é muito importante manter todas as informações pessoais arquivadas no Escritório de administração do plano em dia, bem como rever o seu beneficiário designado para ter certeza de que reflete a sua intenção atual.

### BENEFÍCIO POR RENÚNCIA AO PRÉMIO PARA MEMBROS DO PLANO DE INCAPACIDADE

Se um membro do plano ficar totalmente incapacitado antes de completar 65 anos e for aprovado para benefícios por incapacidade de longa duração, o benefício de seguro de vida será continuado, sem custos, até que o membro do plano deixe de estar totalmente incapacitado ou até atingir 65 anos, o que ocorrer primeiro.

"Totalmente incapacitado" significa que é incapaz de executar qualquer tarefa de "qualquer profissão" para o qual está razoavelmente qualificado por formação, educação ou experiência. A prova de incapacidade contínua deve ser fornecida conforme exigido pela Seguradora.

Para se qualificar para o benefício por Renúncia ao prémio, um membro do plano deve notificar o Escritório de administração do plano sobre a incapacidade dentro de 1 ano do último dia ativo no trabalho e fornecer provas satisfatórias de incapacidade à Seguradora dentro de 18 meses do último dia de trabalho ativo.

Se um membro do plano tiver sido aprovado para o benefício por incapacidade de longa duração do plano, a aprovação para o benefício por renúncia ao prémio será automática.

## PRIVILÉGIO DE CONVERSÃO DE BENEFÍCIO DE SEGURO DE VIDA

Se o benefício de seguro de vida de um membro do plano for rescindido ou reduzido, o valor do benefício de seguro de vida rescindido ou reduzido poderá ser convertido numa apólice individual, sem a necessidade de fornecer comprovativos médicos de segurabilidade à Seguradora.

Um pedido de uma apólice individual junto com o primeiro prémio mensal deve ser recebido pela Seguradora dentro de 31 dias da data de rescisão ou redução do benefício de seguro de vida. Se ocorrer uma morte durante este período de 31 dias, o valor do seguro de vida disponível para conversão será pago em conformidade ao beneficiário designado do membro do plano, mesmo que não haja pedido de conversão. Para mais informações sobre o privilégio de conversão, entre em contacto com o Escritório de administração do plano.

## TRIBUTAÇÃO DO PRÉMIO DO SEGURO DE VIDA

Qualquer prémio de seguro de vida pago pelo fundo em nome de um membro do plano é considerado, de acordo com as leis tributárias canadianas, como um benefício tributável para o membro do plano no ano civil em que foi pago.

Em fevereiro de cada ano, um membro do plano coberto pelo benefício de seguro de vida do plano no ano civil anterior receberá um formulário de imposto oficial do plano que indica o valor total do prémio do seguro de vida pago (juntamente com quaisquer outros prémios tributáveis pagos) em nome do membro do plano pelo fundo no ano civil anterior.

A quantia indicada no formulário de imposto oficial deve ser declarada como rendimento na declaração de imposto de rendimento anual do membro do plano.

## RESCISÃO DO BENEFÍCIO DE SEGURO DE VIDA

O benefício de seguro de vida de um membro do plano terminará no dia em que o membro do plano se aposentar e esgotar o valor na sua conta no Dollar Bank. A cobertura para um Membro do Plano também será rescindida conforme descrito anteriormente na secção **Informações de elegibilidade** deste Manual.

## FORMULÁRIO DE PEDIDO DE SEGURO DE VIDA OBRIGATÓRIO

Nenhum pagamento de benefício será feito ao Beneficiário Designado de um Membro do Plano, a menos que um Formulário de reclamação preenchido e quaisquer outros documentos exigidos sejam submetidos ao Departamento de Administração do Plano e/ou à Seguradora dentro do prazo especificado para o envio de uma reclamação. Consulte as disposições sobre o **Prazo para a apresentação de reclamações** na secção **Regras e Disposições Gerais do Plano** deste Manual.

## BENEFÍCIO DE SEGURO DE VIDA DOS DEPENDENTES

No caso de morte do Cônjuge elegível do Membro do Plano e/ou do(s) Filho(s) Dependente(s), o(s) valor(es) do Seguro de Vida dos Dependentes incluído na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual é(são) devido(s) ao Membro do Plano.

### BENEFÍCIO POR RENÚNCIA AO PRÉMIO PARA MEMBROS DO PLANO DE INCAPACIDADE

Se um Membro do Plano for aprovado para Renúncia ao Prémio conforme descrito anteriormente no âmbito do benefício de Seguro de Vida, ele será automaticamente aprovado para Renúncia ao Prémio no âmbito do benefício Seguro de Vida dos Dependentes.

### PRIVILÉGIO DE CONVERSÃO DO SEGURO DE VIDA DOS DEPENDENTES

Se o Benefício de Seguro de Vida dos Dependentes do Cônjuge elegível de um Membro do Plano for rescindido ou reduzido, o valor do Benefício de Seguro de Vida dos Dependentes rescindido ou reduzido poderá ser elegível para ser convertido numa apólice individual, sem comprovativos médicos.

Um pedido de uma apólice individual junto com o primeiro prémio mensal deve ser recebido pela Seguradora dentro de 31 dias da data de rescisão ou redução do benefício de seguro de vida dos dependentes. Se ocorrer uma morte durante esse período de 31 dias, o valor do benefício de Seguro de Vida dos Dependentes rescindido ou reduzido que estava disponível para conversão será pago em conformidade, mesmo se não houver pedido de conversão.

Podem existir diferenças provinciais. Se residir na província de Quebec e se o seguro do seu Filho dependente rescindir ou reduzir, poderá ficar elegível para converter o seguro rescindido conforme descrito acima pela cobertura Privilégio de conversão para cônjuges. Para mais informações, entre em contacto com o Escritório de Administração do Plano.

### TRIBUTAÇÃO DO PRÉMIO DO SEGURO DE VIDA DOS DEPENDENTES PAGO

Qualquer prémio de seguro de vida dos dependentes pago pelo fundo em nome de um membro do plano é considerado, de acordo com as leis tributárias canadianas, como um benefício tributável para o membro do plano no ano civil em que foi recebido.

Em fevereiro de cada ano, um membro do plano coberto pelo benefício de seguro de vida dos dependentes do plano no ano civil anterior receberá um formulário de imposto oficial do plano que indica o valor total do prémio do seguro de vida dos dependentes pago (juntamente com quaisquer outros prémios tributáveis) em nome do membro do plano pelo fundo no ano civil anterior.

A quantia indicada no formulário de imposto oficial deve ser declarada como rendimento na declaração de imposto de rendimento anual do membro do plano.

## TÉRMINO DO BENEFÍCIO DE SEGURO DE VIDA DOS DEPENDENTES

O benefício de Seguro de Vida dos Dependentes do Membro do Plano terminará no dia anterior ao dia em que o Membro do Plano se aposentar e tiver esgotado o valor na sua conta do Dollar Bank. A cobertura para um Membro do Plano e para qualquer um dos Dependentes também será rescindida conforme descrito anteriormente na secção **Informações de elegibilidade** deste Manual.

## FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO DE SEGURO DE VIDA DOS DEPENDENTES OBRIGATÓRIO

Nenhum pagamento de benefício será feito ao Membro do Plano, a menos que um Formulário de reclamação preenchido e quaisquer outros documentos exigidos sejam submetidos ao Escritório de Administração do Plano e/ou à Seguradora dentro do prazo especificado para o envio de uma reclamação. Consulte as disposições sobre o **Prazo para a apresentação de reclamações** na secção **Regras e Disposições Gerais do Plano** deste Manual.

# BENEFÍCIO POR MORTE E DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL AD&D

## BENEFÍCIO POR MORTE ACIDENTAL

Morte acidental é definida como morte resultante de lesão física acidental. O benefício por Morte e Desmembramento Acidental é devido além do benefício de Seguro de Vida do Plano.

Dentro de 365 dias da morte acidental de um Membro do Plano, e após a receção do devido comprovativo de perda satisfatória para a Seguradora, o Beneficiário Designado receberá a Soma do Principal do Membro do Plano descrito na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual (consulte a descrição do Seguro de Vida acima para obter mais informações sobre como designar um Beneficiário).

## BENEFÍCIO POR MORTE ACIDENTAL NO TRABALHO

Dentro de 365 dias após a morte acidental no trabalho, e após a receção do devido comprovativo de perda satisfatória para a Seguradora, o Beneficiário Designado do Membro do Plano receberá o Benefício por Morte Acidental no Trabalho indicado na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual. Uma morte acidental no trabalho é o resultado de um acidente que ocorre quando um membro do Plano, que tem menos de 75 anos, está:

- i) nas instalações do local de trabalho, durante o trabalho de um Membro do Plano; ou
- ii) a fazer uma viagem de negócios específica e autorizada (Viagem de Negócios, mas não incluindo viagens diárias para um local de trabalho).

## BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE TOTAL PERMANENTE

Após um ano (12 meses) de "**Incapacidade Total Continuada**", se o Membro do Plano com menos de 65 anos se tornar "**Permanente e Totalmente Incapacitado**", a Seguradora pagará o

Benefício Total de Incapacidade Permanente indicado na secção **Resumo dos Benefícios** deste Manual para o membro do plano. A Seguradora deduzirá quaisquer pagamentos feitos no âmbito do Programa de Perda de Benefício por Desmembramento Acidental (consultar mais abaixo), por conta destes danos.

Uma "**Incapacidade Total Contínua**" resultante de tais lesões e que comece dentro de 30 dias após a data de um acidente, significa a completa incapacidade de um Membro do Plano durante o primeiro ano para desempenhar as obrigações substanciais e materiais do próprio trabalho ou emprego do Membro do Plano.

"**Permanente e Totalmente Incapacitado**" significa a incapacidade completa do Membro do Plano, após um ano de Incapacidade Total Contínua, conforme definido acima, de se envolver em qualquer trabalho ou emprego para o qual o Membro do Plano está apto por motivo de educação, formação ou experiência para o resto da vida do membro do plano.

## **BENEFÍCIO POR DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL E BENEFÍCIO POR DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL NO TRABALHO**

A Seguradora paga 100% da Soma Principal do Desmembramento Acidental aplicável descrita na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual ao Membro do Plano no caso de um Membro do Plano sofrer as perdas acidentais listadas abaixo.

Além do Benefício por Desmembramento Acidental, a Seguradora também paga 100% da Soma Principal do Desmembramento Acidental no Trabalho aplicável descrita na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual ao Membro do Plano no caso de o Membro do Plano, que tem menos de 75 anos, sofrer qualquer das perdas acidentais listadas abaixo devido a um Acidente no trabalho.

- Perda de visão de ambos os olhos
- Perda de uma mão e um pé
- Perda de uso de uma mão e um pé
- Perda de uma mão e visão total de um olho
- Perda de um pé e visão total de um olho
- Perda de fala e audição em ambos os ouvidos
- Morte cerebral

A Seguradora paga 200% da Soma Principal do Desmembramento Acidental aplicável descrita na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual ao Membro do Plano no caso de um Membro do Plano sofrer as perdas acidentais listadas abaixo.

Além do Benefício por Desmembramento Acidental, a Seguradora também paga 100% da Soma Principal do Desmembramento Acidental no Trabalho aplicável descrita na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual ao Membro do Plano no caso de o Membro do Plano, que tem menos

de 75 anos, sofrer qualquer das perdas acidentais listadas abaixo devido a um Acidente no trabalho.

- Perda de ambos os braços, ambas as mãos, ambas as pernas ou ambos os pés
- Perda de uso de ambos os braços, ambas as mãos, ambas as pernas ou ambos os pés
- Quadriplegia
- Paraplegia
- Hemiplegia

A Seguradora paga 75% da Soma Principal do Desmembramento Acidental aplicável descrita na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual ao Membro do Plano no caso de um Membro do Plano sofrer as perdas acidentais listadas abaixo. Além do Benefício por Desmembramento Acidental, a Seguradora também paga 100% da Soma Principal do Desmembramento Acidental no Trabalho aplicável descrita na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual ao Membro do Plano no caso de o Membro do Plano, que tem menos de 75 anos, sofrer qualquer das perdas acidentais listadas abaixo devido a um Acidente no trabalho.

- Perda de um braço ou uma perna
- Perda de uso de um braço ou uma perna
- Perda de uma mão ou um pé
- Perda de uso de uma mão ou um pé
- Perda de visão inteira de um olho
- Perda de fala ou audição em ambos os ouvidos

A Seguradora paga 33 1/3% da Soma Principal do Desmembramento Acidental aplicável descrita na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual ao Membro do Plano no caso de um Membro do Plano sofrer as perdas acidentais listadas abaixo. Além do Benefício por Desmembramento Acidental, a Seguradora também paga 33 1/3% da Soma Principal do Desmembramento Acidental no Trabalho aplicável descrita na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual ao Membro do Plano no caso de o Membro do Plano, que é menor de idade 75, sofrer qualquer das perdas acidentais listadas abaixo devido a um Acidente no trabalho.

- Perda do polegar e indicador da mesma mão
- Perda de uso do polegar e indicador da mesma mão
- Perda de quatro dedos da mesma mão
- Perda de audição num ouvido

A Seguradora paga 25% da Soma Principal do Desmembramento Acidental aplicável descrita na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual ao Membro do Plano no caso de um Membro do Plano sofrer as perdas acidentais listadas abaixo.

Além do Benefício por Desmembramento Acidental, a Seguradora também paga 100% da Soma Principal do Desmembramento Acidental no Trabalho aplicável descrita na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual ao Membro do Plano no caso de o Membro do Plano, que tem menos

de 75 anos, sofrer qualquer das perdas acidentais listadas abaixo devido a um Acidente no trabalho.

- Perda de todos os dedos do mesmo pé

## DEFINIÇÕES DE DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL

**"Perda"**, conforme utilizado acima em referência à mão e/ou pé significa separação completa através ou acima do punho ou tornozelo, mas abaixo do cotovelo ou articulação do joelho.

**"Perda"**, conforme utilizado com referência ao braço ou perna significa separação completa através ou acima do cotovelo ou articulação do joelho.

**"Perda"**, conforme utilizado com referência ao polegar e ao dedo indicador, significa rutura total em ou acima da articulação metacarpofalângica.

**"Perda"**, conforme utilizado com referência ao dedo do pé, significa rutura total em ou acima da articulação metatarsfalângica.

**"Perda"**, conforme utilizado com referência ao olho, significa a perda irre recuperável de toda a visão do mesmo.

Se uma Pessoa Coberta sofrer uma separação completa de uma mão, pé, braço ou perna, o benefício será pago, mesmo se o membro cortado for recolocado cirurgicamente, com sucesso ou não.

**"Perda"**, conforme utilizado acima em referência ao discurso significa perda completa e irre recuperável da fala que não permite a comunicação em qualquer grau.

**"Perda"**, conforme utilizado com referência a "Perda" de audição, significa perda completa e irre recuperável da audição, que não pode ser corrigida por nenhum aparelho ou dispositivo auditivo.

**"Perda"** utilizada com referência a quadriplegia (paralisia dos membros superiores e inferiores), paraplegia (paralisia de ambos os membros inferiores) e hemiplegia (paralisia dos membros superiores e inferiores de um lado do corpo) significa a completa e irre recuperável paralisia de tais membros, desde que esta perda de função seja contínua por cento e oitenta dias consecutivos e a perda de função é, a partir de então, determinada com comprovativos satisfatórios para a Seguradora considerada permanente.

**"Morte Cerebral"** significa inconsciência irreversível com perda total da função cerebral; e completa ausência de atividade elétrica do cérebro, mesmo que o coração ainda esteja a bater.

**"Perda de uso"** significa perda total e irre recuperável do uso desde que a perda seja contínua por 12 meses consecutivos e seja determinada como permanente pela Seguradora.

Quadriplegia, Paraplegia, Hemiplegia e Perdas de "Perda de uso" estão sujeitas a um valor de benefício máximo combinado de \$ 1.000.000.

Se essas lesões resultarem em qualquer uma das perdas específicas listadas acima no prazo de um ano a partir da data do acidente, a Seguradora pagará o benefício aplicável especificado com base na(s) Soma(s) Principal(ais) aplicável(s), porém não mais que um (o maior) desses benefícios deve ser pago em relação a todas as lesões resultantes de um acidente por um desmembramento acidental ou por um desmembramento acidental no trabalho.

## **BENEFÍCIOS ADICIONAIS POR AD&D**

### ***BENEFÍCIO POR EXPOSIÇÃO E DESAPARECIMENTO***

A perda resultante da exposição inevitável aos elementos e decorrente dos perigos descritos acima deve ser coberta até ao limite dos benefícios concedidos a um Membro do Plano. Se o corpo de um Membro do Plano não tiver sido encontrado dentro de um ano do desaparecimento, o encalhe, o naufrágio ou a destruição do meio de transporte no qual eles estavam no momento do acidente, deve ser presumido, sujeito a todas as outras condições do benefício, que sofreram perda de vidas resultantes de lesões corporais sofridas no acidente.

### ***BENEFÍCIO DE REPATRIAÇÃO***

Quando uma lesão coberta resultar na perda de vida de um Membro do Plano há mais de cento e cinquenta (150) quilómetros da sua cidade de residência permanente ou fora do Canadá e dentro de 365 dias da data do acidente, a Seguradora pagará a despesa real incorrida para preparar o falecido para o enterro e envio do corpo para a cidade de residência do falecido, mas não deve exceder os \$ 15.000.

### ***BENEFÍCIO DE REABILITAÇÃO***

Quando as lesões resultarem num pagamento a ser feito pela Seguradora no âmbito de qualquer benefício excluindo o benefício por perda de vida, a Seguradora pagará as despesas razoáveis e necessárias realmente incorridas até ao valor máximo de \$ 15.000 para formação especial do Membro do Plano, desde que:

- a) esta formação seja obrigatória por causa dessas lesões e para que o Membro do Plano seja qualificado para participar num trabalho para o qual ele/ela não teria sido contratado, exceto por tais lesões;
- b) as despesas sejam incorridas dentro de dois (2) anos a partir da data do acidente;
- c) nenhum pagamento será feito para despesas comuns de estadia, viagem ou roupas.

### ***BENEFÍCIO DE TRANSPORTE DE FAMILIARES***

Quando as lesões resultam do confinamento de um Membro do Plano como paciente internado num hospital há mais de cento e cinquenta (150) quilómetros da cidade de residência permanente do Membro do Plano ou fora do Canadá e requerem comparecimento pessoal de um membro da família imediata conforme recomendado pelo médico responsável, por escrito, a Seguradora pagará as despesas incorridas pelo membro da família para o transporte pela rota mais direta por um transporte comum licenciado para o Membro do Plano confinado, mas não deve exceder o montante máximo de \$ 15.000. "**Membro da família imediata**" significa

cônjuge, pai/mãe ou padrasto, filho(a) ou enteado(a), irmão ou irmã, meio-irmão ou meia-irmã, cunhado ou cunhada, sogra ou sogro e genro ou nora.

### ***BENEFÍCIO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CÔNJUGE***

Quando os danos a um Membro do Plano resultarem num pagamento a ser feito pela Seguradora no âmbito do Benefício por Morte Acidental, além disso, a Seguradora pagará as despesas realmente incorridas, dentro de 365 dias da data do acidente, pelo Cônjuge do Membro do plano por um programa formal de formação profissional com o propósito de qualificar especificamente tal Cônjuge para obter um emprego ativo numa profissão para a qual o Cônjuge não teria qualificações suficientes. O máximo devido não deve exceder o valor de 5.000 \$.

### ***BENEFÍCIO DE ALTERAÇÃO EM CASA E DE MODIFICAÇÃO DO VEÍCULO***

Este benefício é devido no caso de um Membro do Plano sofrer uma lesão que resulte num dos prejuízos por Desmembramento Acidental devido, excluindo o Benefício por Morte Acidental, e tal lesão requerer, subsequentemente, o uso de uma cadeira de rodas como ambulatorial.

A Seguradora pagará as despesas razoáveis e necessárias efetivamente incorridas dentro de 365 dias da data do acidente por:

- 1) o custo único de alterações na residência principal do Membro do Plano para torná-la acessível a cadeiras de rodas e habitável; e
- 2) custo único de modificações necessárias para um veículo a motor utilizado pelo Membro do Plano para tornar o veículo acessível ou operável para o Membro do Plano.

Os pagamentos de benefícios aqui indicados não serão pagos, a menos que:

- a) sejam efetuadas alterações em casa por uma pessoa ou pessoas experientes em tais alterações e recomendadas por uma organização reconhecida, que oferecer apoio e assistência a utilizadores de cadeira de rodas; e
- b) sejam efetuadas modificações do veículo por uma pessoa ou pessoas com experiência em tais tarefas e as modificações sejam aprovadas pelas autoridades de licenciamento de veículos provinciais.

O pagamento máximo no âmbito dos itens 1 e 2 combinados não excederá 10% da Soma Principal aplicável indicada no **Resumo de Benefícios**, até um máximo de \$ 50.000

### ***BENEFÍCIO DE CRECHE***

Se um Membro do Plano ou o Cônjuge elegível de um Membro do Plano perder a vida num acidente coberto enquanto a apólice de seguro estiver em vigor, a Seguradora pagará, para além de todos os outros benefícios devidos no âmbito do Benefício por Morte e desmembramento acidental, um Benefício de Creche igual às despesas razoáveis e necessárias realmente incorridas, sujeitas a:

- a) o menor de 5% do valor da Soma Principal aplicável da Pessoa Coberta; ou
- b) um máximo de \$ 5.000 por ano:

para qualquer Filho Dependente que tenha 12 anos de idade ou menos. O Filho Dependente deve estar matriculado numa creche legalmente licenciada na data do acidente ou deve ser matriculado numa creche legalmente licenciada dentro de 365 dias após a data do acidente.

O Benefício de Creche será pago anualmente durante quatro (4) anos consecutivos, mas apenas após a receção de prova satisfatória de que a Criança está matriculada numa creche legalmente licenciada.

### ***BENEFÍCIO ESPECIAL DE EDUCAÇÃO***

Se um Membro do Plano ou o Cônjuge elegível de um Membro do Plano perder a vida num acidente coberto enquanto a apólice de seguro estiver em vigor, a Seguradora pagará, para além de todos os outros benefícios devidos no âmbito do Benefício por Morte e Desmembramento Acidental, um "**Benefício Especial de Educação**" de 5% da Soma Principal aplicável do Membro do Plano até um máximo de \$ 5.000 por ano, em nome de qualquer Filho Dependente que, na data do acidente, esteja matriculada como estudante a tempo inteiro em qualquer instituição de ensino superior pós-secundário e, subseqüentemente, se inscreva como estudante a tempo inteiro em qualquer instituição de ensino superior pós-secundário nos 365 dias após a data do acidente.

O "**Benefício Especial de Educação**" é devido anualmente durante um máximo de quatro (4) pagamentos anuais consecutivos, mas apenas se o Filho Dependente continuar a sua educação como estudante a tempo inteiro numa instituição de ensino superior.

### ***BENEFÍCIO POR LUTO***

Quando as lesões cobertas pelo Benefício por Morte e Desmembramento Acidental resultam em perda de vida de um Membro do Plano, 365 dias a partir da data do acidente, a Seguradora pagará as despesas razoáveis e necessárias efetivamente incorridas pelos Dependentes elegíveis sobreviventes do Membro do Plano (Cônjuge e Filhos) de até seis (6) sessões de aconselhamento de luto, por um Conselheiro Profissional, sujeito a um valor máximo de \$ 1.000.

"**Conselheiro Profissional**" significa o tratamento ou aconselhamento por parte de um terapeuta ou conselheiro licenciado, registado ou certificado para prestar tal tratamento.

### ***BENEFÍCIO DE RENDIMENTO MENSAL DURANTE O INTERNAMENTO NO HOSPITAL***

No caso de um Membro do Plano sofrer uma lesão que resulte num pagamento no âmbito do Benefício por Desmembramento Acidental, excluindo o Benefício por Morte Acidental, e o Membro do Plano for hospitalizado como paciente internado e estiver sob os cuidados de uma pessoa legalmente qualificada e médico ou cirurgião registado que não seja ele próprio, a Seguradora pagará por cada mês completo, um por cento (1%) da Soma Principal aplicável, sujeito a um benefício máximo de \$ 2.500, ou um trigésimo (1/30) de tal benefício mensal para cada dia de mês parcial, retroativo ao 1º dia inteiro de tal internamento, mas não excedendo 365 dias no total para cada período de internamento hospitalar.

"**Hospital**", tal como aqui utilizado, significa um estabelecimento legalmente constituído que cumpre com a totalidade dos seguintes requisitos:

1. funciona principalmente para o acolhimento, prestação de cuidados e tratamento de pessoas doentes, enfermes ou com ferimentos como pacientes internados;
2. presta serviços de enfermagem 24 horas por dia através de enfermeiros registados ou graduados;
3. tem uma equipa composta por um ou mais médicos licenciados disponíveis permanentemente;
4. possui instalações preparadas para realizar diagnósticos e instalações cirúrgicas; e
5. não é primordialmente uma clínica, lar de idosos ou casa de convalescença ou estabelecimento semelhante nem, a menos que a título esporádico accidental, um local para acolhimento de alcoólicos ou toxicodependentes.

"**Paciente internado**" significa uma pessoa internada num hospital como residente ou paciente acamado e que usufrui, pelo menos, de um dia de estadia e alimentação no hospital.

### **BENEFÍCIO POR DESFIGURAÇÃO ESTÉTICA**

Se um Membro do Plano sofrer uma queimadura de terceiro grau devido a um acidente, a Seguradora pagará uma percentagem da Soma Principal aplicável, dependendo da área do corpo que foi queimada de acordo com a tabela a seguir, sujeita a um benefício máximo devido de \$ 25.000:

Parte do Corpo	(A) Classificação da Área	(B) % máxima permitida para a Área Queimada	(C) % máxima da Soma Principal Devida
Rosto, Pescoço, Cabeça	11	9,0%	99,0%
Mão e Antebraço	5	4,5%	22,5%
Braço Superior	3	4,5	13,5%
Tronco (Peito ou Costas)	2	18,0%	36,0%
Coxa	1	9,0%	9,0%
Canela (abaixo do joelho)	3	9,0%	27,0%

A "**Percentagem Máxima da Soma Principal Devida**" (item (C) na tabela acima) é determinada multiplicando a Classificação da Área ((A) na tabela acima) pela percentagem Máxima Permitida para Área Queimada ((B) na tabela acima).

No caso de uma queima de 50% da superfície, a percentagem máxima permitida para a Área Queimada (B) é reduzida em 50%. Esta tabela representa apenas a percentagem máxima da Soma Principal devida por qualquer acidente. Se o Membro do Plano sofrer queimaduras em mais de uma área como resultado de qualquer acidente, os benefícios não excederão um máximo de \$ 25.000.

### **BENEFÍCIO DO CINTO DE SEGURANÇA**

Este benefício só é devido no caso de um Membro do Plano sofrer uma lesão que resulte numa das perdas devidas de acordo com o Benefício por Morte ou Desmembramento Acidental. O montante de Soma Principal do Membro do Plano será aumentado em 10%, até o montante máximo de \$ 25.000, se, no momento do acidente, o Membro do Plano estivesse a conduzir ou a bordo de um veículo e a utilizar um cinto de segurança devidamente apertado. A prova da utilização do cinto de segurança deve ser fornecida como parte da prova escrita da perda.

"Cinto de Segurança" significa as cintas que formam um sistema de retenção. "Veículo" significa um automóvel de passageiros, furgoneta, carrinha ou um automóvel do tipo jipe.

### **BENEFÍCIO DE IDENTIFICAÇÃO**

No caso de perda acidental de vida por parte do Membro do Plano a, pelo menos, cento e cinquenta (150) quilómetros do local de residência habitual do Membro do Plano e a identificação do corpo por parte de um membro da família direto tenha sido solicitada pela polícia ou uma autoridade governamental semelhante, a Seguradora reembolsará as despesas razoáveis realmente incorridas por tal membro da família por:

- a) transporte pelo percurso mais curto para a cidade ou localidade onde o corpo está localizado;  
e
- b) alojamento em hotel nessa cidade ou localidade, sujeito a uma duração máxima de três (3) dias.

O reembolso de tais despesas incorridas está sujeito a que o Benefício por Morte Acidental seja posteriormente devido de acordo com os termos deste Benefício após a identificação do corpo como pertencente ao Membro do Plano.

O montante máximo devido não excederá \$ 15.000 para todas as despesas. O pagamento não será efetuado para despesas de representação ou outras despesas comuns de estadia, viagem ou vestuário, devendo todo o transporte ocorrer num veículo ou dispositivo de aluguer operado com uma licença para o transporte de passageiros.

### **RENÚNCIA DO PRÉMIO DE AD&D**

Se um Membro do Plano for aprovado para pagamentos de benefícios de Longa Duração por Incapacidade pela Seguradora, o Benefício por Morte e Desmembramento Acidental será continuado, sem custo, até que o Membro do Plano deixe de estar "**Totalmente Incapacitado**" ou até atingir 65 anos, o que ocorrer primeiro.

Sujeito a todos os termos e condições da apólice de seguro, a renúncia de qualquer prémio conforme aqui indicado continuará relativamente a um Membro do Plano e aos seus Dependentes elegíveis até o Membro do Plano alcançar os 65 anos de idade, se aposentar ou ocorrer a rescisão antecipada da apólice de seguro.

## INCAPACIDADES RECORRENTES

Quando um Membro do Plano se torna Totalmente Incapacitado novamente devido às mesmas causas ou causas relacionadas num período de 6 meses da cessação do Benefício por renúncia ao prémio, todas as recorrências serão consideradas uma continuação da mesma incapacidade e a Seguradora renunciará ao período de qualificação de 6 meses.

Se a mesma incapacidade for recorrente durante mais de 6 meses após a cessação do Benefício por renúncia ao prémio, essa mesma incapacidade será considerada uma incapacidade diferente.

Duas incapacidades devidas a causas não relacionadas são consideradas incapacidades diferentes se forem separadas por um regresso ao trabalho de pelo menos um (1) dia.

## CESSAÇÃO DA RENÚNCIA DO PRÉMIO DE AD&D

A renúncia aos prémios cessará nas seguintes situações (a que ocorrer primeiro):

- a) da data em que um Membro do Plano deixa de corresponder à definição de Totalmente incapacitado presente na apólice de seguro;
- b) da data em que um Membro do Plano não prestar à Seguradora provas médicas apropriadas, conforme considerado necessário pela Seguradora;
- c) da data em que um Membro do Plano deixar de receber cuidados e tratamento regulares e contínuos por parte de um Médico adequados à condição incapacitante, conforme determinado pela Seguradora;
- d) da data em que um Membro do Plano não comparece a uma avaliação médica, psiquiátrica, psicológica, funcional, educacional e/ou profissional realizada por um examinador selecionado pela Seguradora;
- e) da data da cessação da apólice de seguro;
- f) da data em que um Membro do Plano completar 65 anos ou se aposentar; ou
- g) da data em que um Membro do Plano falecer.

## COBERTURA DURANTE A RENÚNCIA AO PRÉMIO

Enquanto os prémios estão em processo de renúncia, o benefício por Morte e desmembramento acidental nos termos da apólice de seguro de um Membro do Plano continuará em vigor. O valor do seguro em questão será o valor do seguro em vigor na data de início da incapacidade, sujeito a qualquer redução de idade ou cessação indicada na apólice.

## PRIVILÉGIO DE CONVERSÃO

Na data de cessação do benefício por Morte e desmembramento acidental ou durante o período de 31 dias após a cessação, um Membro do Plano poderá converter o seu seguro numa apólice de seguro individual único de Morte e desmembramento acidental da Seguradora.

A política individual será efetiva a partir da data em que a solicitação for recebida pela Seguradora ou na data em que a cobertura do Plano terminar, o que ocorrer mais tarde.

O prémio será o mesmo, da mesma forma que uma pessoa normalmente pagaria ao candidatar-se a uma apólice individual naquele momento.

A solicitação de uma apólice individual pode ser realizada ao entrar em contacto com o Escritório de administração do plano. O montante do benefício do seguro convertido não deve exceder o valor emitido durante a adesão ao Plano até um máximo de \$ 200.000. A apólice individual cobrirá apenas morte acidental e desmembramento.

## **LIMITAÇÕES E EXCLUSÕES DE BENEFÍCIO POR MORTE E DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL**

Este benefício não cobre perdas causadas por ou resultantes de qualquer um ou mais dos seguintes:

- a) Danos intencionalmente autoinfligidos, suicídio ou qualquer tentativa de suicídio, em estado mental são ou demente;
- b) Guerra declarada ou não declarada ou qualquer ato daí proveniente;
- c) Viagem ou voo numa aeronave pertencente ou alugada pelo segurado, um Membro do Plano ou um familiar de um Membro do Plano, ou aeronave que está a ser utilizada para qualquer teste ou propósito experimental, combate a incêndios, inspeção de linhas elétricas, inspeção de canalização, fotografia aérea ou exploração;
- d) Perdas ocorridas enquanto o Membro do Plano estiver a atuar em serviço ativo em tempo integral nas Forças Armadas de qualquer país ou autoridade internacional;
- e) Viagem ou voo em qualquer veículo ou dispositivo de navegação aérea; exceto na medida em que tal viagem ou voo seja previsto na descrição do presente benefício.

No que diz respeito a viagens aéreas, o seguro oferecido aplicar-se-á a perdas causadas por ou resultantes de viagens ou voos em qualquer aeronave ou qualquer outro dispositivo para navegação aérea, incluindo embarque ou desembarque daí resultante, exceto:

- a) enquanto está a ser utilizado para qualquer teste ou propósito experimental; ou
- b) enquanto o Membro do Plano estiver a trabalhar, a aprender a trabalhar ou servir como membro da tripulação do mesmo; ou
- c) enquanto estiver a ser operado por ou sob a direção de qualquer autoridade militar, exceto aeronaves tipo transporte operadas pelo Comando de Transporte Aéreo das Forças Armadas do Canadá ou por um serviço semelhante de transporte aéreo de qualquer outro país; ou
- d) qualquer aeronave ou dispositivo que seja de propriedade ou alugado por ou em nome da União ou entidade patronal ou qualquer subsidiária ou filial, ou por um Membro do Plano ou qualquer membro da sua família; ou

- e) enquanto está a ser utilizado para combate a incêndios, inspeção de canalização, inspeção de linha elétrica, fotografia aérea ou exploração.

Os "**Benefícios adicionais de morte e desmembramento acidental**" descritos anteriormente (além dos benefícios por Morte acidental, Desmembramento acidental, Morte Acidental no trabalho e Desmembramento acidental no trabalho) serão limitados a apenas uma (1) apólice de seguro caso os benefícios estejam contidos em dois (2) ou mais apólices emitidas pela Seguradora cobrindo o mesmo Membro do Plano.

### **TRIBUTAÇÃO DO PRÉMIO DE MORTE E DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL PAGA**

Quaisquer prémios de Morte e desmembramento acidental pagos pelo fundo em nome de um membro do plano são considerados, de acordo com as leis tributárias canadianas, como um benefício tributável para o membro do plano no ano civil em que foi recebido.

Durante o mês de fevereiro de cada ano, um membro do plano coberto pelo benefício por Morte e desmembramento acidental do plano no ano civil anterior receberá um formulário de imposto oficial do plano que indica o valor total do prémio de Morte e desmembramento acidental pago (juntamente com quaisquer outros prémios tributáveis pagos) pelo fundo em nome do membro do plano no ano civil anterior.

Qualquer prémio de Morte e desmembramento acidental pago em nome de um Membro do Plano (indicado no formulário de imposto oficial) deve ser comunicado pelo Membro do Plano como rendimento na declaração de imposto de rendimentos anual do Membro do Plano, no cálculo dos seus rendimentos tributáveis.

### **CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO POR MORTE E DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL**

O benefício por incapacidade total e permanente de um Membro do Plano será rescindido no dia anterior ao dia de aposentação do Membro do Plano ou ao dia em que complete 65 anos. O benefício por Morte e desmembramento acidental de um membro do plano terminará no dia em que o membro do plano se aposentar e esgotar o valor na sua conta no Dollar Bank. A cobertura para um Membro do Plano e para qualquer um dos Dependentes também será rescindida conforme descrito anteriormente na secção **Informações de elegibilidade** deste Manual.

### **FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO EM CASO DE MORTE E DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL NECESSÁRIO**

Nenhum pagamento de benefício será feito ao Membro do Plano, a menos que um Formulário de reclamação preenchido e quaisquer outros documentos exigidos sejam submetidos ao Escritório de Administração do Plano e/ou à Seguradora dentro do prazo especificado para o envio de uma reclamação. Consulte as disposições sobre o **Prazo para a apresentação de reclamações** na secção **Regras e Disposições Gerais do Plano** deste Manual.

## BENEFÍCIO DE INDEMNIZAÇÃO SEMANAL (WI)

Um Membro do Plano que se torne totalmente incapacitado devido a uma doença e/ou uma lesão que não esteja relacionada com o trabalho pode ser elegível para a receção de pagamentos de benefícios de indemnização semanal (WI).

Um Membro do Plano é considerado "**Totalmente incapacitado**" se não for capaz de executar qualquer e todos os deveres no âmbito profissional do Membro do Plano. Para ser elegível para pagamentos de benefícios semanais de WI, um Membro do Plano deve apresentar prova de uma condição incapacitante que seja satisfatória ao Plano e deve estar sob o cuidado e tratamento contínuos de um Médico ou Especialista legalmente qualificado e licenciado.

### DATA DE INÍCIO DE PAGAMENTO DO BENEFÍCIO SEMANAL DE WI

Os pagamentos de benefícios semanais de WI são devidos durante qualquer período contínuo de incapacidade durante o qual um Membro do Plano permanece totalmente incapacitado, começando no:

- 1) 1.º dia de incapacidade resultante de um acidente; ou
- 2) 1.º dia de incapacidade que requeira cirurgia ambulatorial de natureza não cosmética; ou
- 3) 8.º dia de incapacidade resultante de uma doença.

### PERÍODO MÁXIMO DE PAGAMENTO DO BENEFÍCIO SEMANAL DE WI

17 semanas é o período máximo durante o qual um Membro do Plano Totalmente incapacitado pode receber pagamentos de benefícios semanais de WI durante qualquer período consecutivo de Incapacidade, porém não além do dia em que o Membro do Plano se aposentar.

O período de pagamento de benefícios semanais de WI máximo de 17 semanas inclui o período de 15 semanas em que os benefícios do Seguro de desemprego (EI) em caso de acidente de trabalho e doença são devidos, se aplicável. A duração total dos pagamentos dos benefícios semanais de WI fornecidos pelo Plano e EI combinados é de 17 semanas.

### PAGAMENTO MÁXIMO DO BENEFÍCIO SEMANAL DE WI DEVIDO

O valor máximo do benefício semanal de WI a pagar é de \$ 400 por semana. Este pagamento será dividido proporcionalmente com base no número de dias de incapacidade durante a semana, caso se trate de um período inferior a uma semana.

Para o propósito de determinar o benefício semanal de WI devido a um Membro do Plano, a data em que um Membro do Plano é considerado como Totalmente Incapacitado não deverá

ser anterior à data em que o Membro do Plano primeiro consulta um Médico ou Especialista relativamente á incapacidade.

Apenas um pagamento do benefício semanal de WI será devido a um Membro do Plano, independentemente de o Membro do Plano estar totalmente incapacitado por mais de uma incapacidade.

## **REDUÇÕES NO PAGAMENTO DO BENEFÍCIO SEMANAL DE WI**

Os pagamentos de benefícios semanais de WI devidos a um Membro do Plano serão reduzidos por quaisquer rendimentos ou benefícios devidos a um Membro do Plano nos termos de qualquer outro acordo, plano ou programa de trabalho de qualquer entidade patronal ou agência governamental, incluindo qualquer plano ou programa estabelecido em conformidade com a lei de seguro automóvel provincial, quando aplicável.

O Plano reserva-se o direito de solicitar e obter informações sobre qualquer rendimento que um Membro do Plano possa receber, ou seja elegível para receber durante um período de incapacidade, para o qual um Membro do Plano tenha submetido uma reclamação de WI ao Plano.

Um Membro do Plano que enviar uma reclamação de WI ao Plano ou que já esteja a receber pagamentos de benefícios semanais de WI tem a responsabilidade de informar o Escritório de administração do plano em relação a todas as fontes de rendimento que são fornecidas ao Membro do Plano. Nenhum pagamento de benefícios semanal de WI será pago a um Membro do Plano que não faculte quaisquer informações solicitadas relativas às suas outras fontes de rendimento.

## **TRIBUTAÇÃO DOS PAGAMENTOS DO BENEFÍCIO SEMANAL DE WI**

Qualquer pagamento do benefício semanal de WI emitido em nome de um Membro do Plano é considerado um rendimento tributável para o Membro do Plano no ano civil em que foi recebido.

Em fevereiro de cada ano, o Membro do Plano que recebeu um ou mais pagamentos de benefícios semanais de WI no ano civil anterior receberá uma declaração de impostos oficial do Plano que indica o valor total dos pagamentos de benefícios semanais de WI efetuados ao Membro do Plano no ano civil anterior.

Qualquer quantia indicada no formulário de imposto oficial deve ser declarada como rendimento na declaração de imposto de rendimento anual do membro do plano.

## **INTEGRAÇÃO DE WI COM OS BENEFÍCIOS DO SEGURO DE DESEMPREGO (EI) EM CASO DE INCAPACIDADE**

O benefício semanal do Plano é coordenado com o EI. Benefício por acidente e doença.

Se um Membro do Plano não estiver capacitado para trabalhar devido a uma incapacidade não relacionada com o trabalho, o Membro do Plano deverá realizar imediatamente uma

solicitação de indenização por incapacidade para receber o benefício de WI do Plano, bem como os benefícios por acidente e doença do EI.

O Plano efetuará os pagamentos do benefício semanal de WI durante o período de espera inicial do EI, que é atualmente uma semana civil. Após o período de espera do EI, o EI pode pagar um benefício por incapacidade por acidente e doença durante um período máximo de 15 semanas.

Durante este período de 15 semanas de benefício do EI por acidente e doença, o Plano não efetuará pagamentos de benefícios de WI, salvo se tiver sido apresentado um comprovativo de que um Membro do Plano não é elegível para os benefícios por Acidente e Doença do EI.

Para receber pagamentos do benefício semanal de WI do Plano durante o período de 15 semanas de benefícios por incapacidade do EI, o Membro do Plano deve fornecer uma declaração do Departamento de Emprego e Desenvolvimento Social do Canadá, indicando o número de semanas em que os benefícios por acidente e doença do EI foram pagos ou que confirme que os benefícios por Acidente e Doença do EI foram negados.

É importante distinguir que um Membro do Plano deve solicitar benefícios por Acidente e Doença do EI e não benefícios por Desemprego do EI. Se um Membro do Plano tiver uma reclamação de Desemprego do EI já aprovada e receber os benefícios por Desemprego do EI na data em que o Membro do Plano se tornar Totalmente Incapacitado, além de notificar o Escritório de administração do plano, o Membro do Plano deverá notificar imediatamente o Departamento de Emprego e Desenvolvimento Social do Canadá da sua incapacidade e alterar as suas reclamações de benefícios por Desemprego do EI para benefícios por Acidentes e Doença do EI.

## **INCAPACIDADES DE WI RECORRENTES**

Se um Membro do Plano que já estiver a receber pagamentos de benefícios semanais de WI regressar ao trabalho e, posteriormente, retomar a sua solicitação por incapacidade, o Plano considerará este como um período contínuo de incapacidade total, desde que o regresso ao trabalho (ou disponibilidade para trabalhar) seja um período de duas (2) semanas ou inferior.

Nestas circunstâncias, o Período máximo do benefício de WI do Plano de 17 semanas (descrito anteriormente) continuará a basear-se na data inicial (anterior) da incapacidade. A única exceção a esta regra é se a ausência subsequente no trabalho por parte Membro do Plano se dever a uma nova incapacidade não relacionada, que teve início depois do Membro do Plano ter regressado ao trabalho (ou ficou disponível para trabalhar) durante pelo menos um dia inteiro.

## **SUB-ROGAÇÃO DE PAGAMENTOS DE BENEFÍCIO SEMANAIS DE WI**

Como parte do processo de submissão de reclamações, o Plano exige que um Membro do Plano que submeta uma reclamação de incapacidade para elegibilidade para o benefício de WI do Plano preencha e envie um acordo de reembolso.

Se, como resultado do incidente que causou ou contribuiu para a incapacidade de um Membro do Plano, o Membro do Plano tiver direito a recuperar uma Compensação por perda de rendimentos de um terceiro, o Plano será sub-rogado a todos os direitos do Membro do Plano de recuperação das perdas de rendimentos. O valor a ser recuperado pelo Plano não excederá a soma dos pagamentos de benefícios semanais de WI pagos ou que sejam devidos pelo Plano. Caso um Membro do Plano comprove ao Plano que o Membro do Plano não recuperou a Compensação total por perda de rendimentos, o Plano determinará a proporção de danos efetivamente recuperados pelo Membro do Plano e partilhará esse valor *pro rata*.

Caso um Membro do Plano opte por resolver a questão com o terceiro antes de determinação judicial, entende-se que o montante alcançado na liquidação será considerado pelo Plano como sendo Compensação total por perda de rendimentos, e que o direito de sub-rogação do Plano seja aplicável.

O termo "**Compensação**" deverá incluir qualquer valor total ou pagamentos periódicos que um Membro do Plano receba ou tenha direito a receber em razão de perda de rendimentos passados, presentes ou futuros.

## LIMITAÇÕES E EXCLUSÕES DO BENEFÍCIO DE INDEMNIZAÇÃO SEMANAL

Os pagamentos de benefícios semanais de WI não são devidos nas seguintes circunstâncias:

1. por qualquer parte de um período de incapacidade durante o qual o Membro do Plano não esteja a receber acompanhamento/tratamento contínuo por parte de um Médico ou Especialista licenciado considerado apropriado pelo Plano para a condição causadora da incapacidade;
2. por qualquer parte de um período de incapacidade durante o qual o Membro do Plano esteja a receber tratamento apenas por parte de um Terapeuta, exceto se o tratamento em questão seja recomendado por um Médico ou Especialista licenciado e considerado apropriado pelo Plano para a condição causadora da incapacidade;
3. por incapacidades resultantes de abuso de substâncias, incluindo alcoolismo e dependência de drogas, exceto se o Membro do Plano estiver a participar num programa reconhecido de desintoxicação;
4. por qualquer parte de um período de incapacidade durante o qual o Membro do Plano não esteja a participar num programa de tratamento recomendado por um Médico ou Especialista licenciado considerado apropriado pelo Plano para a condição causadora da incapacidade;
5. se, em qualquer parte de um período de incapacidade, o Membro do Plano fizer qualquer tipo de trabalho onde ganhe um salário ou obtenha lucro;
6. por incapacidades para as quais os benefícios são devidos no âmbito de uma Lei de Compensação dos Trabalhadores ou lei semelhante, a menos que seja submetida a prova devida de que o Membro do Plano não se qualifica para tais benefícios;

7. sujeito à legislação aplicável, o Plano não cobre incapacidades decorrentes de um acidente com um veículo motorizado;
8. procedimentos cirúrgicos ou tratamentos realizados num hospital que sejam principalmente para fins estéticos ou de embelezamento, excluindo incapacidades resultantes de complicações devido a tais procedimentos ou tratamentos cirúrgicos;
9. por incapacidades resultantes de doença ou lesões intencionalmente autoinfligidas ou tentativa de auto-destruição, quer o Membro do Plano seja são ou demente;
10. por incapacidades resultantes da tentativa ou participação do Membro do Plano no cometimento de uma infração penal;
11. por incapacidades resultantes de um acidente que ocorreu enquanto o Membro do Plano estava a conduzir um veículo motorizado e o seu sangue contém mais de 80 miligramas de álcool em 100 mililitros de sangue (0,08%) ou mais do que o limite legal de álcool no local de ocorrência do acidente;
12. por qualquer parte de um período de incapacidade durante o qual o Membro do Plano permanece preso numa instituição penal ou internado num hospital, ou instituição semelhante, como resultado de um processo penal;
13. por incapacidades resultantes de lesão ou doença que ocorram enquanto o Membro do Plano estiver em serviço ativo nas Forças Armadas de qualquer país, estado ou organização internacional;
14. por incapacidades que sejam resultado da participação do Membro do Plano numa guerra, motim ou insurreição;
15. por incapacidades para as quais uma reclamação não tenha sido apresentada dentro de doze (12) meses a contar a partir da data da incapacidade;
16. na data em que o Membro do Plano se recusar ou deixar de concluir e devolver ou cumprir com os termos do Contrato de Reembolso, de acordo com a disposição da **SUB-ROGAÇÃO DE PAGAMENTOS DE BENEFÍCIO SEMANAIS DE WI**;
17. por qualquer parte de um período de incapacidade durante qualquer Licença sem Vencimento (incluindo licença de maternidade), exceto quando os benefícios são fornecidos durante o período de recuperação pós-parto da licença de maternidade.

“**Licença sem Vencimento**” significa um período de tempo ausente do trabalho mutuamente acordado pelo empregador e pelo Membro do Plano. No caso de licença de maternidade, a licença terá início em uma das seguintes datas, a que ocorrer antes:

- i) a data de início escolhida para a licença de maternidade; ou
- ii) a data do parto; ou quando o desempenho do Membro estiver a ser afetado pela gravidez.

Tal licença terminará no último dia da data definida pelo estatuto provincial ou federal, ou a data acordada entre o empregador e o Membro do Plano.

## RESCISÃO DOS PAGAMENTOS DO BENEFÍCIO DE WI DO BENEFÍCIO SEMANAL DE WI

A cobertura de WI e quaisquer pagamentos de benefícios semanais feitos a um Membro do Plano com incapacidade serão rescindidos no dia em que o Membro do Plano se aposentar. A cobertura não é fornecida durante o período de Pagamento Direto. A cobertura para um Membro do Plano também será rescindida conforme descrito anteriormente na secção **Informações de elegibilidade** deste Manual.

## FORMULÁRIO OBRIGATÓRIO DE PEDIDO DE INDEMNIZAÇÃO SEMANAL

Nenhum pagamento de benefício será feito ao Membro do Plano, a menos que um Formulário de reclamação preenchido e quaisquer outros documentos exigidos sejam submetidos ao Escritório de administração do plano dentro do prazo especificado para o envio de uma reclamação. Consulte as disposições sobre o **Prazo para a apresentação de reclamações** na secção **Regras e Disposições Gerais do Plano** deste Manual.

## BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO

Um Membro do Plano elegível com menos de 65 anos e que se torne Totalmente Incapacitado devido a uma doença e/ou lesão durante o período de tempo necessário referido como o Período de Incapacidade Elegível pode ser elegível para receber pagamentos de benefício mensal por LTD.

Um Membro do Plano é considerado **“Totalmente Incapacitado”** se o Membro do Plano não puder realizar qualquer e todas as tarefas de qualquer atividade para a qual o Membro do Plano esteja razoavelmente elegível através de formação, estudos ou experiência.

Para ser elegível para pagamentos de benefícios mensais por LTD, um Membro do Plano deve apresentar prova de uma condição incapacitante que seja satisfatória para a Seguradora e deve estar sob o cuidado e tratamento contínuos de um Médico ou Especialista legalmente qualificado e licenciado.

### DATA DE INÍCIO DE PAGAMENTO DO BENEFÍCIO MENSAL POR LTD

Os pagamentos de benefícios mensais por LTD podem ser devidos a um Membro do Plano por qualquer período contínuo de incapacidade durante o qual um Membro do Plano permaneça Totalmente Incapacitado após o Período de Incapacidade Elegível, que é de 120 dias contínuos ou após o término de quaisquer pagamentos de benefícios semanais por WI devidos ao Membro do Plano (o que for mais longo), concluído antes de atingir os 65 anos.

Se o período inicial de incapacidade não for contínuo durante o Período de Incapacidade Elegível de 120 dias, o número de dias em que um Membro do Plano está incapacitado será acumulado para satisfazer o Período de Incapacidade Elegível de 120 dias desde que:

- 1) não exista interrupção no Período de Incapacidade Elegível contínuo superior a 2 semanas (14 dias); e
- 2) as incapacidades (antes e depois da interrupção no Período de Incapacidade Elegível) surjam devido à mesma doença ou lesão ou relacionada causadora da incapacidade.

## **PERÍODO DE PAGAMENTO MÁXIMO DO BENEFÍCIO MENSAL POR LTD**

Um Membro do Plano Totalmente Incapacitado pode receber pagamentos de benefícios mensais por LTD por um período consecutivo de incapacidade, mas não além dos 65 anos, da recuperação da incapacidade ou da morte.

Um Membro do Plano que esteja a receber pagamentos de benefícios mensais por LTD deve fornecer prova contínua da incapacidade à Seguradora conforme necessário e deve permanecer sob cuidados e tratamentos continuados de um Médico ou Especialista legalmente qualificado e licenciado.

Os pagamentos de benefícios mensais por LTD não serão devidos para além dos 65 anos de idade do Membro do Plano, a menos que um Membro do Plano satisfaça o Período de Incapacidade Elegível aos 64 anos e seja considerado elegível para pagamentos de benefícios mensais por LTD. Nesse caso, os pagamentos de benefícios mensais por LTD serão devidos por um período máximo de 12 meses, desde que o Membro do Plano permaneça totalmente incapacitado durante este período.

## **PAGAMENTO MÁXIMO DO BENEFÍCIO MENSAL POR LTD DEVIDO**

O pagamento do benefício mensal por LTD máximo devido é de \$ 500 por mês. Este pagamento do benefício mensal por LTD será dividido proporcionalmente com base no número de dias de incapacidade durante o mês, caso se trate de um período inferior a um mês.

Para os propósitos de determinar o benefício mensal por LTD devido a um Membro do Plano, a data em que um Membro do Plano é considerado como Totalmente Incapacitado não deverá ser considerada como sendo anterior à data em que o Membro do Plano primeiro consulta um Médico ou Especialista relativamente á incapacidade.

Apenas um pagamento do benefício mensal por LTD será devido a um Membro do Plano por mês, independentemente de o Membro do Plano estar Totalmente Incapacitado por mais de uma incapacidade.

## **REDUÇÕES DE PAGAMENTOS DE BENEFÍCIOS MENSALIS POR LTD**

A quantia do benefício mensal por LTD devido a um Membro do Plano incapacitado elegível pode ser reduzida devido a rendimentos que um Membro do Plano possa receber de outras fontes.

A Seguradora reserva-se o direito de solicitar e obter informações sobre qualquer rendimento que um Membro do Plano possa receber, ou seja elegível para receber durante um período de

incapacidade, para o qual um Membro do Plano tenha submetido uma reclamação de Incapacidade de Longa Duração ao Plano.

Um Membro do Plano que submeta uma reclamação de Incapacidade de Longa Duração ou que já esteja a receber pagamentos de benefícios mensais do Plano é obrigado a informar a Seguradora de todas as fontes de rendimentos que são fornecidas ao Membro do Plano. Nenhum pagamento de benefícios mensais por LTD será pago a um Membro do Plano que não faculte quaisquer informações solicitadas relativas às suas outras fontes de rendimento.

### ***REDUÇÕES DIRETAS AO PAGAMENTO DE BENEFÍCIOS MENSAIS POR LTD***

O pagamento do benefícios mensais por LTD devido é calculado deduzindo primeiro diretamente todas as receitas mensais que o Membro do Plano recebe por qualquer lei do WSIB (ou lei semelhante), devido à incapacidade de um Membro do Plano, do pagamento de benefícios mensais por LTD devido do Plano.

### ***REDUÇÕES INDIRETAS AO PAGAMENTO DE BENEFÍCIOS MENSAIS POR LTD - Limite de Rendimentos de Todas as Fontes***

Após a aplicação de quaisquer Reduções Diretas conforme descrito acima, o pagamento de benefícios mensais por LTD devido a um Membro do Plano pode ser ainda reduzido por quaisquer outros rendimentos ou benefícios devidos a um Membro do Plano nos termos de qualquer outro acordo, plano ou programa de trabalho de qualquer entidade patronal ou agência governamental, incluindo qualquer plano ou programa estabelecido em conformidade com a lei de seguro automóvel provincial (quando aplicável).

Se o rendimento mensal total de um Membro do Plano com incapacidade recebido de todas as fontes (incluindo o pagamento de benefícios mensais por LTD deste Plano) exceder 85% dos Rendimentos mensais brutos pré-incapacidade do Membro do Plano, o pagamento líquido de benefícios mensais por LTD será igualmente reduzido no valor excedente.

O rendimento mensal total de um Membro do Plano recebido de todas as fontes inclui todos os itens a seguir indicados:

- a) pagamentos de benefícios mensais por LTD devidos no âmbito deste Plano; e
- b) benefícios de rendimento por incapacidade do WSIB acima descritos em “Redução de Benefícios Diretos”; e
- c) salários ou benefícios por aposentação devidos pelo seu empregador, incluindo o plano de aposentação ou reforma do seu empregador ou de trabalho por conta própria; e
- d) qualquer tipo de pagamentos de benefícios recebidos do Plano de Pensões do Canadá ou do Quebec (benefícios principais ou de familiares); e
- e) qualquer rendimento ou benefício devido no âmbito de qualquer outro plano ou programa de qualquer governo ou coroa ou qualquer subdivisão ou agência do governo ou da coroa, incluindo qualquer plano ou programa estabelecido de acordo com uma Lei de Seguro de Automóveis provincial, quando aplicável; e

- f) rendimentos ou benefícios devidos no âmbito de qualquer outro plano ou programa fornecido ao Membro do Plano pelo ou através do empregador. Esse plano ou programa inclui qualquer benefício por incapacidade permanente e total do seguro de grupo para o qual o Membro do Plano poderia ter optado por não se inscrever.

“**Rendimentos**” significa os rendimentos normais de um Membro do Plano conforme especificado no impresso T4 ou noutras informações fiscais emitidas ou recebidas pelo Membro do Plano no ano anterior à data da incapacidade do Membro do Plano.

Relativamente a um Membro do Plano com incapacidade que participe num Programa de Emprego de Reabilitação (descrito posteriormente), se o rendimento mensal total do Membro do Plano de todas as fontes exceder 100% dos Rendimentos mensais pré-incapacidade do Membro do Plano, o pagamento do benefício mensal por LTD do Membro do Plano será reduzido no valor excedente.

## TRIBUTAÇÃO DOS PAGAMENTOS DE BENEFÍCIOS MENSIS POR LTD

Qualquer pagamento de benefícios mensais por LTD emitido para um Membro do Plano é considerado, de acordo com as leis tributárias canadianas, um rendimento tributável ao Membro do Plano no ano civil no qual foi RECEBIDO.

Em fevereiro de cada ano, o Membro do Plano que recebeu um ou mais pagamentos de benefícios mensais por LTD no ano civil anterior receberá uma declaração de impostos oficial da Seguradora que indica o valor total dos pagamentos de benefícios mensais por LTD efetuados ao Membro do Plano no ano civil anterior.

Quaisquer pagamentos de benefícios mensais por LTD pagos a um Membro do Plano (indicado no formulário de imposto oficial) deve ser comunicado pelo Membro do Plano como rendimento na declaração de imposto de rendimentos anual do Membro do Plano, no cálculo dos seus rendimentos tributáveis.

## INCAPACIDADES DE LTD RECORRENTES

Se uma incapacidade for recorrente e se dever às mesmas causas ou causas relacionadas, será considerada como um período contínuo de incapacidade e não estará sujeita a um novo Período de Incapacidade Elegível, a menos que o Membro do Plano tenha regressado ao ativo a tempo inteiro por um período de 6 meses consecutivos ou mais.

Se uma nova incapacidade for provocada por causas não relacionadas com uma incapacidade anterior, um Membro do Plano poderá ser elegível para um novo período de incapacidade, sujeito a um novo Período de Incapacidade Elegível, caso tenha ocorrido um regresso ao ativo por, pelo menos, um dia completo.

## PROGRAMA DE EMPREGO DE REABILITAÇÃO

Se um Membro do Plano estiver a receber pagamentos de benefícios mensais por LTD, a Seguradora poderá recomendar e exigir que o Membro do Plano participe num Programa de Emprego de Reabilitação e/ou Formação adequada, que teria em conta a natureza da incapacidade e as competências profissionais do Membro do Plano. Detalhes adicionais serão

fornecidos aos Membros do Plano aplicáveis no caso de serem elegíveis para um Programa de Emprego de Reabilitação.

Se um Membro do Plano se recusar a participar num Programa de Emprego de Reabilitação e/ou Formação recomendado pela Seguradora, os pagamentos de benefícios mensais por LTD do Membro do Plano serão rescindidos.

Note que quaisquer rendimentos pagos a um Membro do Plano num Programa de Emprego de Reabilitação podem reduzir o pagamento de benefícios mensais do Membro do Plano. Consulte a secção **REDUÇÕES DE PAGAMENTOS DE BENEFÍCIOS MENSIS POR LTD** acima para obter mais informações.

### **SUB-ROGAÇÃO DOS PAGAMENTOS DE BENEFÍCIOS MENSIS POR LTD**

Como parte do processo de submissão de reclamações, a Seguradora exige que um Membro do Plano que submeta uma reclamação de incapacidade para elegibilidade para o Benefício por Incapacidade de Longa Duração do Plano deve preencher e enviar um Acordo de Reembolso. Se, como resultado do incidente que causou ou contribuiu para a incapacidade de um Membro do Plano, o Membro do Plano tiver direito a recuperar uma Compensação por perda de rendimentos de um terceiro, a Seguradora será sub-rogado a todos os direitos do Membro do Plano de recuperação das perdas de rendimentos.

O valor a ser recuperado pela Seguradora não excederá a soma dos pagamentos de benefícios mensais por LTD pagos ou que sejam devidos pela Seguradora. Caso um Membro do Plano comprove à Seguradora que o Membro do Plano não recuperou a Compensação total por perda de rendimentos, a Seguradora determinará a proporção de danos efetivamente recuperados pelo Membro do Plano e partilhará esse valor pro rata. Caso um Membro do Plano opte por resolver a questão com o terceiro antes de determinação judicial, entende-se que o montante alcançado na liquidação será considerado pela Seguradora como sendo Compensação total por perda de rendimentos, e que o direito de sub-rogação da Seguradora seja aplicável.

O termo "**Compensação**" deverá incluir qualquer valor total ou pagamentos periódicos que um Membro do Plano receba ou tenha direito a receber em razão de perda de rendimentos passados, presentes ou futuros.

### **EXCLUSÃO DE INCAPACIDADE PREEXISTENTE**

Não são devidos pagamentos de benefícios mensais por LTD relativamente a qualquer período de Incapacidade Total que comece dentro dos primeiros 6 meses a partir da data de início de vigência do Benefício por Incapacidade de Longa Duração do Membro do Plano, se o período de Incapacidade Total tiver sido causado ou tiver tido o contributo de uma doença ou lesão pela qual o Membro do Plano tinha recebido serviços de tratamento médico ou tomado um medicamento prescrito a qualquer momento durante o período de 90 dias imediatamente anterior à data efetiva de elegibilidade inicial do Membro do Plano para o Benefício por Incapacidade de Longa Duração.

## LIMITAÇÕES E EXCLUSÕES DO BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO

Os pagamentos de benefícios mensais por LTD não são devidos a um Membro do Plano nas seguintes circunstâncias:

1. por qualquer parte de um período de incapacidade durante o qual o Membro do Plano não esteja a receber acompanhamento/tratamento contínuo por parte de um médico ou especialista licenciado considerado apropriado pela Seguradora para a condição causadora da incapacidade;
2. por qualquer parte de um período de incapacidade durante o qual o Membro do Plano esteja a receber tratamento apenas por parte de um Terapeuta, exceto se o tratamento em questão seja recomendado por um médico ou especialista licenciado e considerado apropriado pela Seguradora para a condição causadora da incapacidade;
3. por incapacidades resultantes de abuso de substâncias, incluindo alcoolismo e dependência de drogas, exceto se o Membro do Plano estiver a participar num programa reconhecido de desintoxicação considerado apropriado pela Seguradora para a condição causadora da incapacidade;
4. por qualquer parte de um período de incapacidade durante o qual o Membro do Plano não esteja a participar num programa de reabilitação e/ou tratamento recomendado por um médico ou especialista licenciado considerado apropriado pela Seguradora para a condição causadora da incapacidade;
5. por incapacidades resultantes de doença ou lesões intencionalmente autoinfligidas ou tentativa de auto-destruição, quer o Membro do Plano seja são ou demente;
6. por incapacidades resultantes da tentativa ou participação do Membro do Plano no cometimento de uma infração penal;
7. por incapacidades resultantes de um acidente que ocorreu enquanto o Membro do Plano estava a conduzir um veículo motorizado e o seu sangue contém mais de 80 miligramas de álcool em 100 mililitros de sangue (0,08%) ou mais do que o limite legal de álcool no local de ocorrência do acidente;
8. por qualquer parte de um período de incapacidade durante o qual o Membro do Plano permanece preso numa instituição penal ou internado num hospital, ou instituição semelhante, como resultado de um processo penal;
9. por incapacidades resultantes de lesão ou doença que ocorram enquanto o Membro do Plano estiver em serviço ativo nas Forças Armadas de qualquer país, estado ou organização internacional;
10. por incapacidades que sejam resultado da participação do Membro do Plano numa guerra, motim ou insurreição;
11. por incapacidades para as quais uma reclamação não tenha sido apresentada dentro de doze (12) meses a contar a partir da data da incapacidade;

12. na data em que o Membro do Plano se recusar ou deixar de preencher e devolver ou cumprir com os termos do Contrato de Reembolso, de acordo com a disposição da SUBROGAÇÃO DE PAGAMENTOS DE BENEFÍCIOS MENSAIS POR LTD;
13. sujeito à legislação aplicável, o Plano não cobre incapacidades decorrentes de um acidente com um veículo motorizado;
14. por qualquer parte de um período de incapacidade durante qualquer Licença sem Vencimento (incluindo Licença de Maternidade).

“**Licença sem Vencimento**” significa um período de tempo ausente do trabalho mutuamente acordado pelo empregador e pelo Membro do Plano. No caso de licença de maternidade, a licença terá início em uma das seguintes datas, a que ocorrer antes:

- i) a data de início escolhida para a licença de maternidade; ou
- ii) a data do parto; ou
- iii) a data em que o empregador pode exigir que a licença sem vencimento inicie se o desempenho do Membro do Plano for afetado pela gravidez.

Tal licença terminará no último dia da data definida pelo estatuto provincial ou federal, ou a data acordada entre o empregador e o Membro do Plano.

## RESCISÃO DO BENEFÍCIO LTD E PAGAMENTOS DE BENEFÍCIOS MENSAIS

A cobertura de Benefício por incapacidade de longa duração de um Membro do Plano será rescindida no dia anterior ao dia de aposentação do Membro do Plano ou ao dia em que complete 65 anos. A cobertura não é fornecida durante o período do Plano de Pagamento Direto. A cobertura para um Membro do Plano também será rescindida conforme descrito anteriormente na secção **Informações de elegibilidade** deste Manual.

Os pagamentos de benefícios mensais por LTD não serão devidos para além dos 65 anos de idade do Membro do Plano, a menos que um Membro do Plano satisfaça o Período de Incapacidade Elegível aos 64 anos e seja considerado elegível para pagamentos de benefícios mensais por LTD. Nesse caso, os pagamentos de benefícios mensais por LTD serão devidos por um período máximo de 12 meses, desde que o Membro do Plano permaneça totalmente incapacitado durante este período.

## FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO DE INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO OBRIGATÓRIO

Nenhum pagamento de benefício será feito ao Membro do Plano, a menos que um Formulário de reclamação preenchido e quaisquer outros documentos exigidos sejam submetidos ao Escritório de Administração do Plano e/ou à Seguradora dentro do prazo especificado para o envio de uma reclamação. Consulte as disposições sobre o **Prazo para a apresentação de reclamações** na secção **Regras e Disposições Gerais do Plano** deste Manual.

## BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA À INCAPACIDADE (LTD)

Os Membros do Plano com Incapacidade que receberem aprovação por parte da Seguradora para receber pagamentos mensais de benefícios por LTD podem também ser elegíveis para receber o Benefício de assistência à incapacidade do Plano.

Este "benefício complementar" mensal de \$ 500 é fornecido aos Membros do Plano com incapacidade, além do pagamento mensal de benefícios por LTD da Seguradora.

O Benefício de assistência a incapacidade está sujeito às mesmas regras de elegibilidade, pagamento de benefícios e regras de redução, limitação de cobertura e regras de exclusão e todas as outras disposições de cobertura, conforme descrito acima para o Benefício por incapacidade a longa duração do Segurado do Plano.

Para obter mais informações ou solicitar o Benefício de assistência à incapacidade do Plano, entre em contacto com o Escritório de Administração do Plano.

## BENEFÍCIO DE SAÚDE COMPLEMENTAR

### CARTÃO DE BENEFÍCIOS TUDO EM UM

Os Membros do Plano e os seus Cônjuges elegíveis receberão o Cartão de benefício do Plano que poderá ser utilizado para pagar reclamações ou muitas das despesas de Cuidados de saúde complementares elegíveis do Plano. A utilização do cartão de benefícios elimina a necessidade de preencher um formulário de reclamação e fornece o pagamento imediato das despesas elegíveis.

### DESPESAS DE SAÚDE COMPLEMENTARES ELEGÍVEIS

O Plano reembolsará 100% das despesas elegíveis com Cuidados oftalmológicos e genéricos e 80% de todas as outras despesas de saúde elegíveis incorridas pelos Membros do Plano e os seus Dependentes elegíveis, sujeitas às regras do Plano para reembolso conforme descrito abaixo.

Todos os Membros do Plano e os seus Dependentes elegíveis devem estar devidamente inscritos no seu plano de saúde provincial. O benefício de Cuidados de saúde complementares não fornecerá reembolso por quaisquer despesas incorridas que sejam elegíveis segundo um plano de saúde provincial, esteja a pessoa devidamente inscrita ou não.

### AS DESPESAS ELEGÍVEIS DEVEM SER MEDICAMENTE NECESSÁRIAS

Cobranças por quaisquer despesas elegíveis cobertas pelo Plano devem ser consideradas pelo Plano como medicamente necessárias. Uma prescrição ou recomendação de um médico é, geralmente, necessária.

## OS BENEFÍCIOS SÃO PAGOS COM BASE EM CUSTOS RAZOÁVEIS E HABITUAIS

O Plano oferece o reembolso de despesas de saúde elegíveis com base nos custos razoáveis e habituais dos serviços ou equipamentos médicos necessários. Se a despesa médica incorrida for maior do que a considerada pelo Plano como razoável e habitual para aquele serviço ou equipamento, o Membro do Plano será responsável pela diferença de custo entre a despesa real incorrida e a despesa Razoável e Habitual do benefício dos Cuidados de saúde complementares será reembolsada.

## DESPESAS DE MEDICAMENTOS COM RECEITA MÉDICA

O Plano reembolsa as despesas elegíveis até às despesas razoáveis e habituais de medicamentos com receita médica necessários que, por lei, devem ser receitados por um médico para o tratamento de uma doença ou lesão diagnosticada e que devem ser distribuídos por um farmacêutico ou médico detentor de uma licença legal. O Plano também pode abranger determinados medicamentos não sujeitos a receita médica, que são considerados como sendo de sustentação de vida. Os medicamentos elegíveis devem ser aprovados para utilização pela Health Canada e possuir um certificado de conformidade com a Health Canada e um Número de Identificação de Medicamento (DIN).

O Cartão de Benefícios pode ser utilizado nas farmácias aderentes para a aquisição da maioria dos medicamentos receitados. O Plano reembolsará 100% do custo de um medicamento genérico e 80% do custo de um medicamento de marca. A Taxa de distribuição máxima do farmacêutico que o Plano reembolsará é de \$ 9,00 por receita.

### Devido ao custo elevado de alguns medicamentos receitados, aplicam-se os seguintes valores máximos por Pessoa Coberta:

- Disfunção erétil: \$ 500 por ano civil
- Tratamento com metadona: Máximo de \$ 1.000 vitalício
- Medicamentos de fertilidade: Máximo de \$ 2.500 vitalício

### As seguintes despesas específicas com medicamentos também são consideradas elegíveis:

- Insulina e suprimentos para diabéticos
- Soros, vacinas e toxoides para alergia
- Medicamentos injetáveis e vitaminas injetáveis
- Tratamentos para escleroterapia (até um máximo de \$ 20 por visita)
- DIU e diafragmas

### Não há benefícios devidos pelas seguintes despesas específicas com medicamentos:

- Cobrança acima do máximo ou despesas específicas com medicamentos não cobertos pelo Plano
- Vitaminas não injetáveis, suplementos vitamínicos, suplementos dietéticos ou alimentos dietéticos

- Medicamentos para perda de peso
- Marijuana medicinal, incluindo qualquer produto derivado
- Alimentos e produtos alimentares, incluindo alimentos e leite infantil, substitutos de sal e açúcar
- Produtos gerais ou qualquer outro produto que possa ser vendido em qualquer ponto de venda, incluindo, entre outros, itens como lentes de contacto, champô não medicinal, pasta de dentes, protetores de pele, emolientes e sabonetes
- Qualquer compra única de medicamentos que não seria razoavelmente utilizada no prazo de 100 dias a contar da data da aquisição
- Drogas que não tenham recebido um certificado de conformidade e/ou um número de identificação de medicamento pela Health Canada, quer tenham ou não tenham sido aprovados sob um formulário provincial
- Medicamentos receitados ou emitidos para gerir uma doença ou incapacidade decorrente de um acidente de trabalho, incapacidade ou lesão ou devido a um acidente de viação.

## **CUIDADOS OFTALMOLÓGICOS**

As despesas incorridas pelas despesas elegíveis com os Cuidados oftalmológicos abaixo serão reembolsadas até ao benefício máximo apresentado.

### ***Lentes, armações e lentes de contacto***

O pagamento máximo de benefício que será pago por cada Pessoa Coberta é de \$ 400 em qualquer período consecutivo de 24 meses.

As despesas elegíveis com os Cuidados oftalmológicos (sujeitas ao máximo do Plano Cuidados oftalmológicos) incluem:

- Lentes graduadas, incluindo tonalidades e revestimentos antirreflexo
- Armações
- Lentes de contacto graduadas
- Óculos de sol graduados
- Óculos de segurança industrial graduados

### ***Exames oftalmológicos***

O Plano reembolsará as despesas de um exame oftalmológico por Pessoa Coberta, a cada 24 meses, quando não coberto pelo plano de saúde provincial da Pessoa Coberta.

### ***Cirurgia corretiva a laser***

O pagamento máximo de benefício que será feito por cada Pessoa Coberta é de \$ 1.500 durante toda a vida de uma Pessoa Coberta.

### ***Óculos de segurança industrial (apenas para membros do plano)***

O Plano reembolsará os custos dos óculos de segurança industrial de um Membro do Plano até um máximo de \$ 200 em qualquer período consecutivo de 24 meses.

## **OUTROS SERVIÇOS E SUPRIMENTOS DE CUIDADOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES**

### ***Paramédicos***

Incluem-se os custos dos serviços de um terapeuta da fala, osteopata, quiroprático, fisioterapeuta, naturopata, terapeuta de massagens registrado, psicólogo ou podólogo/quiropodista licenciados. O pagamento máximo de benefício para cada Pessoa Coberta é de \$ 500 por Profissional, por ano civil.

Despesas de cirurgias realizadas por um Podólogo estão sujeitas a um benefício máximo de \$ 200 por pessoa, por ano civil.

### ***Radiografias de quiropraxia***

Despesas de radiografias solicitadas por um quiroprático até um valor máximo de benefício de \$ 45 por pessoa coberta, por ano civil.

### ***Optometrista***

Despesas de serviços de um Optometrista para terapia motora visual, sujeito a um pagamento de benefício máximo de \$ 10 por meia hora.

### ***Ortoprótese personalizada***

Despesas de ortoprótese personalizada para pés especialmente concebida e moldada para a Pessoa Coberta e que são necessárias para corrigir uma incapacidade física diagnosticada, sujeito a um pagamento máximo de benefício de \$ 500 em qualquer período consecutivo de 24 meses.

### ***Sapatos ortopédicos***

Despesas com sapatos ortopédicos especialmente concebidos e moldados para a Pessoa Coberta e que são necessários para corrigir uma incapacidade física diagnosticada, sujeito a um pagamento máximo de benefício de \$ 500 em qualquer período consecutivo de 24 meses.

### ***Aparelhos Auditivos***

Despesas de aquisição de aparelhos auditivos (excluindo pilhas), sujeito a um pagamento máximo de benefício de \$ 500 em qualquer período consecutivo de 36 meses.

### ***Testes laboratoriais e radiografias***

Despesas razoáveis e habituais relativas a exames laboratoriais e radiografias, quando não cobertos pelo plano de saúde provincial da Pessoa Coberta.

### ***Hospital de reabilitação***

O Plano cobre custos razoáveis e habituais de um hospital de reabilitação licenciado quando a Pessoa Coberta é admitida imediatamente após um mínimo de três dias consecutivos de internação hospitalar. A cobertura está sujeita a uma taxa máxima diária de \$ 30 para acomodação em quartos semi-privados e para não mais de 120 dias de internamento por incapacidade. O internamento deve ter como objetivo o cuidado continuado da mesma condição para a qual a Pessoa Coberta foi hospitalizada e deve ter início antes do 65.º aniversário da Pessoa Coberta.

***Enfermagem no serviço privado***

Despesas pelos serviços de um Enfermeiro Registado (ER) que são prestados enquanto a Pessoa Coberta não está internada num hospital, sujeito a um pagamento total máximo de \$ 10.000 por ano civil, desde que o enfermeiro em questão não resida na casa da Pessoa Coberta nem seja um familiar da Pessoa Coberta. Estas despesas serão consideradas despesas elegíveis apenas se forem recomendadas por um médico e apenas se forem medicamente necessárias.

***Equipamento médico duradouro***

Despesas de aluguer (ou aquisição de acordo com a opção do Plano) de equipamento médico ou cirúrgico duradouro exigido para fins terapêuticos e conforme aprovado pelo Plano.

***Outro equipamento médico***

Despesas de aluguer, ou aquisição de acordo com a opção do Plano, de suportes e muletas e a aquisição de próteses.

***Meias cirúrgicas***

As despesas de meias para cotos são limitadas a seis pares por ano civil para cada Pessoa Coberta.

***Outras meias***

As despesas de meias elásticas são limitadas a dois pares por ano civil para cada Pessoa Coberta.

***Serviços ambulatoriais***

Despesas razoáveis e habituais para serviços ambulatoriais profissionais, exceto companhias aéreas, de e para o hospital mais próximo qualificado para a prestação do tratamento necessário.

***Transporte médico***

Despesas de transporte médico de emergência por companhia aérea dentro da província de residência da Pessoa Coberta, de e para o hospital mais próximo qualificado para a prestação do tratamento médico necessário. O transporte em questão está sujeito a um pagamento de benefício máximo igual à passagem aérea económica da Pessoa Coberta e, se for medicamente necessário, um assistente médico que não tenha a mesma residência da Pessoa Coberta e que não seja um familiar da Pessoa Coberta.

***Odontologia em caso de acidente***

Despesas pelo tratamento dentário necessário como resultado de uma lesão acidental nos dentes naturais desde que o acidente tenha ocorrido enquanto a Pessoa Coberta era elegível para os benefícios previstos neste Plano. Apenas as despesas diretamente relacionadas com uma lesão acidental (conforme determinado pelo Plano) são consideradas despesas médicas cobertas. O benefício máximo devido é de \$ 5.000 por acidente odontológico. O trabalho odontológico deve ser concluído dentro de 12 meses do acidente para ser considerado uma despesa médica elegível.

## LIMITAÇÕES E EXCLUSÕES DE CUIDADOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES

As despesas elegíveis de Cuidados de saúde complementares indicadas acima estão sujeitas às seguintes limitações e/ou exclusões de cobertura. Também deve ser feita referência às exclusões sob a cobertura de medicamentos do Plano. O Plano não pagará:

1. despesas que são considerados um serviço segurado de qualquer plano de saúde provincial ou plano governamental no momento em que a apólice/benefício foi emitida e subsequentemente modificada, suspensa ou descontinuada;
2. despesas para exames de saúde geral e exames necessários para a utilização por parte de um terceiro;
3. despesas por um procedimento cirúrgico ou tratamento realizado principalmente para embelezamento ou cobranças pelo internamento hospitalar devido ao procedimento cirúrgico ou tratamento em questão;
4. despesas de tratamento médico ou procedimento cirúrgico realizado por um médico;
5. despesas de transporte ou viagem, salvo as especificamente previstas nas despesas elegíveis;
6. despesas de serviços ou suprimentos fornecidos sem a recomendação e aprovação de um médico a exercer funções no âmbito da sua licença;
7. despesas que não são medicamente necessárias para o cuidado e tratamento de qualquer lesão, doença ou gravidez existente ou suspeita;
8. despesas que resultam de uma lesão ou doença no trabalho coberta por qualquer lei do WSIB ou legislação semelhante, inclusive de um acidente de viação;
9. despesas que geralmente não seriam feitas, exceto pela presença deste seguro ou as quais a Pessoa Coberta não é obrigada a pagar;
10. despesas não permitidas no Plano, de acordo com quaisquer leis ou regulamentos.
11. despesas de trabalho odontológico em que um terceiro é responsável pelo pagamento de tais despesas;
12. despesas de lesões físicas resultantes direta ou indiretamente de guerra ou ato de guerra (declarado ou não declarado), insurreição ou motim, ou hostilidades de qualquer tipo;
13. despesas por serviços ou suprimentos resultantes de quaisquer lesões intencionalmente autoinfligidas;
14. despesas de medicamentos, soros, medicamentos injetáveis ou suprimentos que não são aprovados pela Health Canada com um certificado de conformidade ou que não têm um Número de Identificação do Medicamento (DIN) ou são experimentais ou de utilização limitada, sejam ou não aprovados;

15. despesas de medicamentos, soros, medicamentos injetáveis ou suprimento administrado em ambiente hospitalar, sejam administrados em regime de internamento ou ambulatório, exceto nos casos previstos no benefício de Despesas fora do Canadá/Assistência de emergência em viagem;
16. despesas de procedimentos médicos experimentais ou tratamentos não aprovados pela Associação Médica Canadiana ou pela sociedade de especialidades médicas apropriada;
17. despesas cobradas por um médico por viagens, consultas interrompidas, custos de comunicação, preenchimento de formulários ou suprimentos médicos;
18. despesas não especificadas nas listas anteriores de despesas elegíveis nos Cuidados de saúde complementares;
19. despesas por serviços ou suprimentos resultantes de lesão ou doença que ocorram enquanto o Membro do Plano estiver em serviço ativo nas Forças Armadas de qualquer país, estado ou organização internacional;
20. despesas por serviços ou suprimentos resultantes de um acidente que ocorre enquanto o Membro do Plano está a conduzir um veículo motorizado e o seu sangue contém mais de 80 miligramas de álcool em 100 mililitros de sangue (0,08%) ou mais do que o limite legal de álcool no local de ocorrência do acidente;
21. despesas por serviços ou suprimentos resultantes da tentativa ou reclamação do Membro do Plano no cometimento de uma infração penal;
22. as despesas elegíveis resultantes de um acidente de viação serão consideradas elegíveis apenas após terem sido apresentadas pela primeira vez à sua seguradora automóvel (sujeito à legislação aplicável).

## **EXTENSÃO DA COBERTURA DO BENEFÍCIO DO SOBREVIVENTE PARA DEPENDENTES**

Após o falecimento de um Membro do Plano elegível, os dependentes sobreviventes elegíveis (Cônjuge e Filhos) continuarão a receber cobertura para o benefício de Cuidados de saúde complementares durante até 30 meses. Esse período é iniciado após a conta bancária do membro do plano no Dollar Bank ter sido esgotada. Nenhum prêmio ou contribuição será necessário para continuar a cobertura durante o período de Extensão de Benefício do Sobrevivente.

## **RESCISÃO DO BENEFÍCIO DOS CUIDADOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES**

A cobertura do benefício dos Cuidados de saúde complementares de um Membro do Plano será rescindida no dia em que o Membro do Plano se aposentar e tiver esgotado o valor na sua Conta no Dollar Bank. A cobertura para um Membro do Plano e os seus Dependentes também será rescindida conforme descrito anteriormente na secção **Informações de elegibilidade** deste Manual.

## DOCUMENTOS PARA A RECLAMAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES OBRIGATÓRIOS

Nenhum pagamento de benefício será efetuado a um Membro do Plano salvo quando um Formulário de reclamação preenchido e todos os outros documentos exigidos sejam enviados para o Escritório de Administração do Plano (e/ou a empresa contratada pela Seguradora para prestar os serviços de Assistência de emergência em viagem, quando aplicável) dentro do período de tempo especificado para o envio de uma reclamação. Consulte as disposições sobre o **Prazo para a apresentação de reclamações** na secção **Regras e Disposições Gerais do Plano** deste Manual.

Não é necessário qualquer formulário de solicitação para o Cartão de benefícios e/ou o envio da reclamação online. No caso de reclamações efetuadas eletronicamente, pode ser solicitado aos Membros que enviem os seus recibos para o Escritório de Administração do Plano. Estas auditorias aleatórias garantem que o Plano está protegido. Os recibos devem, portanto, ser guardados durante 13 meses.

## BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM (ETA)

### CARTÃO DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM

O Benefício de Assistência de emergência em viagem do Plano é prestado pela Green Shield Canada (GSC). Os serviços de Assistência em Viagem e Assistência Médica de Emergência descritos abaixo estão disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana, por parte da organização internacional de assistência médica Allianz Global Assistance.

Os Membros do Plano e os seus Cônjuges elegíveis receberão um Cartão de Benefícios que inclui todo o Plano necessário e informações de contacto para aceder a este Benefício a qualquer momento. No caso de Dependentes que estão a viajar sem um Membro do Plano ou um Cônjuge, o Escritório de Administração do Plano pode fornecer um cartão ETA separado.

**É importante estar ciente de que a Pessoa Coberta deve contactar a GSC Emergency Travel Assistance dentro de 48 horas do início do tratamento.**

### SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA PRÉ-VIAGEM

O Benefício ETA pode não cobrir despesas relacionadas com uma situação de assistência médica de emergência ou em viagem se a Pessoa Coberta estiver a viajar para determinados países que estão sob coação. A Assistência em viagem da GSC deve ser contactada antes de viajar para garantir que o destino seja um país onde a cobertura da ETA será fornecida. A Assistência em viagem da também pode ser contactada antes da partida para obter informações atualizadas sobre os requisitos de passaporte, visto, vacinação e inoculação para o país de destino pretendido.

Embora não seja um substituto para entrar em contacto com a Assistência em viagem da GSC, o site do Departamento de Negócios Estrangeiros e Comércio Internacional do Canadá (DFAIT) fornece informações extensas sobre vários destinos e se determinadas viagens não são atualmente recomendadas a canadianos pelo governo federal canadiano. Recomenda-se que estas informações seja revistas antes da partida.

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

### CONTACTAR A ASSISTÊNCIA EM VIAGEM DA GSC

Os números de telefone da Assistência em viagem da GSC que também aparecem no verso do Cartão de Benefícios do Plano são:

**No Canadá e nos Estados Unidos da América: 1-800-936-6226**

**Chamada a cobrar no destino noutros locais: 1-519-742-3556**

Ao solicitar assistência ou explicar a sua emergência médica, indique o número do grupo de assistência em viagem da GSC **4932**. A equipa de Assistência em viagem da GSC também necessitará o número exclusivo de identificação da GSC de membro de plano da Pessoa

Coberta. Todas estas informações aparecem no Cartão de Benefícios do Plano. Além disso, o número do plano de saúde provincial da Pessoa Coberta pode ser necessário e também útil no momento da chamada.

Ao ligar a cobrar no destino enquanto viaja para fora do Canadá e dos Estados Unidos da América, pode necessitar de um Código de chamadas da Canada Direct. Caso não seja possível realizar uma chamada a cobrar no destino, guarde os seus recibos das chamadas telefónicas feitas à Assistência em viagem da GSC e envie-os para reembolso quando voltar ao Canadá.

## **PAGAMENTO E COORDENAÇÃO DE RECLAMAÇÕES**

Na maioria dos casos, a Allianz Global Assistance coordenará o pagamento de reclamações com o prestador de serviços médicos. No entanto, para despesas incorridas inferiores a \$ 200, a Pessoa Coberta deve efetuar o pagamento diretamente ao prestador de serviços médicos e, de seguida, enviar os recibos ao Plano para reembolso. O Plano avaliará o valor devido de acordo com o plano de saúde provincial da Pessoa Coberta, e este Plano e fornecerá o reembolso do valor de quaisquer despesas elegíveis.

Se um hospital ou outro prestador de serviços médicos exigir um depósito ou pagamento integral pelos serviços prestados, e as despesas excederem \$ 200 (canadianos), o pagamento dessas despesas será providenciado pela Allianz Global Assistance e as reclamações serão coordenadas em nome da Pessoa Coberta.

O pagamento e a coordenação de despesas terá em conta a cobertura para a qual a Pessoa Coberta é elegível nos termos do seu plano de saúde provincial e este Plano. Se estes pagamentos forem subsequentemente determinados como excedendo a quantidade de benefícios aos quais a Pessoa Coberta tem direito, a Green Shield Canada terá o direito de recuperar o montante excedente por atribuição de benefícios do plano de saúde provincial e/ou reembolso da Pessoa Coberta.

### ***Processo de cobertura médica de emergência***

Um Especialista em assistência multilíngue prestará orientação para as melhores instalações médicas disponíveis ou médico legalmente qualificado capaz de prestar os cuidados apropriados.

No momento da admissão num hospital ou ao consultar um médico ou cirurgião legalmente qualificado para tratamento de emergência, a Assistência em viagem da GSC garantirá ao prestador (hospital, clínica ou médico) que a Pessoa Coberta tem cobertura de plano de saúde provincial e benefícios de viagem da GSC. O prestador de serviços pode, então, cobrar diretamente à Assistência em viagem da GSC pela prestação desses serviços aprovados, em valores superiores a \$ 200.

A Equipa médica de assistência da GSC acompanhará o progresso médico para garantir que a Pessoa Coberta está a receber o melhor tratamento médico disponível. Estes médicos também mantêm uma comunicação constante com o médico de família e os membros da família, dependendo da gravidade da sua condição.

Para despesas incorridas inferiores a \$ 200, a Pessoa Coberta deve efetuar o pagamento diretamente ao prestador de serviços médicos e, de seguida, enviar os recibos para

reembolso. A Assistência em viagem da GSC avaliará o valor devido de acordo com o plano de saúde provincial da Pessoa Coberta e fornecerá o reembolso do valor de quaisquer despesas elegíveis.

Se um hospital ou outro prestador de serviços médicos exigir um depósito ou pagamento integral pelos serviços prestados, e as despesas excederem \$ 200 (canadianos), o pagamento dessas despesas será providenciado pela Assistência em viagem da GSC e as reclamações serão coordenadas em nome da Pessoa Coberta.

O pagamento e a coordenação de despesas terá em conta a cobertura para a qual a Pessoa Coberta é elegível nos termos do seu plano de saúde provincial e este Plano. Se estes pagamentos forem subsequentemente determinados como excedendo a quantidade de benefícios aos quais a Pessoa Coberta tem direito, a Green Shield Canada terá o direito de recuperar o montante excedente por atribuição de benefícios do plano de saúde provincial e/ou reembolso da Pessoa Coberta.

## **VALORES MÁXIMOS DO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM**

### ***Cobertura médica de emergência***

A cobertura é oferecida com um máximo de \$ 5.000.000 por Pessoa Coberta, por incidente, para despesas incorridas como resultado de uma emergência médica súbita e não prevista e/ou para serviços de assistência de viagem de emergência durante a viagem fora da sua província de residência.

Não há limitação no número de viagens, mas a cobertura é fornecida por um período máximo de 60 dias consecutivos por viagem.

### ***Cobertura dos serviços de assistência de emergência em viagem***

É fornecida cobertura para vários serviços de assistência de viagem específicos para ajudar com qualquer emergência em viagem.

### ***Cobertura de indicação médica***

É fornecida cobertura para serviços médicos que foram indicados fora da província de residência quando não estão prontamente disponíveis na província de residência. A cobertura está sujeita a um máximo de \$ 50.000 por Pessoa Coberta, por ano civil.

## **DETALHES DA COBERTURA DE REFERÊNCIA E MÉDICA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM**

É fornecida cobertura relativa a despesas elegíveis que surgem como resultado de uma **emergência médica** enquanto os Membros do Plano e/ou os seus Dependentes elegíveis estão a viajar temporariamente fora da província de residência regular por motivo de férias, profissional ou de educação.

**Para se qualificar para benefícios, a Pessoa Coberta deve estar devidamente inscrita no respetivo plano de saúde do governo provincial ou equivalente no momento em que as despesas são incorridas.**

Os benefícios elegíveis da ETA serão considerados com base nos custos razoáveis e habituais na área em que foram recebidos, menos a quantia devida pelo plano de seguro de saúde do governo provincial aplicável.

Todos os valores máximos e limitações em dólares são indicados na moeda canadiana. O reembolso será feito em fundos canadianos ou em fundos dos EUA, tanto aos prestadores de serviços médicos como à Pessoa Coberta, com base no país do beneficiário. Para pagamentos que requerem conversão de divisas, a taxa de câmbio utilizada será a taxa em vigor na data do serviço da reclamação.

Quando uma Pessoa Coberta é notificada da sua necessidade de receber tratamento por uma lesão acidental ou emergência médica, **a Pessoa Coberta deve entrar em contacto com a Assistência em viagem da GSC dentro de 48 horas do início do tratamento.**

Entende-se por **emergência** uma lesão súbita e inesperada, doença ou episódio agudo de uma doença que requer atenção médica imediata e que não poderia ter sido razoavelmente prevista com base na condição médica anterior do paciente. Inclui tratamento (não eletivo) para o alívio imediato de dores intensas, sofrimento ou doença que não pode ser adiada até que o beneficiário ou o seu dependente seja medicamente capaz de regressar à sua província de residência. Quaisquer procedimentos invasivos ou de investigação devem ser aprovados previamente pela Equipa médica de assistência da GSC.

### ***Benefícios elegíveis***

Os benefícios elegíveis estão limitados aos dias máximos por viagem supracitados, com início na data de partida da província de residência. Se uma Pessoa Coberta está internada no último dia indicado no plano de benefícios, os benefícios serão prorrogados até à data da alta médica.

1. Serviços hospitalares e internamento até uma taxa de enfermagem padrão num hospital geral público;
2. Serviços médicos e/ou cirúrgicos prestados por um médico ou cirurgião legalmente qualificado para aliviar os sintomas ou tratar uma doença ou lesão imprevista;
3. Transporte de emergência
  - Ambulância terrestre de transporte para as instalações médicas qualificadas mais próximas
  - Ambulância aérea - o custo de transporte aéreo (incluindo um assistente médico, quando necessário) entre hospitais e para internamento hospitalar no Canadá, quando aprovado previamente pelo plano de saúde provincial, ou para as instalações médicas qualificadas mais próximas.

4. Serviços de indicação para procedimentos médicos
  - a) Serviços hospitalares e internamento até uma taxa de enfermaria padrão num hospital geral público, e/ou
  - b) Serviços médicos e/ou cirúrgicos prestados por um médico ou cirurgião legalmente qualificado;
    - Antes do início de qualquer tratamento indicado, deve ser obtida uma autorização prévia por escrito por parte do seu plano de seguro de saúde provincial e da GSC. O plano de saúde provincial pode cobrir este Benefício por indicação na totalidade. A Equipa médica de assistência da GSC deve receber uma carta do médico responsável, indicando o motivo da indicação, e uma carta do plano de saúde provincial, delineando a sua responsabilidade. O não cumprimento na obtenção de uma autorização prévia resultará em não pagamento
5. Serviços de Enfermeiro privado registado até o máximo de \$ 5.000 por ano, à taxa razoável e habitual cobrados por um enfermeiro qualificado (EQ) registado no foro em que o tratamento é prestado. A Assistência em viagem da GSC deve ser contactada para aprovação prévia;
6. Testes laboratoriais diagnósticos e radiografias quando prescritas pelo médico assistente. Exceto em situações de emergência, a Assistência em viagem da GSC deve aprovar previamente estes serviços (por exemplo, cateterismo cardíaco ou angiografia, angioplastia e cirurgia de bypass);
7. Reembolso de receitas de medicamentos, soros e medicamentos injetáveis que, por lei, requerem receita médica e são receitados por um médico legalmente qualificado (vitaminas, medicamentos proprietários e patenteados não estão incluídos).

Enviar à Assistência em viagem da GSC o recibo original pago ao farmacêutico, médico ou hospital fora da província de residência, contendo o nome do médico que passou a receita, o número da receita, o nome da preparação, a data, a quantidade e o custo total;

8. Aparelhos médicos, incluindo gesso, muletas, bengalas, lingas, talas e/ou o aluguer temporário de uma cadeira de rodas quando considerados clinicamente necessários e exigidos devido a um acidente que ocorra e quando os dispositivos forem obtidos fora da província de residência;
9. Tratamento realizado por um dentista apenas quando necessário devido a um golpe acidental direto na boca até um máximo de \$ 2.000. Os tratamentos (antes do início e depois do regresso à província de residência) devem ser fornecidos no prazo de 90 dias após o acidente. Os detalhes do acidente devem ser facultados à Assistência em viagem da GSC juntamente com radiografias dentárias;

10. Regressar à província de residência quando a doença ou lesão de emergência é tal que:

- A Equipa médica de Assistência em viagem da GSC especifica por escrito que é necessário um regresso imediato à província de residência para a prestação de cuidados médicos imediatos; será efetuado o reembolso do custo adicional incorrido na aquisição de uma passagem aérea, mais uma passagem aérea adicional, se necessário, para acomodar uma maca, para fazer o regresso da Pessoa Coberta pela rota mais direta até ao terminal aéreo mais próximo do ponto de partida na província de residência

Este benefício pressupõe que a Pessoa Coberta não possui uma passagem aérea válida de regresso aberta. Não são incluídas despesas de atualização, impostos de embarque, coimas por cancelamento ou tarifas aéreas para familiares ou amigos acompanhantes;

- A Equipa médica de Assistência em viagem da GSC ou a companhia aérea estipula por escrito que a Pessoa Coberta deve ser acompanhada por um assistente médico qualificado; será efetuado um reembolso pelo custo incorrido relativo a uma passagem aérea económica de ida e volta e pela taxa razoável e habitual cobrada por um assistente médico que não tenha um relacionamento familiar biológico, por adoção ou legal com o membro e que esteja registado no foro em que o tratamento é fornecido, além de despesas com refeições e estadia, se exigido pelo assistente.

11. Custo de Devolução do veículo a motor pessoal da Pessoa Coberta à sua residência ou agência de aluguer de veículos mais próxima, quando esta estiver incapaz de conduzir devido a doença, lesão física ou morte, até um máximo de \$ 1.000 por viagem. São necessários os recibos originais relativos aos custos incorridos, ou seja, combustível, estadia e passagens aéreas;

12. As refeições e estadias até \$ 1.500 (máximo de \$ 150 por dia durante até 10 dias) serão reembolsadas pelos custos adicionais de estadia em hotéis comerciais e refeições incorridos pela Pessoa Coberta quando permanecer com um acompanhante de viagem ou um Dependente elegível, quando a viagem é adiada ou interrompida devido a uma doença, lesão acidental ou morte de um companheiro de viagem. Isto deve ser verificado por escrito pelo médico ou cirurgião legalmente qualificado e apoiado com os recibos originais de uma organização comercial;

13. Transporte para acompanhamento em caso de internamento, incluindo passagem aérea económica de ida e volta pela rota mais direta da província de residência, para qualquer cônjuge, pai/mãe, filho(a), irmão ou irmã, e até \$ 150 por dia durante no máximo 5 dias para refeições e estadia num estabelecimento comercial será pago a esse membro da família para:

- acompanhar a Pessoa Coberta ou qualquer Dependente coberto em caso de internamento hospitalar. Este benefício requer que a Pessoa Coberta seja, eventualmente, um paciente internado durante pelo menos 7 dias fora da província de residência, além da verificação por escrito do médico assistente de que a situação é grave o suficiente para que a visita seja justificada
  - identificar uma pessoa falecida antes da libertação do corpo
14. Passagem aérea de regresso caso o veículo pessoal do Membro do Plano ou Dependente elegível seja roubado ou esteja inutilizável devido a um acidente; será efetuado um reembolso pelo custo de uma passagem aérea económica de ida e volta para que a Pessoa Coberta possa regressar pela rota mais direta até ao principal aeroporto mais próximo do ponto de partida na província de residência. É necessário um relatório oficial da perda ou acidente;
15. Devolução de falecido até um máximo de \$ 5.000 em relação ao custo de embalsamamento ou cremação em preparação para o transporte domiciliar num recipiente apropriado para uma Pessoa Coberta quando a morte é causada por doença ou acidente. O corpo será devolvido ao aeroporto mais próximo do ponto de partida na província de residência. O benefício exclui o custo de um caixão funerário ou quaisquer despesas relacionadas ao funeral, maquilhagem, roupas, flores, cartões de homenagem, aluguer de igreja, etc.

## SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM

Os seguintes serviços estão disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana, através da organização internacional de serviços médicos da GSC. Estes serviços incluem:

- Acesso à assistência pré-viagem (antes da partida): Códigos de chamadas da Canada Direct; informações sobre vacinas; avisos de viagem emitidos pelo governo; e vistos/documentos necessários para a entrada no país de destino
- Assistência multilíngue
- Assistência na localização do local de atendimento médico mais próximo e adequado
- Redes internacionais de prestadores preferidas
- Serviços de consultoria da Equipa médica de assistência em viagem da GSC, incluindo segunda opinião e revisão de adequação e análise da qualidade do atendimento médico
- Assistência no estabelecimento de contacto com família, médico e entidade patronal, conforme apropriado
- Monitorização do progresso durante o tratamento e a recuperação
- Serviços de transmissão de mensagens de emergência
- Serviços de tradução e indicações de intérpretes locais, conforme necessário
- Verificação de cobertura que permite a entrada e admissão em hospitais e outros prestadores de cuidados médicos
- Assistência especial relativa à coordenação do Pagamento Direto de reclamações
- Coordenação de serviços consulares e de embaixadas
- Gestão, organização e coordenação de transporte médico de emergência e evacuação, conforme necessário
- Gestão, organização e coordenação do repatriamento de restos mortais
- Assistência especial na organização de planos de viagem interrompidos resultantes de situações de emergência, incluindo:
  - regresso de companheiros de viagem não acompanhados
  - viagem para a acompanhamento em caso de internamento de uma pessoa impossibilitada de viajar
  - reorganização de emissão de bilhetes devido a acidente ou doença e outras emergências relacionadas com viagens
  - regresso de um veículo motorizado pessoal ocioso e pertences relacionados
- Assistência de indicação legal informada
- Coordenação da obtenção de fianças e outros instrumentos legais
- Assistência especial na substituição de documentos de viagem perdidos ou furtados, incluindo passaportes

- Assistência de cortesia para garantir auxílio em caso de incidente e outros serviços relacionados com viagens
- Assistência de emergência e pagamento de despesas de saúde significativas que representem montantes superiores a \$ 200

### LIMITAÇÕES DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM

1. A cobertura entra em vigor no momento em que a Pessoa Coberta cruza a fronteira provincial que parte da sua província de residência e termina quando cruza a fronteira de regresso à sua província de residência no regresso a casa. Se a pessoa estiver a viajar de avião, a cobertura entrará em vigor no momento em que o avião descolar na província de residência e terminará quando o avião aterrar na província de residência no regresso a casa;
2. Após a notificação da necessidade de tratamento de uma lesão acidental ou emergência médica, a Equipa Médica de Assistência da GSC reserva-se o direito de determinar se a repatriação da pessoa é a ação mais adequada caso o problema médico do paciente exija cuidados imediatos ou programados. Esta repatriação é obrigatória se a Equipa Médica de Assistência da GSC determinar que o paciente está clinicamente apto a viajar e se forem tomadas as devidas providências para admitir o paciente no sistema de saúde governamental da sua província de residência. A repatriação assegurará a continuidade da cobertura do plano. Caso o paciente opte por não ser repatriado ou opte por receber tal tratamento ou cirurgia fora da sua província de residência, as despesas do tratamento continuado não constituirão um benefício elegível;

O paciente deve contactar a Assistência em Viagem da GSC no prazo de 48 horas após o início do tratamento. Se a Assistência em Viagem da GSC não for notificada no espaço de 48 horas, os benefícios poderão ser limitados apenas às despesas incorridas nas primeiras 48 horas do tratamento/incidente ou ao Máximo do Benefício, o que for inferior;

3. Os serviços de ambulância aérea apenas serão elegíveis se:
  - forem previamente aprovados pela Assistência em Viagem da GSC
  - existir uma necessidade médica de a Pessoa Coberta ficar confinada a uma maca ou de um assistente médico acompanhar a pessoa durante a viagem
  - a Pessoa Coberta for admitida diretamente num hospital na província de residência
  - os relatórios ou certificados médicos dos médicos emissores e recetores legalmente qualificados forem enviados à Assistência em Viagem da GSC
  - for enviado um comprovativo de pagamento (incluindo comprovativos de passagens aéreas ou faturas de transportadoras aéreas) à Assistência em Viagem da GSC
4. Se estiver a planear viajar para áreas de agitação política ou civil, ou para zonas onde o Departamento de Relações Exteriores e Comércio Internacional do Canadá (DFAIT) tenha emitido um aviso formal em relação a viagens não essenciais, contacte a Assistência em Viagem da GSC para obter alguns conselhos antes da sua viagem, uma vez que podemos não conseguir garantir os serviços de assistência;
5. A GSC reserva-se o direito, sem aviso prévio, de suspender, restringir ou limitar os seus serviços em qualquer zona em caso de agitação política ou civil, incluindo rebelião,

motins, revolta militar, agitação ou greve dos trabalhadores, força maior ou recusa dos serviços da GSC por parte das autoridades de um país estrangeiro. Isto inclui viagens para qualquer área se, no momento da reserva da viagem (incluindo qualquer atraso da mesma), ou antes da data de partida, o Departamento de Relações Exteriores e Comércio Internacional do Canadá (DFAIT) tiver emitido um aviso formal aconselhando os canadianos a evitar todas as viagens ou viagens não essenciais para esse país, região ou cidade específica devido a uma epidemia ou pandemia provável ou efetiva (viagens não essenciais serão consideradas como todas as que não envolvam uma emergência médica ou familiar significativa, como a morte de familiar).

## **EXCLUSÕES DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM**

1. Todas as despesas incorridas com o tratamento relacionadas direta ou indiretamente com um problema médico preexistente ou pré-diagnosticado que, no momento da partida da província de residência, não estava completamente estável (na opinião da Equipa Médica de Assistência da GSC) e em casos em que há evidências médicas que sugerem uma expectativa razoável de que poderia ser necessário tratamento ou hospitalização durante a viagem. A GSC reserva-se o direito de analisar as informações médicas no momento da reclamação.
2. Todas as despesas incorridas para um tratamento ou cirurgia que não sejam necessária para o alívio imediato de dor aguda ou sofrimento, conforme recomendado por um médico ou cirurgião legalmente qualificado. Os benefícios elegíveis não serão reembolsados por tratamentos ou cirurgias que possam ser razoavelmente adiados até ao regresso à província de residência;
3. Todas as despesas incorridas em tratamentos ou cirurgias não cobertos pelo plano de saúde provincial ou despesas incorridas em tratamentos ou cirurgias para os quais o plano de saúde provincial não forneceu qualquer pagamento;
4. Todas as despesas incorridas em serviços, tratamentos ou cirurgias depois de o paciente ter optado por não ser repatriado ou se optar por receber tal tratamento ou cirurgia fora da sua província de residência;
5. Todas as reclamações resultantes direta ou indiretamente de qualquer problema médico sofrido ou contraído num país, região ou cidade específica devido a uma epidemia ou pandemia se, no momento da reserva da viagem (incluindo qualquer atraso da mesma), ou antes da data de partida, o Departamento de Relações Exteriores e Comércio Internacional do Canadá (DFAIT) tiver emitido um aviso formal aconselhando os canadianos a evitar todas as viagens ou viagens não essenciais para esse país, região ou cidade específica. Nesta exclusão, um problema médico limita-se ao motivo pelo qual o aviso formal foi emitido e inclui complicações decorrentes de tal problema médico;
6. Tratamento ou serviços necessários para cuidados contínuos, curas de repouso, spas de saúde, cirurgias eletivas, check-ups ou viagens para fins médicos, mesmo que a viagem seja recomendada por um médico;
7. Tratamento ou serviços que a Pessoa Coberta decide realizar fora do Canadá quando a condição médica não impediria o regresso ao Canadá para receber tal tratamento;

8. Tratamento ou serviços necessários como resultado de suicídio, tentativa de suicídio, lesão intencionalmente autoinfligida da Pessoa Coberta, um companheiro de viagem ou um membro imediato da família enquanto são ou dementes;
9. Consumo abusivo ou excessivo de medicação, drogas ou álcool e as respectivas consequências, incluindo, e como resultado de, em associação a ou de qualquer forma associado à condução de um veículo motorizado prejudicada por drogas, álcool ou substâncias tóxicas ou um nível de álcool superior a 80 miligramas em 100 mililitros de sangue. (Veículo motorizado significa qualquer forma de transporte que seja propulsionada ou acionada por um motor e inclui, entre outros, um automóvel, caminhão, motociclo, ciclomotor, moto de neve ou barco);
10. Valores pagos ou devidos sob um Conselho de Segurança e Seguro no Local de Trabalho ou plano semelhante;
11. Atendimento hospitalar e médico para o parto se este ocorrer no espaço de 8 semanas da data de nascimento prevista a partir da data de partida, ou interrupção deliberada da gravidez;
12. Tratamento ou serviços prestados num hospital de cuidados crónicos ou psiquiátricos, unidade crónica de um hospital geral, centro de cuidados de longa permanência, spa de saúde ou lar de idosos;
13. Serviços recebidos de um quiroprático, quiropodista ou podólogo ou manipulação osteopática;
14. Cirurgia às cataratas ou compra de óculos ou aparelhos auditivos;
15. Quaisquer despesas incorridas durante qualquer viagem com o objetivo de procurar tratamento ou aconselhamento médico que não tenha sido previamente autorizado, conforme descrito nos serviços de indicação.

A GSC não assume responsabilidade nem será responsabilizada por qualquer aconselhamento médico prestado, o que não se limita a médicos, farmacêuticos ou outros profissionais de saúde ou instalações recomendadas pela Assistência em Viagem da GSC.

## **COBERTURA COMPLEMENTAR DE SAÚDE DUPLICADA**

As despesas elegíveis cobertas pelo benefício Complementar de Saúde, incorridas fora da província de residência da Pessoa Coberta, em caso de emergência médica durante a viagem, serão cobertas pelo Benefício de Assistência de Emergência em Viagem e não pelo Benefício de Saúde Complementar.

## **EXTENSÃO DA COBERTURA DO BENEFÍCIO DO SOBREVIVENTE PARA DEPENDENTES**

Em caso de falecimento de um Membro do Plano elegível, os dependentes sobreviventes elegíveis (Cônjuge e Filhos) continuarão a receber cobertura do Benefício de Assistência de Emergência em Viagem durante até 30 meses. Esse período é iniciado após a conta bancária do membro do plano no Dollar Bank ter sido esgotada. Nenhum prémio ou contribuição será necessário para continuar a cobertura durante o período de Extensão de Benefício do Sobrevivente.

## **CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM**

A cobertura do Benefício de Saúde Complementar e do Benefício de Assistência de Emergência em Viagem do Membro do Plano será rescindida no dia anterior ao dia de reforma do Membro do Plano ou ao dia em que complete 65 anos. A cobertura do Membro do Plano e dos seus Dependentes também será rescindida conforme descrito anteriormente na secção "Informações de Elegibilidade" deste Manual.

## **FORMULÁRIO DE PEDIDO DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM OBRIGATÓRIO**

Não será efetuado qualquer pagamento de benefícios a um Membro do Plano salvo quando um Formulário de reclamação preenchido e todos os outros documentos exigidos forem enviados ao Escritório de Administração do Plano e/ou à Green Shield Canada e/ou à empresa contratada pela Green Shield Canada para prestar os serviços de Assistência de Emergência em Viagem dentro do período de tempo especificado para o envio de uma reclamação. Consulte as disposições sobre os prazo para a apresentação de reclamações na secção "Regras e Disposições Gerais do Plano" deste Manual.

## BENEFÍCIO DE CUIDADOS DENTÁRIOS

Os Membros do Plano e os seus Cônjuges elegíveis receberão um Cartão de Benefícios que deverá ser utilizado para apresentar eventuais reclamações para muitas das despesas de dentárias elegíveis do Plano. A utilização do Cartão de Benefícios elimina a necessidade de preencher um formulário de solicitação e de esperar pelo reembolso das despesas.

### REEMBOLSO DE DESPESAS DENTÁRIAS

O Plano prevê o reembolso de despesas com Cuidados Dentários elegíveis, conforme indicado abaixo. Se as despesas incorridas forem superiores ao que é considerado elegível para reembolso, o Membro do Plano será responsável pela diferença de custo entre os encargos reais incorridos e os encargos que o benefício de Cuidados Dentários reembolsa.

#### *Nível de Reembolso*

- 100% para Serviços Básicos
- 50% para Serviços Avançados
- 50% para Serviços Ortodônticos

#### *Guia de taxas dentárias*

O pagamento dos benefícios será efetuado de acordo com o atual guia de despesas indicado pela associação odontológica, em vigor para médicos de clínica geral na província ou território onde o serviço odontológico é prestado na data em que as despesas dentárias são incorridas.

#### *Necessidade Médica e Custos Razoáveis e Habituais*

As despesas dentárias elegíveis também se baseiam na necessidade médica e em encargos razoáveis e habituais, quando aplicável.

### BENEFÍCIOS DE CUIDADOS DENTÁRIOS MÁXIMOS DEVIDOS

#### *Serviços Dentários Básicos e Avançados*

O benefício máximo anual de Cuidados Dentários devido por este Plano por todos os serviços de cuidados dentários combinados (excluindo serviços ortodônticos) é de \$ 2.500 por Pessoa Coberta, por ano civil.

#### *Serviços Ortodônticos*

O Benefício Ortodôntico Vitalício Máximo devido por cada Criança Dependente com idade inferior a 19 anos é de \$ 2.000.

### BENEFÍCIOS DENTÁRIOS ALTERNATIVOS

Se houver mais do que um método habitualmente utilizado e profissionalmente adequado para tratar lesões ou doenças nos dentes, o Plano reserva-se o direito de determinar as despesas elegíveis com base no benefício alternativo menos dispendioso.

## APRESENTAÇÃO DE UM PLANO DE TRATAMENTO DENTÁRIO (PREDETERMINAÇÃO)

Recomenda-se que as propostas de despesas dentárias que se preveja ultrapassarem os \$ 500 sejam revistas com antecedência pelo Escritório de Administração do Plano, mediante a apresentação de um Plano de Tratamento Dentário. É necessário apresentar o Plano de Tratamento Dentário antes que qualquer procedimento ortodôntico comece ou antes de os pagamentos de benefícios serem efetuados.

O Escritório de Administração do Plano irá indicar, com antecedência, o valor que o Plano irá reembolsar se o tratamento dentário proposto incluir serviços de Odontologia Restauradora ou Ortodôntica.

Para utilizar este serviço, o dentista da Pessoa Coberta deve contratar um Plano de Tratamento dentário que inclua radiografias pré-tratamento, se o tratamento proposto envolver a utilização de coroas ou pontes.

## DESPESAS DENTÁRIAS ELEGÍVEIS

Os encargos para os seguintes serviços e materiais dentários são elegíveis para reembolso.

### SERVIÇOS DENTÁRIOS BÁSICOS

#### *Serviços de Diagnóstico*

Procedimentos necessários para avaliação e/ou tratamento de condições existentes e para determinar se são necessários mais cuidados dentários.

- Exames orais de rotina, incluindo tratamento com flúor uma vez a cada 6 meses
- Um exame oral completo e diagnóstico uma vez a cada 24 meses
- Radiografias
- Moldes de estudo

#### *Serviços Preventivos*

Procedimentos destinados a eliminar ou reduzir a necessidade de tratamento odontológico no futuro.

- Raspagem e polimento (profilaxia) sujeitos a um máximo de 8 unidades (2 unidades para Crianças Dependentes com menos de 13 anos) por ano civil (em combinação com raspagem periodontal e alisamento radicular);
- Tratamento tópico com flúor;
- Retentores de espaço passivos, aqueles que não movem os dentes (apenas para Filhos Dependentes).

### ***Odontologia Restauradora Básica***

Procedimentos para restaurar dentes naturais à sua função normal com a utilização de amálgamas de prata, silicato ou restaurações sintéticas (obturações). Além disso, os curativos sedativos também estão cobertos.

### ***Extrações***

Remoção simples de dentes.

### ***Endodontia***

Procedimentos endodônticos de emergência e terapia conservadora do canal radicular.

### ***Periodontia***

- Os seguintes serviços com adjuvantes: raspagem, alisamento radicular (sujeito ao número máximo combinado de unidades indicadas acima nos "Serviços Preventivos"), infecções agudas, ajuste oclusal, imobilização provisória;
- Os seguintes serviços cirúrgicos: curetagem gengival, gengivoplastia, gengivectomia ou cirurgia óssea;
- Aparelhos periodontais especiais.

### ***Cirurgia Oral***

Procedimentos cirúrgicos orais de rotina: remoção cirúrgica de dentes inclusos, raízes residuais e cuidados pós-operatórios associados.

### ***Anestesia***

Anestesia sempre que razoável e habitualmente necessária em associação a outros procedimentos odontológicos cobertos.

### ***Reparações, Realinhamento e Redesenho de Próteses***

Reparação ou realinhamento e redesenho de próteses (uma vez a cada 3 anos), incluindo a adição de novos dentes, mas sem incluir o custo das próteses, a sua substituição ou duplicação.

## **SERVIÇOS DENTÁRIOS AVANÇADOS**

### ***Dispositivos Protéticos Removíveis***

A instalação inicial de próteses parciais ou totais, sujeita a condição preexistente, limitações nos dentes perdidos, extraídos ou fraturados antes de a pessoa se tornar segurada. A substituição de próteses existentes não será coberta, exceto se:

- a) a substituição for necessária devido à extração, perda ou fratura de um ou mais dentes naturais saudáveis após a pessoa passar a ser coberta pelo Plano; ou
- b) a substituição ocorrer mais de 12 meses depois de a Pessoa Coberta passar a ser coberta pelo Plano, e as próteses existentes tiverem pelo menos 5 anos e não já puderem ser reparadas.

A substituição de próteses perdidas ou roubadas, a duplicação de próteses e a personalização ou caracterização de próteses não estão cobertas.

### ***Odontologia Restauradora Extensa***

Procedimentos, incluindo inlays de ouro, onlays e coroas, que são utilizados para restaurar os dentes naturais às suas funções normais, caso os dentes, como resultado de cárie ou fratura extensa, não possam ser restaurados com preenchimento. Quando os dentes puderem ser restaurados com amálgama de prata, restaurações de silicato ou sintéticas, o benefício devido será determinado com base no custo habitual de tal restauração. Tais procedimentos estão sujeitos às limitações de condição preexistente em dentes perdidos, extraídos ou fraturados antes de serem cobertos.

### ***Dispositivos Protéticos Fixos***

A instalação inicial de dispositivos protéticos fixos, sujeita a condição preexistente, limitações nos dentes perdidos, extraídos ou fraturados antes de a pessoa se tornar segurada. Os serviços de recimentação e substituição de revestimento ou faceta do dispositivo protético fixo constituem despesas elegíveis. A substituição de dispositivos protéticos fixos existentes não é elegível, exceto se:

- (a) a substituição for necessária devido à extração, perda ou fratura de um ou mais dentes naturais saudáveis após a pessoa passar a ser coberta por este Plano; ou
- (b) a substituição ocorrer mais de 12 meses depois de a pessoa passar a ser coberta pelo Plano, e o dispositivo protético fixo existente tiver pelo menos 5 anos e não já puder ser reparado.

## **SERVIÇOS DENTÁRIOS DE ORTODONTIA**

Apenas Crianças Dependentes com menos de 19 anos estão cobertas pelos Serviços de Ortodontia. A cobertura inclui o diagnóstico e a correção de irregularidades dos dentes e a má oclusão das mandíbulas por aparelhos de arame, aparelhos ortodônticos ou outros dispositivos auxiliares mecânicos, procedimento habitualmente conhecido como "alinhamento dos dentes". Isto inclui retentores de espaço ativos ou aparelhos ortodônticos utilizados para reposicionar ou mover os dentes.

Os benefícios ortodônticos apenas serão devidos se o tratamento for necessário para uma mordida profunda de pelo menos quatro milímetros, uma mordida cruzada ou uma relação protrusiva ou retrusiva de pelo menos uma cúspide. Os Planos de Pré-Tratamento Ortodôntico devem ser enviados ao Escritório de Administração do Plano e posteriormente entregues ao Dentista para mostrar os benefícios estimados devidos pelo Plano antes do início do tratamento.

Um "Plano de Pré-Tratamento Ortodôntico" é um relatório (num formato satisfatório para o Plano) que descreve o tipo e a duração recomendados do tratamento, indica os custos

estimados e é acompanhado por radiografias cefalométricas, moldes de estudo e outras evidências de apoio do tratamento proposto.

O pagamento dos benefícios será efetuado quando o Plano de Pré-Tratamento Ortodôntico for aprovado pelo Escritório de Administração do Plano e o tratamento for iniciado.

Em todo o caso, as seguintes despesas ortodônticas não são elegíveis:

1. custos de procedimentos nos quais tenha sido instalado um aparelho ativo antes de a Pessoa Coberta estar coberta pelo Plano; e
2. despesas incorridas enquanto a cobertura da pessoa não estava em vigor. Se os pagamentos de benefícios forem efetuados até à cessação da cobertura de qualquer procedimento ortodôntico que tenha começado enquanto a pessoa estava coberta pelo Plano, estes continuarão a ser efetuados para despesas incorridas durante os 90 dias seguintes à data de cessação da cobertura. Exames orais, profilaxia dentária ou radiografias de diagnóstico não são considerados como o início de um procedimento ou uma série de tratamentos.

## **EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES DOS CUIDADOS DENTÁRIOS**

Não serão efetuados pagamentos de benefícios dentários por qualquer procedimento para tratar uma lesão ou doença dentária para a qual a Pessoa Coberta foi aconselhada a receber tratamento ou para a qual o tratamento foi iniciado antes de a pessoa passar a ter seguro para esse procedimento odontológico.

Não será efetuado qualquer pagamento de benefícios dentários por qualquer procedimento dentário relacionado com dentes extraídos, perdidos ou fraturados antes de a pessoa passar a ter seguro para esse procedimento, exceto no caso da substituição de aparelhos, conforme especificamente declarado nas Despesas Dentárias Elegíveis.

Não serão efetuados pagamentos pela instalação inicial ou adição de dispositivos protéticos, a menos que tal instalação ou adição seja necessária principalmente devido a dentes que foram perdidos, extraídos ou fraturados depois de cobertos pelo Plano.

Além das limitações e exclusões indicadas acima, não será devido qualquer pagamento por benefícios dentários por parte do Plano nos seguintes casos:

1. serviços ou materiais para efeitos de odontologia estética;
2. serviços ou materiais que não sejam fornecidos por um dentista, higienista ou protesista legalmente qualificado que trabalhe no âmbito da sua licença;
3. quaisquer custos por lesões resultantes de guerra, motim, insurreição ou participação em atos criminosos;
4. quaisquer custos diversos, tais como por aconselhamento ou instrução, viagens, compromissos interrompidos, custos de comunicação ou preenchimento de formulários;

5. quaisquer custos resultantes de danos autoinfligidos intencionalmente;
6. quaisquer serviços cobertos, no todo ou em parte, por um plano de saúde provincial, serviços para os quais não se efetue qualquer cobrança ou serviços que o Plano não está permitido por lei a cobrir;
7. quaisquer custos por serviços que normalmente não teriam sido incorridos, se não fosse a contratação deste seguro, ou para os quais não foram incorridos custos;
8. quaisquer despesas hospitalares por alojamento e alimentação e serviços e materiais relacionados;
9. exames odontológicos exigidos por terceiros;
10. procedimentos de diagnóstico relacionados com categorias de benefícios que estão excluídos como despesas elegíveis;
11. serviços ou materiais para implantologia;
12. serviços ou materiais que não sejam clinicamente necessários para o tratamento de uma lesão ou doença existente ou suspeita;
13. as despesas elegíveis resultantes de um acidente de viação serão consideradas elegíveis apenas após terem sido apresentadas pela primeira vez à sua seguradora automóvel (sujeito à legislação aplicável).

## **EXTENSÃO DA COBERTURA PARA PROCEDIMENTOS DENTÁRIOS ESPECÍFICOS**

Não serão efetuados pagamentos por despesas incorridas após a rescisão do Plano ou deste benefício ou após a cessação da cobertura da Pessoa Coberta no âmbito deste Benefício de Cuidados Dentários, à exceção de se completar a instalação de próteses ou o pagamento de despesas odontológicas em relação a uma prótese dentária, ponte ou coroa em que a impressão tenha sido tirada ou a terapia de canal tenha sido iniciada dentro de 30 dias em relação à rescisão da cobertura, desde que tal impressão tenha sido tirada antes da rescisão e as despesas sejam cobertas pelo Plano.

## **EXTENSÃO DA COBERTURA DO BENEFÍCIO DE CUIDADOS DENTÁRIOS DE SOBREVIVÊNCIA PARA DEPENDENTES**

Em caso de falecimento de um Membro do Plano elegível, os dependentes sobreviventes elegíveis (Cônjuge e Filhos) continuarão a receber cobertura do benefício de Cuidados Dentários durante até 30 meses. Esse período é iniciado após a conta bancária do membro do plano no Dollar Bank ter sido esgotada. Não será necessário pagar qualquer prémio ou contribuição durante o período de Extensão do Benefício de Sobrevivência.

## **RESCISÃO DO BENEFÍCIO DE CUIDADOS DENTÁRIOS**

A cobertura do benefício de Cuidados Dentários de um Membro do Plano será rescindida no dia em que o Membro do Plano se aposentar e tiver esgotado o valor na sua Conta no Dollar Bank. A cobertura para um Membro do Plano e os seus Dependentes também será rescindida conforme descrito anteriormente na secção **Informações de elegibilidade** deste Manual.

## DOCUMENTOS PARA O FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO DE CUIDADOS DENTÁRIOS OBRIGATÓRIO

Não serão efetuados pagamentos de benefícios ao Membro do Plano, a menos que um Formulário de reclamação preenchido e quaisquer outros documentos exigidos sejam submetidos ao Escritório de Administração do Plano e/ou aos responsáveis pelo Plano dentro do prazo especificado para o envio de tal reclamação. Consulte as disposições sobre o **Prazo para a apresentação de reclamações** na secção **Regras e Disposições Gerais do Plano** deste Manual.

Não é necessário qualquer formulário de solicitação para o Cartão de benefícios e/ou o envio da reclamação online. No caso de reclamações efetuadas eletronicamente, pode ser solicitado aos Membros que enviem os seus recibos para o Escritório de Administração do Plano. Estas auditorias aleatórias garantem que o Plano está protegido. Os recibos devem, portanto, ser guardados durante 13 meses.

## BENEFÍCIO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DO MEMBRO (MAP)

O Programa de Assistência aos Membros (MAP) é um serviço confidencial de aconselhamento, informação e indicação que se encontra disponível para os Membros do Plano e Dependentes elegíveis. Os serviços de aconselhamento são fornecidos pelos Programas de Assistência aos Funcionários dos Serviços Familiares (**FSEAP**). Uma Pessoa Coberta pode contactar o FSEAP 24 horas por dia, todos os dias do ano, ligando diretamente para o **1-800-668-9920**. Para serviços de TTY, ligue para o 1-888-234-0414.

Por vezes, as pessoas podem sentir-se assoberbadas com preocupações pessoais e com as tensões da vida quotidiana. Sempre que ocorrer uma situação de emergência ou crise e/ou sempre que seja necessária ajuda imediata, os conselheiros profissionais do FSEAP estão apenas a um telefonema de distância.

No entanto, nem todas as tensões da vida quotidiana representam uma emergência. Os Membros do Plano e os seus Dependentes podem optar por falar com um conselheiro do FSEAP sobre uma série de questões pessoais, como ansiedade, depressão, problemas no relacionamento ou dependência (incluindo álcool e jogos de azar) ou receber apoio ou informações sobre cuidados, cuidados infantis, questões relacionadas com o trabalho, cessação do tabagismo, perda de peso, preocupações nutricionais e alimentares, ou mesmo assistência jurídica ou financeira.

As chamadas serão transferidas imediatamente para um conselheiro qualificado do FSEAP, que poderá fornecer assistência por telefone ou providenciar uma consulta de aconselhamento presencial. O FSEAP fornece aconselhamento confidencial no Canadá e nos Estados Unidos. Os funcionários do FSEAP incluem assistentes sociais e psicólogos experientes. Se for necessário aconselhamento a longo prazo ou especializado, o conselheiro

do FSEAP irá encaminhá-lo para outro especialista da sua comunidade. Esta indicação poderá implicar taxas. Para obter mais informações, visite:

- [www.myfseap.com](http://www.myfseap.com)
- Inicie sessão utilizando o "Nome do grupo": **toloc27map**
- Palavra-passe: **myfseap1**

## RESUMO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

O Programa de Assistência aos Membros fornece acesso direto a conselheiros profissionais experientes do FSEAP que podem ajudar a encontrar as respostas e os serviços certos. Abaixo estão apenas algumas das áreas de assistência confidencial disponíveis através do FSEAP:

- Estresse pessoal ou profissional
- Problemas com relacionamentos
- Depressão ou ansiedade
- Dependências ou vícios (incluindo álcool, abuso de substâncias e jogos de azar)
- Separação e divórcio
- Problemas parentais
- Cuidados infantis e geriátricos
- Equilíbrio da vida profissional e da vida familiar
- Assistência jurídica e financeira
- Consultas nutricionais, dietéticas e de perda de peso
- Cessaçãõ do tabagismo
- Aconselhamento de luto

## CESSAÇÃO DOS BENEFÍCIOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS MEMBROS

A cobertura do Programa de Assistência aos Membros de um Membro do Plano será rescindida no dia em que o Membro do Plano se aposentar e tiver esgotado o valor na sua Conta no Dollar Bank. A cobertura para um Membro do Plano e os seus Dependentes também será rescindida conforme descrito anteriormente na secção **Informações de elegibilidade** deste Manual.

## BENEFÍCIO POR LUTO/LICENÇA PARENTAL

O Benefício por Luto/Licença Parental destina-se a fornecer assistência financeira aos Membros do Plano durante ausências do trabalho devido a determinados eventos da vida.

O Benefício por Luto/Licença Parental é auto-financiado. As regras de elegibilidade e as regras de cessação são as mesmas que as do Plano de Saúde e Bem-Estar. Para ser elegível para receber os benefícios, o Membro do Plano também deve ser Membro do Sindicato Local 27 ou 1030 e estar em situação regularizada.

## **BENEFÍCIO POR LUTO**

No infeliz caso da morte de um Familiar, o Membro do Plano será elegível para receber o Benefício por Luto do Plano, desde que o Membro do Plano tenha estado no trabalho no dia anterior à perda. Apenas os Membros do Plano são elegíveis para receber este benefício. Os Dependentes dos Membros do Plano não são elegíveis para receber este benefício.

## **QUEM SE QUALIFICA COMO "FAMILIAR"**

Para fins do Benefício por Morte de Familiar, o Plano define um "Familiar" elegível como os seguintes parentes do Membro do Plano:

- Cônjuge
- Filhos, incluindo genros e noras
- Pais, incluindo sogros
- Avós
- Irmãos, incluindo cunhados
- Irmãs, incluindo cunhadas

## **BENEFÍCIO DE LICENÇA PARENTAL**

Se um Membro do Plano tiver um recém-nascido, o Membro do Plano será elegível para receber o Benefício de Licença Parental do Plano desde que o Membro do Plano tenha estado no trabalho no dia anterior ao nascimento do filho e que o Membro do Plano fique ausente do trabalho imediatamente após o nascimento da criança. Apenas os Membros do Plano são elegíveis para receber este benefício. Os Dependentes dos Membros do Plano não são elegíveis para receber este benefício.

## **VALOR DO BENEFÍCIO**

O Benefício por Luto/Licença Parental paga, no máximo, \$ 150 por dia, até um máximo de 3 dias úteis. Não são devidos benefícios aos sábados e domingos. Os benefícios são devidos a partir do primeiro dia de salário perdido, desde que o Membro do Plano tenha estado no trabalho no dia anterior à perda ou nascimento. Não serão devidos Benefícios por Luto pelo tempo perdido após o funeral, a menos que o Membro do Plano seja obrigado a viajar para comparecer ao funeral.

## TRIBUTAÇÃO DOS PAGAMENTOS DE BENEFÍCIOS

O(s) pagamento(s) do Benefício por Luto e Licença Parental constituem rendimentos tributáveis ao Membro do Plano no ano civil em que foram pagos.

Em fevereiro de cada ano, o Membro do Plano que recebeu pagamentos de benefícios no ano civil anterior receberá uma declaração de impostos oficial que indica o valor total dos pagamentos de benefícios efetuados ao Membro do Plano no ano civil anterior.

O(s) pagamento(s) de benefícios efetuados ao Membro do Plano (indicados na declaração de impostos oficial) devem ser indicados na declaração de impostos anual do Membro do Plano.

## COMO AS RECLAMAÇÕES SÃO APRESENTADAS APRESENTADAS

Para apresentar uma reclamação para receber o benefício por Luto ou Licença Parental, o Membro do Plano tem de preencher o formulário de reclamação aplicável e fornecer prova suficiente da perda, incluindo:

- uma carta da entidade empregadora ou do Sindicato Local indicando que o Membro do Plano estava a trabalhar, o último dia de trabalho e os dias em que o Membro do Plano não trabalhou em virtude da licença
- um atestado de óbito ou uma declaração do agente funerário (para Benefícios por Luto)
- uma certidão de nascimento original do filho recém-nascido (para Benefícios de Licença Parental)

Os formulários de reclamação estão disponíveis no Escritório de Administração do Plano ou online no site para os Membros do Plano.

Os pedidos de Benefícios por Morte de Familiar ou Licença Parental têm de ser apresentados no prazo de 12 meses a contar da data do evento em questão. As reclamações tardias não serão pagas.

## CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO POR LUTO/LICENÇA PARENTAL

O Benefício por Luto/Licença Parental do Membro do Plano cessará no dia em que o membro do plano se aposentar e esgotar o valor na sua conta no Dollar Bank. A cobertura para um Membro do Plano e os seus Dependentes também será rescindida conforme descrito anteriormente na secção **Informações de elegibilidade** deste Manual.

## PLANO DE BONIFICAÇÃO PELA PRODUTIVIDADE

### DESCRIÇÃO GERAL DO PLANO

O Plano de Bónus pela Produtividade do Carpenters' Union Local 27 fornece aos Membros do Plano o direito a Bónus de Produtividade auferidos nos termos do acordo de negociação coletiva aplicável do Sindicato Local 27, por cada ano de benefícios. No âmbito do Plano, é efetuado um pagamento anual regular por Bónus de Produtividade a cada dia 1 de dezembro.

Os Membros do Plano também têm a opção de receber os benefícios do Bónus de Produtividade noutro momento durante o ano do benefício, desde que o pagamento opcional solicitado não esteja dentro de um período de 30 dias antes ou depois do dia 1 de dezembro.

O atual acordo aplicável de negociação coletiva do Sindicato Local 27 exige que todas as empresas/entidades empregadoras contribuintes façam uma contribuição para a Carpenters' and Allied Workerse Trabalhadores associados Local 27 – Fundo Fiduciário de Prémio de Produtividade do Departamento de Telhados e Revestimento. A contribuição do Bónus de Produtividade é expressa como percentagem dos pagamentos brutos recebidos em nome dos Membros do Plano e efetuada por empresas/entidades empregadoras contribuintes. A percentagem atualmente em vigor pode ser determinada pela revisão do atual acordo de negociação coletiva aplicável.

### PERGUNTAS FREQUENTES

As informações que se seguem fornecem respostas a perguntas comuns sobre o funcionamento do Plano de Bónus de Produtividade do Sindicato Local 27. Se tiver alguma dificuldade em compreender as regras do Plano de Bónus de Produtividade ou os seus direitos no âmbito do Plano, o Escritório de Administração do Plano terá todo o prazer em responder às suas perguntas.

#### *Como funciona o Plano?*

O Escritório de Administração do Plano estabelece e mantém uma "conta" de Bónus de Produtividade que regista todas as contribuições para o Bónus de Produtividade recebidas em nome de cada Membro do Plano e efetuadas por empresas/entidades empregadoras que tenham assinado o acordo de negociação coletiva aplicável.

As contas de Bónus de Produtividade são mantidas anualmente de 1 de novembro de cada ano a 31 de outubro do ano seguinte. As contas registam as contribuições para o Bónus de Produtividade recebidas em relação ao mês de trabalho de novembro de um ano, até ao final do mês de trabalho de outubro do ano seguinte.

#### *Como são investidas as contribuições para o Fundo? O que acontece aos rendimentos em forma de juros?*

O Conselho de Administração investe as contribuições para o Fundo Fiduciário de Bónus de Produtividade em títulos a curto prazo. Esse tipo de investimento oferece a melhor combinação de receitas em forma de juros e risco mínimo de investimento, garantindo que os fundos estão sempre disponíveis a curto prazo, se necessário. Os rendimentos em forma de

juros recebidos são utilizados para pagar os custos operacionais do Plano de Bónus de Produtividade e do Fundo de Bónus de Produtividade.

### ***Os Membros do Plano recebem 100% das contribuições para o Bónus de Produtividade?***

Os Membros do Plano recebem sempre 100% das contribuições para o Bónus de Produtividade pagas pela empresa/entidade empregadora aplicável.

### ***Como é que os Membros do Plano exercem o seu direito ao Bónus de Produtividade?***

O Plano tem um mecanismo de pagamento automático que ocorre em dezembro de cada ano. Por volta de 1 de dezembro de cada ano, o Escritório de Administração do Plano entrega um cheque ao Sindicato Local 27 por cada Membro do Plano elegível, que inclui todos os Bónus de Produtividade pagos pela empresa/entidade empregadora aplicável ao Membro do Plano durante o período de 12 meses encerrado a 31 de outubro.

Será fornecida uma declaração da conta de Bónus de Produtividade do Membro do Plano relativa ao período anterior de 12 meses juntamente com o cheque do Bónus de Produtividade que indica as contribuições mensais recebidas em nome do Membro do Plano, além da empresa/entidade empregadora que as efetuou. Será cobrada uma taxa de administração pelo Plano, conforme estabelecido pelos Administradores, por cada cheque de Bónus de Produtividade emitido.

### ***O Bónus de Produtividade pode ser pago antes de dezembro?***

Os Membros do Plano têm a opção de receber um Bónus de Produtividade adicional a cada ano. Para solicitar este pagamento opcional, o Membro do Plano tem de preencher o Formulário de Solicitação de Bónus de Produtividade, que se encontra disponível no Escritório de Administração do Plano.

O Plano não emite pagamentos opcionais dentro do período de 30 dias anterior ou posterior a 1 de dezembro (ou seja, não serão emitidos pagamentos opcionais pelo Plano entre 1 de novembro e 1 de janeiro do ano seguinte). Não serão efetuados pagamentos durante este período, porque o Plano está em processo de pagamento automático anual. Será cobrada uma taxa de administração pelo Plano, conforme estabelecido pelos Administradores, por cada pagamento opcional.

### ***É possível solicitar a reemissão do cheque de Bónus de Produtividade se este for perdido ou estiver caducado?***

Se um Membro do Plano perder o cheque de Bónus de Produtividade, ou se este caducar, o Escritório de Administração do Plano poderá reemitir o pagamento mediante solicitação. Será cobrada uma taxa de administração pelo Plano, conforme estabelecido pelos Administradores, se for emitido um novo cheque de substituição.

### ***O Bónus de Produtividade está sujeito ao Imposto de Rendimentos?***

Qualquer pagamento de Bónus de Produtividade emitido para um Membro do Plano é considerado, de acordo com as leis tributárias canadianas, um rendimento tributável ao Membro do Plano no ano civil no qual foi pago.

Em fevereiro de cada ano, o Membro do Plano que recebeu o Bónus de Produtividade no ano civil anterior receberá uma declaração de impostos oficial do Plano que indica o valor total do Bónus de Produtividade pago ao Membro do Plano no ano civil anterior.

## PLANO DE SUBSÍDIO DE FÉRIAS

### DESCRIÇÃO GERAL DO PLANO

O Plano de Subsídio de Férias do Carpenters' Union Local 1030 fornece aos Membros do Plano o direito ao Subsídio de Férias auferido nos termos do acordo de negociação coletiva aplicável do Sindicato Local 1030, por cada ano de benefícios. O Plano efetua um pagamento anual regular de férias pagas a cada dia 1 de novembro.

Os Membros do Plano também têm a opção de receber os benefícios do Subsídio de Férias noutro momento, desde que o pagamento opcional solicitado não esteja dentro de um período de 60 dias antes ou depois do dia 1 de novembro.

O atual acordo aplicável de negociação coletiva do Sindicato Local 1030 exige que todas as empresas/entidades empregadoras contribuintes façam uma contribuição para o Fundo Fiduciário de Pagamento de Férias Local 1030 da Carpenters. A contribuição para o Subsídio de Férias é expressa como percentagem dos pagamentos brutos recebidos em nome dos Membros do Plano e efetuada por empresas/entidades empregadoras contribuintes.

A percentagem atualmente em vigor pode ser determinada pela revisão do atual acordo de negociação coletiva aplicável.

### PERGUNTAS FREQUENTES

As informações que se seguem fornecem respostas a perguntas comuns sobre o funcionamento do Plano de Subsídio de Férias. Se tiver alguma dificuldade em compreender as regras do Plano de Subsídio de Férias ou os seus direitos no âmbito do Plano, o Escritório de Administração do Plano terá todo o prazer em responder às suas perguntas.

#### *Como funciona o Plano de Subsídio de Férias?*

O Escritório de Administração do Plano estabelece e mantém uma "conta" de Subsídio de Férias que regista todas as contribuições para o Subsídio de Férias recebidas em nome de cada Membro do Plano e efetuadas por empresas/entidades empregadoras que tenham assinado o acordo de negociação coletiva aplicável.

Essas contas do Subsídio de Férias são mantidas anualmente de 1 de novembro de cada ano a 31 de outubro do ano seguinte, registrando as contribuições para o Subsídio de Férias recebidas em relação ao mês de trabalho de setembro de um ano até ao final do mês de trabalho de agosto do ano seguinte.

### ***Como são investidas as contribuições para o Fundo Fiduciário de Subsídio de Férias?***

O Conselho de Administradores investe as contribuições para o Fundo Fiduciário de Subsídio de Férias em títulos a curto prazo. Esse tipo de investimento oferece a melhor combinação de receitas em forma de juros e risco mínimo de investimento, garantindo que os fundos estão sempre disponíveis a curto prazo, se necessário. Os rendimentos em forma de juros recebidos são utilizados principalmente para pagar os custos operacionais do Plano de Subsídio de Férias e do Fundo Fiduciário de Subsídio de Férias.

### ***Os Membros do Plano recebem 100% das contribuições para o Subsídio de Férias?***

Os Membros do Plano recebem sempre 100% das contribuições para o Subsídio de Férias a que têm direito, desde que a empresa/entidade empregadora aplicável tenha efetuado todas as contribuições para o Subsídio de Férias do Membro do Plano para o Fundo Fiduciário de Subsídio de Férias.

### ***Como é que os Membros do Plano exercem o seu direito ao Subsídio de Férias?***

O Plano tem um mecanismo de pagamento automático que ocorre em novembro de cada ano. Por volta de 1 de novembro de cada ano, o Escritório de Administração do Plano entrega um cheque ao Sindicato Local 1030 por cada Membro do Plano elegível, que inclui todos os Subsídios de Férias auferidos pelo Membro do Plano e pagos em nome do Membro do Plano durante o período de 12 meses encerrado a 31 de agosto.

Será fornecida uma declaração da conta de Subsídio de Férias do Membro do Plano relativa ao período anterior de 12 meses juntamente com o cheque do Subsídio de Férias que indica as contribuições do Subsídio de Férias recebidas em nome do Membro do Plano, além da empresa/entidade empregadora que as efetuou.

### ***O benefício do Subsídio de Férias pode ser pago antes do pagamento anual de novembro?***

Os Membros do Plano têm a opção de receber um Subsídio de Férias adicional a cada ano. Para solicitar este pagamento opcional, o Membro do Plano tem de preencher o Formulário de Solicitação de Subsídio de Férias, que se encontra disponível no Escritório de Administração do Plano.

O Plano não emite pagamentos opcionais dentro do período de 60 dias anterior ou posterior a 1 de novembro (ou seja, não serão emitidos pagamentos opcionais pelo Plano entre 1 de setembro e 1 de fevereiro do ano seguinte). Não serão efetuados pagamentos durante este período, porque o Plano está em processo de pagamento automático anual.

### ***É possível solicitar a reemissão do cheque de Subsídio de Férias se este for perdido ou estiver caducado?***

Se um Membro do Plano perder o cheque de Subsídio de Férias, ou se este caducar, o Escritório de Administração do Plano poderá reemitir o pagamento mediante solicitação.

***Há alguma taxa associada ao direito de Subsídio de Férias?***

Aplica-se uma taxa de administração, conforme estabelecido pelos Administradores, a todos os pagamentos de Subsídio de Férias.

***O Subsídio de Férias está sujeito ao Imposto de Rendimentos?***

Qualquer pagamento de Subsídio de Férias emitido para um Membro do Plano é considerado, de acordo com as leis tributárias canadianas, um rendimento tributável ao Membro do Plano no ano civil no qual foi pago.

Em fevereiro de cada ano, o Membro do Plano que pagou o Subsídio de Férias no ano civil anterior receberá uma declaração de impostos oficial do Plano que indica o valor total pago ao Membro do Plano no ano civil anterior.

## PLANO DE SERVIÇOS JURÍDICOS

O Plano de Serviços Jurídicos destina-se a fornecer assistência financeira aos Membros do Plano para uma série de serviços jurídicos gerais frequentemente utilizados.

### PROGRAMA DE SERVIÇOS COBERTOS

Os benefícios do Plano de Serviços Jurídicos não se destinam a cobrir o custo total dos serviços jurídicos que podem ser prestados por um advogado. O Programa abaixo indica o benefício máximo devido pelos serviços jurídicos cobertos pelo Plano.

A natureza, a dimensão e o montante dos serviços jurídicos prestados são assuntos a serem resolvidos entre o Membro do Plano e o Advogado do Membro do Plano. O Plano de Serviços Jurídicos, o Fundo Fiduciário de Serviços Jurídico e o Conselho de Administradores não aceitam qualquer responsabilidade pela determinação de custas judiciais razoáveis, o resultado do serviço jurídico ou o pagamento de custas judiciais por parte do Membro do Plano.

#### Programa de Serviços Cobertos

<i>Tipo de Serviço Jurídico Anual</i>	<i>Máximo Benefício</i>
Testamento – Membro do Plano ou Cônjuge em separado	\$ 100,00
Testamento – Membro do Plano ou Cônjuge juntos	\$ 150,00
Codicilo para Testamento – Membro do Plano ou Cônjuge em separado	\$ 50,00
Codicilo para Testamento – Membro do Plano ou Cônjuge juntos	\$ 60,00
Inventário do Testamento – Membro do Plano ou Cônjuge*	\$ 250,00
Compra, Venda ou Hipoteca da Residência Principal do Membro do Plano	\$ 500,00
Renovação/Quitação da Hipoteca na Residência Principal do Membro do Plano	\$ 50,00
Elaboração/Apreciação da Locação da Residência Principal do Membro do Plano	\$ 60,00
Elaboração de Procuração para o Membro do Plano ou Cônjuge	\$ 60,00
Adoção de uma Criança pelo Membro do Plano	\$ 250,00
Infração no âmbito da Lei de Trânsito Rodoviário (Highway Traffic Act)	\$ 300,00

*\*ou administração do património caso não haja testamento*

### BENEFÍCIO MÁXIMO ANUAL GLOBAL POR ANO CIVIL

Além do Benefício Anual Máximo detalhado devido descrito no programa de Serviços Cobertos acima, o Plano também tem um Benefício Anual Máximo Global para todos os serviços jurídicos indicados, combinados num ano civil, como segue.

---

<i>Primeiro Ano Civil de Adesão ao Plano</i>	\$ 400,00
<i>Segundo Ano/Anos Subsequentes de Adesão ao Plano</i>	\$ 1.000,00

Um Ano Civil significa o período de 12 meses que começa a 1 de janeiro e termina a 31 de dezembro.

Sujeito ao Benefício Anual Máximo Global por Ano Civil, o Membro do Plano apenas pode reclamar os serviços jurídicos descritos no Programa de Serviços Cobertos uma vez por cada Ano Civil. O Benefício Anual Máximo Global por Ano Civil inclui todos os valores pagos em relação aos serviços jurídicos prestados a Dependentes de um Membro do Plano.

## **SELEÇÃO DO ADVOGADO**

Os Membros do Plano escolhem o seu próprio advogado. O Plano de Serviços Jurídicos não fornece aconselhamento jurídico nem recomenda advogados. O Plano de Serviços Jurídicos exige que o Advogado selecionado seja devidamente licenciado para exercer advocacia na província de Ontário. Para lhe ser indicado um advogado, o Membro do Plano pode entrar em contacto com a Law Society of Upper Canada por telefone - (416) 947-3300.

Todos os assuntos jurídicos são estritamente resolvidos entre o Membro do Plano e o Advogado selecionado do mesmo, assim como as custas judiciais cobradas pelo Advogado. Os Administradores não darão qualquer opinião sobre o tipo ou a qualidade dos serviços jurídicos prestados por um Advogado a qualquer Membro do Plano.

## **COMO APRESENTAR RECLAMAÇÕES**

Para apresentar uma reclamação de reembolso de acordo com o Plano de Serviços Jurídicos, entre em contacto com o Escritório de Administração do Plano. Ser-lhe-á dado um formulário de solicitação adequado que deve ser preenchido pelo Membro do Plano. O Membro do Plano tem de fornecer a fatura completa do Advogado selecionado para os serviços prestados que estão a ser reclamados, incluindo:

- detalhes específicos dos serviços jurídicos prestados
- a data em que os serviços jurídicos foram prestados
- o tempo dedicado a cada serviço jurídico prestado
- custos totais por cada serviço jurídico prestado

As reclamações de despesas judiciais incorridas apenas serão consideradas elegíveis se o serviço jurídico tiver sido prestado pelo Advogado.

As reclamações de serviços jurídicos têm de ser apresentadas no prazo de 180 dias a partir da data em que as despesas foram incorridas. As reclamações tardias não serão pagas.

Os pagamentos do Plano de Serviços Jurídicos são efetuados apenas ao Membro. O Plano não emitirá pagamentos a mais ninguém, inclusive Advogados ou firmas de advogados.

## TRIBUTAÇÃO DOS BENEFÍCIOS

Qualquer pagamento do Plano de Serviços Jurídicos emitido para um Membro do Plano é considerado, de acordo com as leis tributárias canadianas, um rendimento tributável ao Membro do Plano no ano civil no qual foi pago. Em fevereiro de cada ano, o Membro do Plano que recebeu o(s) pagamento(s) do Plano de Serviços Jurídicos no ano civil anterior receberá uma declaração de impostos oficial do Plano que indica o valor total pago ao Membro do Plano no ano civil anterior.

# REGRAS E DISPOSIÇÕES GERAIS DO

## DECLARAÇÃO SOBRE A POLÍTICA DE PRIVACIDADE

O Plano de Saúde e Bem-estar Residencial da Carpenters (e as respectivas Seguradoras e prestadores de serviços, quando aplicável), o Plano de Licença por Luto/Licença Parental, o Plano de Bônus de Produtividade, o Plano de Subsídio de Férias e o Plano de Serviços Jurídicos (os "Planos") irão apenas recolher, reter e comunicar as informações pessoais consideradas necessárias para a administração destes Planos. As informações pessoais serão protegidas de acordo com a legislação aplicável.

Os Planos podem utilizar e trocar informações pessoais com pessoas ou organizações relevantes (ou seja, sindicatos, profissionais de saúde, instituições financeiras, agências de investigação, seguradoras, resseguradoras, entidades reguladoras, advogados, etc.) para administrar os Planos e os direitos aos benefícios dos Planos.

Todas as questões relacionadas com a Política de Privacidade dos Planos devem ser enviadas ao Escritório de Administração do Plano.

## BENEFICIÁRIO DESIGNADO

Os Membros do Plano têm o direito de nomear (ou alterar) um Beneficiário Designado no seu Cartão de Informações de Membro, conforme descrito na secção de descrição do Benefício de Seguro de Vida deste Manual. Fica entendido que o beneficiário designado sob as apólices de seguro do Plano será reconhecido como Beneficiário Designado de acordo com as apólices, a menos que tenha sido feita uma designação adicional que identifique especificamente a(s) apólice(s). Na falta de tal designação, todos os benefícios serão pagos à propriedade da Pessoa Segurada.

Todas as outras indemnizações da apólice serão devidas ao Membro do Plano. Os Membros do Plano podem alterar o seu Beneficiário Designado a qualquer momento, se for permitido por lei. O Plano e as Seguradoras não assumem qualquer responsabilidade pela validade de tal designação ou pela alteração do beneficiário. Os Membros do Plano devem rever periodicamente a designação do beneficiário para garantir que reflete as suas intenções no momento em questão.

## COMO APRESENTAR UMA RECLAMAÇÃO

Quando um Membro do Plano ou um Dependente elegível incorre em despesas elegíveis cobertas por um dos benefícios do Plano, a reclamação tem de ser enviada aos responsáveis pelo Plano. A maioria dos tipos de reclamações pode ser enviada aos responsáveis pelo Plano

de várias formas, mas todas as reclamações têm de ser enviadas de forma adequada, com todos os documentos exigidos e antes do Prazo de Envio de reclamações.

As reclamações podem ser enviadas:

- **Utilizando o Cartão de Benefícios do Plano na farmácia, no consultório do profissional de saúde ou no consultório odontológico**
- **Registando-se online na Green Shield Canada em [benefits@carpentersresidential.ca](mailto:benefits@carpentersresidential.ca)**
- **Por e-mail para o Escritório de Administração do Plano: [benefits@carpentersresidential.ca](mailto:benefits@carpentersresidential.ca)**
- **Por fax para o Escritório de Administração do Plano: 1-905-946-2535**
- **Pessoalmente ou por correio para o Escritório de Administração do Plano:**

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

As despesas elegíveis para Cuidados de Saúde Complementares e Cuidados Dentários devem ser reclamadas utilizando o Cartão de Benefícios do Plano. Estas reclamações também podem ser enviadas online para a Green Shield Canada seguindo as instruções que constam no Pacote de Boas-Vindas fornecido aos novos Membros do Plano quando recebem o seu Cartão de Benefícios. No caso de reclamações efetuadas eletronicamente, pode ser solicitado aos Membros que enviem os seus recibos para o Escritório de Administração do Plano. Estas auditorias aleatórias garantem que o Plano está protegido. Os recibos devem, portanto, ser guardados durante 13 meses.

As reclamações de despesas de Assistência de Emergência em Viagem podem ser enviadas diretamente ao Administrador do Plano (se forem inferiores a \$ 200) ou ligando para o número de telefone da Assistência de Emergência em Viagem que consta no verso do Cartão de Benefícios.

Além disso, caso se trate de outro tipo de reclamação, os Membros do Plano podem entrar em contacto com o Escritório de Administração do Plano, que fornecerá o(s) formulário(s) de solicitação e a assistência necessários para preencher e apresentar a reclamação ao Plano ou à Seguradora. Para processar rapidamente as reclamações, todos os formulários têm de ser preenchidos de forma completa e clara e indicar as seguintes informações:

- nome completo, endereço residencial e data de nascimento do requerente;
- nome completo, endereço residencial e data de nascimento do Membro do Plano;
- Número de Identificação do Plano do Membro do Plano;

- Número da Apólice de Seguro da Manulife Financial 10042 (anteriormente, Número de Apólice 10077 e 901202) relativo a reclamações de Seguro de Vida, Seguro de Vida de Dependentes e Incapacidade a Longo Prazo;
- Número do Grupo de Assistência em Viagem 4932 da Green Shield Canada, Número de Identificação do Membro do Plano e número do cartão do plano de saúde provincial do requerente para participações de Assistência de Emergência em Viagem;
- Número de Apólice AB10403501 da CHUBB Life Insurance Company of Canada para participações de AD&D.

Todas as reclamações (com formulários, recibos originais e todos os demais documentos necessários) devem ser enviadas online ou para o Escritório de Administração do Plano o mais rapidamente possível.

É uma ofensa grave apresentar uma reclamação ao Plano por despesas que sejam legalmente da responsabilidade de outra parte, ou despesas em relação às quais não houve perda. Por exemplo, reclamações por despesas devido a doença ou incapacidade relacionadas com o trabalho devem ser enviadas ao Conselho de Segurança e Seguro dos Trabalhadores. Também é uma ofensa grave prestar falsas declarações sobre a elegibilidade dos Dependentes.

Os Administradores tomarão medidas para recuperar quaisquer fundos pagos a um Membro do Plano ou a um prestador de serviços ou materiais se tiverem sido dadas informações enganosas ou se tiverem sido enviadas participações fraudulentas. Os Administradores podem cancelar todos os benefícios de um Membro do Plano que tenha intencionalmente enviado reclamações inadequadas ou fraudulentas ou fornecido informações incorretas ou enganosas ao Plano.

## PRAZOS DE APRESENTAÇÃO DE RECLAMAÇÕES

Todas as reclamações apresentadas ao Escritório de Administração do Plano e/ou à(s) Seguradora(s) para reembolso têm de ser enviadas antes do prazo de apresentação de reclamações.

As reclamações que não forem recebidas pelo Plano e/ou pelas Seguradoras do Plano dentro dos prazos estipulados não serão consideradas elegíveis para adjudicação. Portanto, é recomendável que todas as reclamações sejam enviadas o mais rapidamente possível após a realização da despesa ou a ocorrência da perda.

**BENEFÍCIO****PRAZO PARA APRESENTAÇÃO DAS RECLAMAÇÕES**

<b>Seguro de Vida</b>	<b>No prazo de 12 meses a contar da data da morte</b>
<b>Seguro de Vida de Dependentes</b>	<b>No prazo de 12 meses a contar da data da morte</b>
<b>Morte e Desmembramento Acidental</b>	<b>No prazo de 30 dias a contar da data do acidente</b>
<b>Indemnização Semanal</b>	<b>No prazo de 6 meses a contar da data da incapacidade</b>
<b>Incapacidade a Longo Prazo</b>	<b>No prazo de 6 meses após a cessação do primeiro mês após o período de incapacidade elegível</b>
<b>Cuidados de Saúde Complementares</b>	<b>No prazo de 12 meses a contar da data da despesa</b>
<b>Assistência de Emergência em Viagem</b>	<b>Dentro de 48 horas a partir da Data da Despesa</b>
<b>Cuidados Dentários</b>	<b>Dentro de 12 meses a partir da Data da Despesa</b>
<b>Programa de Assistência aos Membros</b>	<b>Não Aplicável</b>
<b>Licença por Luto/Licença Parental</b>	<b>No prazo de 12 meses a partir da Data do evento</b>
<b>Plano de Serviços Jurídicos</b>	<b>No prazo de 180 dias a contar da Data da Despesa</b>
<b>Plano de Bonificação pela Produtividadac</b>	<b>Não Aplicável</b>
<b>Plano de Subsídio de Férias</b>	<b>Não Aplicável</b>

O não fornecimento de notificação ou apresentação de prova de reclamação dentro dos prazos de apresentação de reclamação estabelecidos acima e conforme descrito neste Manual não invalidarão a reclamação se a notificação ou prova for fornecida ou apresentada assim que for razoavelmente possível e se for demonstrado que não foi razoavelmente possível fornecer ou apresentar a prova dentro do prazo de apresentação da reclamação necessária. Em nenhuma circunstância as Seguradoras ou o Plano aceitarão a notificação de reclamação além de um (1) ano.

No caso de rescisão da elegibilidade de um Membro do Plano para os benefícios do Plano, se um benefício for rescindido nos termos do Plano ou se a (s) apólice (s) de seguro for (em) rescindida (s), deverá ser enviada uma reclamação dentro de 90 dias após a data de término, com exceção dos Benefícios por AD&D, cujo prazo é de 30 dias, e da Assistência de emergência em viagem, cujo prazo é de 48 horas.

## ACÇÃO LEGAL

Um Membro do Plano não poderá iniciar uma ação legal contra a(s) Seguradora(s) do Plano, ou o Plano, menos de 30 dias após a apresentação da perda conforme descrito na secção **PRAZOS DE APRESENTAÇÃO DE PARTICIPAÇÕES** deste Manual. Todas as ações ou processos contra a(s) Seguradora(s) do Plano, ou o Plano, para a recuperação de dinheiro devido de acordo com este Plano são totalmente proibidas a menos que sejam iniciados dentro do prazo estabelecido pela Lei de Seguros ou legislação aplicável.

A(s) Seguradora(s) e o Plano terão o direito e a oportunidade de examinar qualquer pessoa cuja lesão ou doença seja a base da reclamação, quando e com a frequência que possa razoavelmente solicitar durante a permanência e o período de pagamento, se houver, de tal reclamação.

## COORDENAÇÃO DE BENEFÍCIOS (CDB)

O pagamento dos Benefícios de cuidados de saúde complementares, Assistência de Emergência em Viagem e de Cuidados Dentários deve ser coordenado de forma a que o total de benefícios devidos de todos os planos disponíveis (para um Membro do plano e/ou dos seus Dependentes elegíveis) não exceda 100% do valor da despesa com reclamação elegível.

Para este propósito, as Seguradoras e o Plano têm o direito de receber e divulgar informações sobre a cobertura de Benefícios e pagamentos de benefícios e, se necessário, recolher quaisquer pagamentos indevidos. Procedimentos de apresentação de reclamações, acordados pelas Seguradoras de Saúde Canadianas e os planos de benefícios que serão utilizados para coordenar os pagamentos de benefícios deste Plano:

1. se a despesa da reclamação tiver sido incorrida por um Membro do Plano, envie primeiro a reclamação para este Plano. Se ainda houver um saldo não pago, envie a reclamação para o plano do Cônjuge do Membro do Plano, juntamente com a Explicação dos Benefícios deste Plano, para que o plano do Cônjuge saiba quanto já foi pago por este Plano.
2. Se a despesa da reclamação tiver sido incorrida pelo Cônjuge do Membro do Plano, envie primeiro a reclamação ao plano do Cônjuge (se o Cônjuge tiver um plano). Se ainda houver um saldo não pago, envie a reclamação para este Plano juntamente com a Explicação dos Benefícios do plano do Cônjuge, para que este Plano saiba quanto já foi pago pelo plano do Cônjuge.
3. Se uma Criança Dependente incorrer numa despesa de reclamação, envie primeiro a reclamação ao plano que cobre o progenitor que tem a data de nascimento anterior no ano civil. Se ainda houver um saldo não pago, submeta a despesa da reclamação não paga ao segundo plano (do outro progenitor), juntamente com a Explicação dos Benefícios do primeiro plano, para que o segundo plano saiba quanto já foi pago pelo primeiro plano. Se um Cônjuge do Membro do Plano não tiver um plano de benefícios e a despesa da

reclamação apenas puder ser submetida a um plano, submeta a reclamação para este Plano.

4. Se um Membro do Plano e o seu Cônjuge estiverem ambos cobertos por este Plano como Membros do Plano, deve ser anexada uma nota ao formulário de reclamação a informar o Escritório de administração do plano sobre os nomes dos Membros do Plano e ambos os Números de Certificados do Plano (Identificação do Membro do Plano). O Escritório de Administração do Plano irá liquidar a reclamação em conformidade.

O processo de envio de reclamações descrito acima é o dos procedimentos de Coordenação de Benefícios (CDB) acordados entre a maioria dos planos de seguro do grupo canadiano. Entre em contacto com o Escritório de administração do plano caso sejam necessárias mais explicações sobre como funcionam os procedimentos de Coordenação de Benefícios.

## RECURSOS DE RECLAMAÇÃO

No caso de o Plano ou as Seguradoras do Plano determinarem que as despesas de reclamação apresentadas não são elegíveis para reembolso de acordo com o Plano, ou não são Medicamente Necessárias, ou não são Razoáveis ou Habituais, a reclamação (ou uma parte da mesma) pode ser negada.

Os Membros do Plano podem discutir a decisão tomada em relação ao processamento de qualquer reclamação submetida ao Plano. Para discutir o pagamento, ou o não pagamento, de qualquer reclamação submetida ao Plano, entre em contacto com o Escritório de administração do plano.

Se um Membro do Plano acreditar que tem uma circunstância especial em relação a uma reclamação submetida e gostar de ter a decisão de qualquer reclamação submetida revista ou reconsiderada (se a reclamação foi paga ou negada) escreva para o Conselho de Administradores responsável pelo Escritório de Administração do Plano.

# ESCRITÓRIO DE ADMINISTRAÇÃO DO PLANO

O Conselho de Administração contratou um Administrador do Plano, a **Employee Benefit Plan Services Limited**, para lidar com as questões do dia-a-dia do O Plano de Saúde e Bem-estar Residencial da Carpenters, incluindo administração do Plano e pagamento de reclamações para muitos dos benefícios dos Planos.

Os Administradores confiam na experiência do Administrador do Plano no que diz respeito à elegibilidade para benefícios dos Planos e se as despesas com participações submetidas são elegíveis para reembolso.

Os Membros do Plano podem entrar em contacto com o Escritório de administração do plano se houver alguma dúvida sobre os benefícios dos Planos ou sobre as regras administrativas sobre como os Planos funcionam. O Escritório de Administração do Plano tem como objetivo ajudar os Membros do Plano. Administrador do Plano:

## **EMPLOYEE BENEFIT PLAN SERVICES LIMITED**

45 McIntosh Drive  
Markham, Ontário  
L3R 8C7

Chamada Gratuita: 1-800-263-3564

Tel.: (905) 946-9700

Fax: (905) 946-2535

E-mail: [benefits@carpentersresidential.ca](mailto:benefits@carpentersresidential.ca)

[www.carpentersresidential.ca](http://www.carpentersresidential.ca)

