

REZIDENCIJALNI PLAN ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I DOBROBITI SINDIKATA CARPENTERS



POBOLJŠANI PLAN POGODNOSTI INFORMATIVNA KNJIŽICA ZA KORISNIKE PLANA

AŽURIRANO 1. SRPNJA 2021.

WWW.CARPENTERSRESIDENTIAL.CA



SADRŽAJ

UVOD.....	1
SAŽETI PREGLED POGODNOSTI.....	2
UKRATKO O POGODNOSTIMA.....	8
INFORMACIJE O ISPUNJAVANJU UVJETA.....	11
ZAHTJEVI S OSNOVE ZAŠTITE NA RADU (WISB).....	16
NAKNADA ŽIVOTNOG OSIGURANJA.....	19
POGODNOST ŽIVOTNOG OSIGURANJA UZDRŽAVANE OSOBE.....	20
NAKNADA ZA SMRT I GUBITAK EKSTREMITETA USLIJED NESRETNOG SLUČAJA.....	22
POGODNOST ZA KRITIČNE BOLESTI.....	33
NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA.....	36
NAKNADA ZA DUGOTRAJNU ONESPOSOBLJENOST.....	41
NAKNADA ZA DOPUNSKU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU.....	48
POGODNOST HITNE POMOĆI NA PUTOVANJU.....	56
NAKNADA ZA STOMATOLOŠKU SKRB.....	71
POGODNOST PROGRAMA POMOĆI KORISNICIMA.....	78
PLAN ŽALOVANJA / RODITELJSKI DOPUST.....	80
PLAN PLAĆENOG DOPUSTA.....	82
PLAN PRAVNIH USLUGA.....	84
OPĆA PRAVILA I ODREDBE PLANA.....	87
URED ZA UPRAVLJANJE PLANOM.....	93

UVOD

Poštovani korisniĉe plana

Ova Informativna knjiŹica za korisnike plana pripravljena je kao neformalni referentni dokument u kojem su saŹeta glavna obiljeŹja pogodnosti koje se pruŹaju korisnicima Poboľšanog plana Rezidencijalnog plana zdravstvene zaŹtite i dobiti sindikata Carpenters koji ispunjavaju uvjete. U ovoj su knjiŹici pruŹene i informacije o tome kako ispuniti i nastaviti ispunjavati uvjete za ostvarenje pogodnosti plana kao i pravila i postupci za podnoŹenje zahtjeva.

Ova knjiŹica ne predstavlja pravni dokument, policu osiguranja ni ugovor niti se njome pruŹaju ikakva ugovorna prava. U ovoj knjiŹici upotreba izraza „plan“, „vaŹ plan“ ili „naŹ plan“ odnosi se na „Rezidencijalni Plan zdravstvene zaŹtite i dobiti sindikata Carpenters“. Pojmovi „korisnik plana“, „vi“, „vaŹ“ i „osigurana osoba“ odnose se na osobu koja je zadovoljila pravila o ispunjavanju uvjeta za pogodnosti koje se pruŹaju u okviru Poboľšanog plana Rezidencijalnog plana zdravstvene zaŹtite i dobiti sindikata Carpenters. Pojam „osiguravatelj“ odnosi se na odgovarajuća osiguravajuća druŹtva i/ili pruŹatelje pogodnosti koji osiguravaju pogodnosti iz plana opisane u ovoj knjiŹici. Pojam „fond“ ili „fondovi“ odnosi se na „Rezidencijalni fond zdravstvene zaŹtite i dobiti sindikata Carpenters,“ i/ili na Stolarski i udruŹeni radnici Lokalne podruŹnice 27 – Fond za pravne usluge Odjela radnika za postavljanje Źindre i oblaganje zidova „Fond za pravne usluge “ i/ili na „Fond za plaćeni dopust Lokalne podruŹnice 1030 sindikata Carpenters“.

Rezidencijalnim planom zdravstvene zaŹtite i dobiti sindikata Carpenters, Planom Źalovanja/roditeljskog dopusta, Planom plaćenog dopusta i Planom pravnih usluga te primjenjivim fondovima upravlja Odbor povjerenika, koji imenuje Lokalna podruŹnica sindikata stolarskih i udruŹenih radnika 27 i ili Lokalna podruŹnica sindikata Carpenters 1030. Odbori povjerenika ovih fondova zadrŹavaju pravo izmjene ovih planova u potpunosti prema vlastitom nahođenju kako oni to smatraju prikladnim te u skladu sa zakonom. Bilo kakve izmjene tih planova priopćavaju se svim korisnicima plana i takve izmjene smatraju se dopunom i/ili izmjenom SaŹetog pregleda pogodnosti plana i ove Informativne knjiŹice za korisnike plana.

Sve pogodnosti s osnove Źivotnog osiguranja i dugotrajne onesposobljenosti opisane u ovoj knjiŹici, kao i prava na njih, uređena su odredbama police financijskog osiguranja Manulife br. 10042 (prijaŹnja polica br. 10077, 901202, 901857). Sve naknade u sluĉaju smrti i gubitka ekstremiteta uslijed nesretnog sluĉaja (AD&D) opisane u ovoj knjiŹici i prava na njih uređena su odredbama police osiguravateljskog druŹtva Chubb Life Insurance Company of Canada, broj AB10403501 (prijaŹnja polica ACE/INA br. AB10403501). Pogodnost hitne pomoći na putovanju (ETA) pruŹa i vodi Green Shield Canada (GSC). Programima pomoći korisnicima (MAP) upravljaju Programi pomoći zaposlenicima za obiteljske usluge (FSEAP).

Sve ostale pogodnosti opisane u ovoj knjiŹici financiraju se samostalno i pokrivaju iz sredstava fondova, a uređene su odredbama sluŹbenog teksta plana. Police osiguranja, ugovori i dokumenti teksta plana sastavni su dio sluŹbenih dokumenata plana, koji su dostupni u Uredu za upravljanje planom.

Odbor povjerenika zadrŹao je druŹtvo Employee Benefit Plan Services Limited kao upravitelja plana kako bi upravljao aspektima Rezidencijalnog plana zdravstvene zaŹtite i dobiti sindikata Carpenters, ukljuĉujući upravljanje planom i nadzor nad isplataima naknada u okviru mnogih pogodnosti plana. PaŹljivo proĉitajte ovu Informativnu knjiŹicu za korisnike plana i ĉuvajte je na sigurnom mjestu kao referentni dokument. Slobodno se obratite Uredu za upravljanje planom budete li imali pitanja o pogodnostima plana ili o nekom pravilu ili postupku u okviru plana.

SAŽETI PREGLED POGODNOSTI

Podložno ograničenjima i izuzećima navedenima u službenim dokumentima plana i u skladu s opisom u ovoj knjižici, korisnici plana koji ispunjavaju uvjete kao i osobe koje o njima ovise, a koje ispunjavaju uvjete imaju pravo na pogodnosti Pobješanog plana koje su opisane na sljedećim stranicama, počevši od Sažetog pregleda pogodnosti u nastavku.

Možda ćete uvidjeti da plan ne pokriva sve troškove koje biste željeli da Plan plati. Plan je uspostavljen kako bi se njime pružio najširi raspon osiguranja prikladan korisnicima plana. S vremenom će se područje zdravstvene zaštite proširiti novim lijekovima i liječenjima, a Upravni odbor uvijek zadržava pravo da pokrije ili ne pokrije neki od njih i da doda ograničenja i/ili izuzeća od osiguranja pruženog planom.

NAKNADA ŽIVOTNOG OSIGURANJA

Korisnik plana: 150 000 dolara

POGODNOST ŽIVOTNOG OSIGURANJA UZDRŽAVANE OSOBE

Bračni drug: 50 000 dolara

Svako uzdržavano dijete: 10 000 dolara

NAKNADA ZA SMRT I GUBITAK EKSTREMITETA NESRETNIM SLUČAJEM (AD&D)

Korisnik plana:	Glavni iznos	200.000 dolara
	Pogodnost u slučaju trajne i potpune onesposobljenosti	200.000 dolara
	Naknada za smrt i gubitak ekstremiteta nesretnim slučajem na radnom mjestu	100 000 dolara
Bračni drug:	Glavni iznos	50 000 dolara
Svako uzdržavano dijete:	Glavni iznos	10.000 \$

POGODNOST ZA KRITIČNE BOLESTI

Korisnik plana: 10.000 \$ za četiri specifične kvalificirane kritične bolesti

NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)

Maksimalna naknada tjednog obeštećenja iznosi 400 \$na tjedan. Isplate naknada dio su zdravstvenog osiguranja zaposlenika. Kako bi se kvalificirao za isplatu tjednog obeštećenja, korisnik plana mora biti „u potpunosti onesposobljen” (kako je definirano u Informativnoj knjižici za korisnike i tekstu plana).

Naknade tjednog obeštećenja mogu se isplaćivati od prvog dana nezgode ili nakon 24-satnog razdoblja hospitalizacije ili 8. dana bolesti, a na maksimalno razdoblje od 26 uzastopnih tjedana za jedan uzrok invaliditeta.

NAKNADA ZBOG DUGOTRAJNE ONESPOSOBLJENOSTI (LTD)

Maksimalna naknada koju je moguće isplatiti za dugotrajnu onesposobljenost iznosi 1000 dolara mjesečno. Kako bi se kvalificirao za nju, korisnik plana mora biti mlađi od 65 godina i „potpuno onesposobljen” (kako je definirano u Informativnoj knjižici za korisnike plana i u ugovoru o osiguranju) tijekom razdoblja od 182 uzastopnih dana. Naknade za LTD mogu se isplaćivati do dobi od 65 godina, oporavka ili smrti, što god da se prvo dogodi.

NAKNADA ZA DOPUNSKU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Iznos kojim korisnik sudjeluje u troškovima: Nema ga

Povrat troškova: 100 % za sve usluge i pribor koji ispunjavaju uvjete

Ukupni maksimalni iznos: Neograničen

Lijekovi na recept: Lijekovi na recept koji ispunjavaju uvjete moraju imati identifikacijski broj lijeka i potvrdu o sukladnosti koje izdaje ustanova Health Canada

Povrat troškova: Zasniva se na najnižem prihvatljivom trošku u usporedbi patentiranog lijeka i njegova generičkog ekvivalenta (tamo gdje je generički ekvivalent dostupan)

Biološki/bioslični lijekovi: Naknada se zasniva na prethodnom odobrenju najnižeg troška u usporedbi biološkog lijeka ili njegova odgovarajućeg biosličnog lijeka (tamo gdje je dostupan)

Maksimalni iznosi za lijekove: Za liječenje metadonom 1 000 dolara tijekom života, za erektilnu disfunkciju 500 dolara godišnje, za lijekove za plodnost 2 500 dolara tijekom života, za prestanak pušenja 400 dolara tijekom

života.

Oftalmološka skrb	Leće, okviri i kontaktne leće:	maksimalno 400 dolara tijekom uzastopna 24 mjeseca. Obuhvaća zaštitne naočale i sunčane naočale za vid.
	Industrijske sigurnosne naočale:	Maksimalno 200 dolara u razdoblju od uzastopna 24 mjeseca (samo za korisnike plana)
	Laserski zahvat na oku:	2 000 dolara tijekom života
	Pregledi očiju:	Jedan pregled oka svaka 12 mjeseca
Pomoćno medicinsko osoblje		500 dolara po zdravstvenom djelatniku po kalendarskoj godini za kiropraktičara, psiholog, registrirani masažni terapeut, logoped, fizioterapeut, naturopat, osteopat ili podijatar.
Zdravstveni djelatnici		
Slušna pomagala		Maksimalna naknada od 500 dolara u razdoblju od 36 uzastopnih mjeseci za kupnju slušnih pomagala (baterije nisu uključene).
Ortopedska pomagala		Maksimalna naknada od 500 dolara u 24-mjesečnom razdoblju za ortopedska pomagala koja su posebno osmišljena i izrađena za osiguranu osobu i nužna za korekciju dijagnosticiranog tjelesnog oštećenja.
Ostale medicinske usluge i pribor:		vozilo hitne pomoći, skrb tijekom oporavka, ozljede zuba, trajna medicinska pomagala oprema (bolnički krevet, invalidska kolica, ortoze, štake), proteze, rendgenske snimke, laboratorijski testovi, ortopedske čarape.
Osobna skrb medicinskog tehničara		10 000 dolara u svakoj kalendarskoj godini

POGODNOST PRUŽANJA HITNE MEDICINSKE POMOĆI NA PUTOVANJU (ETA)

Plan pruža putno osiguranje za zdravstveni **hitni slučaj** (iznad vašeg provincijskog/teritorijalnog plana zdravstvene zaštite) i usluge pomoći na putovanju za korisnike plana i uzdržavane članove obitelji koji ispunjavaju uvjete, ako su **kanadski rezidenti, mlađi od 65 godina, propisno uključeni u provincijski program zdravstvene zaštite**, a koji se privremeno nalaze izvan provincije u kojoj žive na odmoru ili u poslovne ili obrazovne svrhe.

Važno je da prije odlaska pročitate i razumijete pravila za ovu pogodnost. Pogodnost hitne pomoći na putovanju uključuje zahtjeve, ograničenja i izuzeća koja mogu utjecati na vaše ispunjavanje uvjeta i/ili naknadu nastalih zdravstvenih troškova.

Pogledajte odjeljak o pogodnosti hitne pomoći na putovanju u ovoj Informativnoj knjižici za korisnike plana kako biste dobili detaljnije informacije o pravilima za tu pogodnost. Sve usluge hitne pomoći na putovanju (koje pruža Green Shield Canada (GSC)) dostupne su 24 sata dnevno, sedam dana tjedno.

Odjelu za pomoć na putovanju GSC-a trebate se obratiti prije putovanja na bilo koje odredište kako biste provjerili ispunjavate li vi i/ili članovi Vaše obitelji koje uzdržavate, uvjete za osiguranje za hitnu pomoć na putovanju i pruža li se to osiguranje u zemlji vašeg odredišta.

Za pomoć se obratite Odjelu za pomoć na putovanju GSC-a u Kanadi i Sjedinjenim Američkim državama na broj 1-800-265-9977 ili na broj 1-519-741-8450 ako zovete s druge lokacije, u kom slučaju strana kojoj je upućen poziv snosi troškove tog poziva. Kartica pogodnosti plana obuhvaća sve nužne informacije o planu, kao i ostale informacije, za obraćanje Odjelu za pomoć na putovanju GSC-a kako biste razgovarali o predloženom putovanju, o tome ispunjavate li vi ili vaš uzdržavani član obitelji uvjete za osiguranje, kako biste podnijeli zahtjev za zdravstveni hitni slučaj ili primili pomoć na putovanju ili ostale informacije o vašem putovanju.

Maksimalni iznosi zdravstvenog osiguranja za hitnu pomoć na putovanju

5 000 000 dolara po osiguranoj osobi po incidentu

Maksimalno trajanje putovanja od 60 uzastopnih dana po putovanju

Usluge hitne pomoći na putovanju

Osiguranje se pruža za niz posebnih usluga pomoći na putovanju i savjetovanja.

Maksimalni iznos osiguranja za upućivanje u druge ustanove

50 000 dolara po osiguranoj osobi po kalendarskoj godini (potrebno je prethodno odobrenje)

Iznimno je važno da se obratite Odjelu za pomoć GSC-a prije primanja hitne zdravstvene skrbi (ako je moguće) ili da netko nazove u ime osigurane osobe unutar 48 sati ako iz zdravstvenih razloga nije moguće da osigurana osoba sama nazove.

Hitan slučaj označava iznenadnu, neočekivanu ozljedu, bolest ili akutnu epizodu bolesti koja zahtijeva hitnu liječničku pomoć i nije se mogla razumno očekivati na temelju prethodnog zdravstvenog stanja pacijenta.

Ne smije biti **prethodnih postojećih** zdravstvenih stanja. Osigurana osoba mora biti **stabilnog** zdravstvenog stanja u razdoblju od 90 dana prije odlaska.

NAKNADA ZA STOMATOLOŠKU SKRB

Iznos kojim korisnik sudjeluje u troškovima: Nema ga

Povrat troškova: 100 % za osnovne stomatološke usluge
60 % za veće stomatološke usluge;
60 % za ortodonske usluge.

Vodič za stomatološke naknade Stomatološke se naknade isplaćuju na temelju trenutnog predloženog

popisa: priručnika o naknadama Udruge stomatologa koji je na snazi na dan nastanka troška u provinciji ili teritoriju u kojem se pružila usluga.

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

Osnovne i veće

Stomatološke usluge: 3500 dolara za kalendarsku godinu za osnovne i veće usluge zajedno

Ortodonske usluge: 2500 dolara tijekom života Samo za uzdržavanu djecu mlađu od 19 godina. Potreban je plan prije liječenja.

Osnovne usluge: Dijagnostika, prevencija, restorativne i kirurške usluge, plombe, anestezija, jedna kompletna serija rendgenskih snimaka, jedan rentgenski snimak cjelokupne čeljusti, poliranje, lokalni tretman fluoridom, skidanje kamenca.

Kontrolni pregledi: Jedan kontrolni pregled svakih šest mjeseci

Cjeloviti pregledi: Jedan kompletni oralni pregled svaka 24 mjeseca

Veće usluge: Krunice, mostovi, proteze
zamjenski mostovi / zubala osigurani su svakih pet godina

NAKNADA U OKVIRU PROGRAMA POMOĆI KORISNICIMA (MAP)

Korisnici plana i osobe koje o njima ovise, a koje ispunjavaju uvjete imaju na raspolaganju usluge povjerljivog savjetovanja, pružanja informacija, davanja savjeta i upućivanja. Te usluge pruža FSEAP 24 sata dnevno, svakoga dana u godini. Obratite se FSEAP-u izravno na 1-800-668-9920 ili na internetu na adresi www.myfseap.com (Naziv skupine: toloc27map / lozinka: myfseap1).

NAKNADA ZA ČLANOVE OBITELJI PREMINULOG KORISNIKA PLANA

Nakon smrti korisnika plana koji ispunjava uvjete, preostali članovi obitelji koji su ovisili o njemu/njoj a u koji ispunjavaju uvjete (npr. braćni drug i djeca) i dalje će biti obuhvaćeni Planom dopunske zdravstvene zaštite, pogodnosti hitne pomoći na putovanju, pogodnostima Programa stomatološke skrbi i pomoći korisnicima u razdoblju od 30 uzastopnih mjeseci, koje započinje nakon što se isprazni korisnikov račun Dolarske banke. Nikakve uplate neće biti potrebne za nastavak osiguranja tijekom ovog produženog razdoblja pogodnosti.

NAKNADA ZA ŽALOVANJE / RODITELJSKI DOPUST

Ako ste pretrpjeli gubitak člana obitelji koji ispunjava uvjete, možda imate pravo na naknadu za slučaj žalovanja. Morate biti u radnom odnosu, pribaviti pismo od svog poslodavca u kojem je naveden posljednji dan kada ste radili i dani kada posljedično niste radili te dostaviti potvrdu ili izjavu o smrti. Članovi su obitelji koji ispunjavaju uvjete braćni drug, dijete*, roditelj*, baka ili djed, brat*, sestra* (*ili supružnici djece, roditelji i braća i sestre supružnika).

Naknada iznosi maksimalno 150 dolara na dan, maksimalno do tri radna dana i može se isplatiti od prvog dana izgubljenog dohotka zbog žalovanja, pod uvjetom da ste radili dan ranije.

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

PLAN PLAĆENOG DOPUSTA

Plan osigurava korisnicima plana pravo na naknadu za plaćeni dopust ostvaren u skladu s važećim kolektivnim ugovorom za svaku godinu naknade. Plan obuhvaća jednu redovitu godišnju isplatu naknade plaćenog dopusta svakog 1. studenog.

Korisnici plana imaju i mogućnost primanja zarađenih pogodnosti plaćenog dopusta u nekom drugom razdoblju godine pogodnosti dok god se neobvezno plaćanje ne zatraži unutar 60-dnevnog razdoblja bilo prije ili nakon 1. studenog (tj. neobvezna plaćanja plan ne obavlja između 1. rujna i 1. veljače sljedeće godine).

PLAN PRAVNIH USLUGA

Pogodnosti plana zamišljene su tako da članovima plana pruže financijsku pomoć u pogledu općih pravnih usluga kao što su oporuke, punomoći, transakcije u vezi s nekretninama, posvojenja itd.

Na Popisu naknada unutar odjeljka o Planu pravnih usluga Informativne knjižice za korisnike plana pročitajte pojedinosti o maksimalnim godišnjim naknadama koje se mogu isplatiti ovisno o vrsti pravne usluge. U planu su također određeni maksimalni iznosi za kalendarsku godinu za sve pravne usluge zajedno ovisno o broju godina koje ste proveli kao korisnik plana koji ispunjava uvjete.

UKRATKO O POGODNOSTIMA

Na sljedećim stranicama ovog Sažetog pregleda pogodnosti dan je detaljniji, brzi sažetak pogodnosti dostupnih korisnicima plana koji ispunjavaju uvjete, kao i primjenjivih odredbi.

Ukratko o pogodnostima Rezidencijalnog plana zdravstvene zaštite i dobrobiti Sažeti pregled Poboljšanog plana pogodnosti (od 1. siječnja 2021.)



Pogodnost / pružanje pogodnosti	Osiguranje / pravilo plana zdravstvenih pogodnosti
Opće odredbe plana	
Mjesečno povlačenje iznosa s računa Dolarske banke	380 dolara
Maksimalni iznos s računa Dolarske banke	4560 dolara (12 mjeseci naknada)
Početno ispunjavanje uvjeta	Prvi dan drugog mjeseca, nakon mjeseca u kojem korisnik prikupi 1140 dolara na računu
Ispunjavanje uvjeta za ponovnu uspostavu	Ako do ponovne uspostave plana dođe unutar 12 mjeseci, kada korisnik ima 380 dolara na računu Dolarske banke ako se plan ponovno uspostavi nakon 12
Mogućnosti Plana izravnog plaćanja *(uz primjenjivi provincijski porez)	Plan A – sve pogodnosti osim WI & LTD – 300 dolara mjesečno* Plan B – samo životno osiguranje – 30 dolara mjesečno*
Trajanje izravnog plaćanja	Najviše 12 mjeseci (WSIB do 65 godina)
Definicija uzdržavane osobe – bračni drug	Osoba s kojom je korisnik zakonski vjenčan, u izvanbračnoj zajednici s 12 mjeseci zajedničkog
Definicija uzdržavane osobe – djeca	Mlađi od 22 godine ili mlađi od 25 godina ako pohađaju obrazovnu ustanovu
Prestanak osiguranja	Odlazak u mirovinu (osim ako nije drukčije naznačeno u svakoj odredbi o pogodnosti)
Životno osiguranje	
Iznos naknade	150 000 dolara
Prestanak osiguranja	Odlazak u mirovinu (primjenjuju se druge standardne odredbe o prestanku)
Životno osiguranje uzdržavanog člana obitelji	
Iznos naknade za bračnog druga	50 000 dolara
Iznos naknade za dijete	10 000 dolara
Prestanak osiguranja	Odlazak u mirovinu (primjenjuju se druge standardne odredbe o prestanku)
Smrt i gubitak uda nesretnim slučajem (AD&D)	
Glavni iznos za korisnika	200 000 dolara
Glavni iznos za bračnog druga	50 000 dolara
Glavni iznos za dijete	10 000 dolara
Naknada u slučaju trajne i potpune onesposobljenosti	Naknada od 200 000 dolara s jednokratnom isplatom. Definicija onesposobljenosti za „bilo koje
Popis gubitaka	Sveobuhvatni
Periferne naknade AD&D	Sveobuhvatni
Prestanak osiguranja	Odlazak u mirovinu (primjenjuju se druge standardne odredbe o prestanku)
Smrt i gubitak uda nesretnim slučajem na	
	100 000 dolara – isti popis gubitaka kao i za naknadu AD&D. Prestaje u dobi od 75 godina.
Kritična bolest	
	10 000 dolara naknade s jednokratnom isplatom za četiri kritične bolesti koje ispunjavaju
Tjedno obeštećenje	
Iznos tjednog obeštećenja	500 dolara
Kvalificirajuće razdoblje	Prvi dan bolnice. Prvi dan nezgode. Osmi dan bolesti.
Definicija onesposobljenosti	„Vlastito zanimanje”
Maksimalno trajanje naknade	26 tjedana
Izravni prijeboji naknada	Osiguranje zaposlenika
Prestanak osiguranja	Odlazak u mirovinu (primjenjuju se druge standardne odredbe o prestanku)
Dugoročna onesposobljenost	
Mjesečni iznos naknade	1000 dolara
Kvalificirajuće razdoblje	26 neprekidnih tjedana potpune onesposobljenosti.
Definicija onesposobljenosti	„Vlastito zanimanje” tijekom prva 24 mjeseca onesposobljenosti, „bilo koje zanimanje” nakon 24
Maksimalno trajanje naknade	Do dobi od 65 godina
Izravni prijeboji naknada	Naknade WSIB
Neizravni prijeboji naknada	Različiti izvori dohotka – svi izvori ograničeni su na 85 % bruto zarade prije onesposobljenosti
Ograničenje zbog prethodnog postojećeg stanja	Naknade za onesposobljenost koja se liječila u prethodnom razdoblju od 90 dana ne mogu se
Prestanak osiguranja	Dob od 65 godina ili pri ranijem odlasku u mirovinu – (primjenjuju se ostale standardne odredbe
Naknada za žalovanje	
Maksimalni iznos naknade i razdoblje plaćanja	Maksimalni iznos naknade po danu 150 dolara, najviše tri dana
Članovi obitelji korisnika koji ispunjavaju uvjete	Bračni drug, dijete*, roditelj*, baka ili djed, brat*, sestra* (*ili supružnici djece, roditelji, braća i
Potreban dokaz uz zahtjev	Mora biti aktivan na poslu, dostaviti obavijest poslodavca i potvrdu o smrti
Naknada za roditeljski dopust	
Maksimalni iznos naknade i razdoblje plaćanja	Maksimalni iznos naknade po danu 150 dolara, najviše tri dana
Članovi obitelji korisnika koji ispunjavaju uvjete	Novorođeno dijete
Potreban dokaz uz zahtjev	Mora biti aktivan na poslu, dostaviti obavijest poslodavca i rodni list

Ukratko o pogodnostima Rezidencijalnog plana zdravstvene zaštite i dobiti Sažeti pregled Poboľšanog plana pogodnosti (od 1. siječnja 2021.)



Pogodnost / pružanje pogodnosti	Osiguranje / pravilo plana zdravstvenih pogodnosti
Dopunska zdravstvena zaštita	Mora se ispravno upisati u primjenjivi provincijski plan zdravstvene zaštite
Iznos s kojim korisnik sudjeluje u troškovima	Nema ga
Suosiguranje	100 % za sve usluge i pribor
Kartica za izravno plaćanje lijekova	Da
Naknade troškova za lijekove na recept	Patentirani ili generički lijekovi – 100 % alternativnog lijeka s najnižim troškom. Biološki ili bioslični lijekovi (potrebno je prethodno odobrenje) – 100 % alternativnog lijeka s najnižim
Najveća naknada za izdavanje lijekova	Nije primjenjivo
Maksimalna naknada za cjelokupnu zdravstvenu	Neograničeno
Maksimalni iznosi lijekova na recept	Terapija metadonom 1 000 dolara tijekom života; erektilna disfunkcija 500 dolara godišnje; lijekovi za plodnost 2 500 dolara tijekom života, prestanak pušenja 400 dolara tijekom života. Uključuje inzulin i pribor za dijabetes, alergijske serume, cjepiva i
Osobna skrb medicinskog tehničara	10 000 dolara za svaku kalendarsku godinu
Usluge pomoćnog medicinskog osoblja	500 dolara po terapeutu svake kalendarske godine – kiropraktičar, osteopat, podijatar, fizioterapeut, naturopat, logoped, masažni terapeut, psiholog
Ortopedska pomagala / ortopedska obuća	500 dolara / 24 mjeseca za ortopedska pomagala. 500 dolara / 24 mjeseca za ortopedske
Slušna pomagala	500 dolara / 36 mjeseci
Oftalmološka skrb (na recept)	400 dolara / 24 mjeseca za leće, okvire, kontaktne leće, sunčane naočale i industrijske
Laserska operacija oka:	Maksimalno 2 000 dolara za laserski kirurški zahvat
Industrijske zaštitne naočale (na recept)	200 dolara / 24 mjeseca (samo za korisnike plana)
Pregledi očiju	jedan pregled očiju svakih 12 mjeseci
Usluge medicinskog prijevoza	Prijevoz vozilom hitne pomoći
Medicinske usluge i pribor	Njega prilikom oporavka, trajna medicinska oprema (bolnički krevet, invalidska kolica, ortoze, štake), protetika, rendgenske snimke, laboratorijski testovi, pribor za dijabetičare,
Stomatološke usluge nakon nezgode	Podložno razumnim i uobičajenim troškovima
Naknada za članove obitelji preminuloga korisnika	Stanje na računu Dolarske banke korisnika, uz proširenje od 30 mjeseci
Prestanak osiguranja	Odlazak u mirovinu (primjenjuju se druge standardne odredbe o prestanku)
Hitna pomoć na putovanju	Maksimalno trajanje putovanja od 60 dana – morate se obratiti društvu Green Shield u roku
Maksimalna naknada za hitnu pomoć na putovanju	5 000 000 dolara po nezgodi u slučaju hitne medicinske intervencije izvan provincije
Maksimalna naknada za liječničko upućivanje	50 000 dolara za upućivanje izvan provincije u kalendarskoj godini
Prestanak osiguranja	Dob od 65 godina ili pri ranijem odlasku u mirovinu – (primjenjuju se ostale standardne
Stomatološka skrb	
Iznos s kojim korisnik sudjeluje u troškovima	Nema ga
Suosiguranje osnovnih usluga	100 %
Suosiguranje većih usluga	60 %
Suosiguranje ortodontskih usluga	60 %
Maksimalna godišnja naknada za osnovne usluge	3500 dolara
Maksimalna godišnja naknada za veće usluge	U kombinaciji s maksimalnom naknadom za osnovne usluge
Maksimalna naknada za ortodontske usluge tijekom	2500 dolara
Priručnik o naknadama	Priručnik za trenutačne stomatološke naknade za Ontario (ODA)
Obuhvaćene osnovne usluge	Dijagnostika, preventiva, restorativna stomatologija, stomatološka kirurgija, ispuni, anestezija
Cjeloviti pregled	Jedan pregled svaka 24 mjeseca
Kontrolni pregledi	Jedan pregled svakih šest mjeseci
Rendgenske snimke	jedna kompletna serija rendgenskih snimki svakih 12 mjeseci
Rendgenske snimke čeljusti	jedan komplet svakih 12 mjeseci
Poliranje	Osigurano
Lokalno liječenje fluoridom	Osigurano
Čišćenje periodontalnog kamena	osam jedinica svake kalendarske godine
Obuhvaćene glavne usluge	Krunice, mostovi, proteze
Zamjenski mostovi/proteze	Osigurani svakih pet godina
Ortodontske usluge	Djeca mlađa od 19 godina. Potreban je plan liječenja.
Naknada za članove obitelji preminuloga korisnika	Stanje na računu Dolarske banke korisnika, uz proširenje od 30 mjeseci
Prestanak osiguranja	Odlazak u mirovinu (primjenjuju se druge standardne odredbe o prestanku)
Program pomoći korisnicima	Povjerljive usluge savjetovanja Prestaje pri odlasku u mirovinu

INFORMACIJE O ISPUNJAVANJU UVJETA

TKO MOŽE ISPUNITI UVJETE ZA KORISTENJE POGODNOSTIMA PLANA

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

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

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

KADA KORISNIK PLANA PRVI PUT ISPUNJAVA UVJETE ZA POGODNOSTI?

Kako bi ostvario pravo na pogodnosti iz plana, korisnik plana mora prvo ispuniti i predati Uredu za upravljanje planom karticu s informacijama o korisniku. Kartice s informacijama o korisniku dostupne su u uredu sindikata ili u Uredu za upravljanje planom. Važno je da redovito ažurirate svoju karticu s informacijama o korisniku i da obavijestite Ured za upravljanje planom ako postoje izmjene ranije prijavljenih podataka.

Ured za upravljanje planom otvorit će račun u Dolarskoj banci za svakog korisnika koji ispunjava uvjete i uplatiti na taj račun sve doprinose poslodavca za plan koje je primio Ured za upravljanje planom.

Pokrivenost prema planu za korisnike plana i njihove uzdržavane osobe koje ispunjavaju uvjete započet će prvog dana drugog mjeseca, nakon mjeseca u kojem stanje računa u Dolarskoj banci korisnika plana bude najmanje tri puta veće od potrebnog mjesečnog iznosa odbitka s računa Dolarske banke. Na temelju obveznog mjesečnog odbitka s računa Dolarske banke od datuma izrade ove Informativne knjižice za korisnike plana, početno obvezno stanje na računu Dolarske banke iznosi 1140 dolara.

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

KAKO KORISNIK PLANA ISPUNJAVA UVJETE ZA POGODNOSTI?

Svakog će mjeseca iznos koji predstavlja mjesečni trošak pogodnosti plana biti skinut s računa korisnika plana u Dolarskoj banci. Taj se iznos naziva mjesečni odbitak s računa Dolarske banke. Od datuma izrade ove Informativne knjižice za korisnike plana obvezni mjesečni odbitak s računa Dolarske banke iznosi 380 dolara.

Korisnik plana ostaje osiguran pogodnostima plana (podložno odredbama o ispunjavanju uvjeta i raskidu opisanima u ovoj knjižici) pod uvjetom da korisnik plana ima minimalni iznos mjesečnog odbitka s računa Dolarske banke na svom računu Dolarske banke za svaki mjesec osiguranja.

U mjesecu u kojem upravitelj plana primi u ime korisnika plana doprinose koji premašuju obvezni mjesečni odbitak s računa Dolarske banke, taj će višak ostati na računu Dolarske banke korisnika plana, sve do maksimalnog salda bankovnog računa od 4560 dolara .

Maksimalni iznos računa Dolarske banke (koji je podložan promjenama kako je opisano ranije) predstavlja 12 mjesečnih odbitaka s računa Dolarske banke. Korisnik plana koji ima maksimalno stanje računa Dolarske banke ostaje osiguran planom do 12 mjeseci.

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

Ured za upravljanje planom šalje obavijest korisniku plana ako stanje na njegovu računu Dolarske banke ne sadrži minimalni mjesečni odbitak s računa Dolarske banke.

U tom slučaju kvalificirani korisnik plana može ispuniti uvjete za vršenje izravnih mjesečnih uplata do 12 uzastopnih mjeseci kako bi i dalje imao pravo na pogodnosti. Samo oni korisnici plana koji podmiruju obveze u Lokalnoj podružnici 27 ili Lokalnoj podružnici 1030 sindikata Carpenters mogu biti osigurani pogodnostima produljenima izravnim uplatama.

Ured za upravljanje planom upoznat će kvalificirane korisnike plana s njihovom mogućnošću izravnih uplata u planu i propisanim rasporedom plaćanja. Kako bi osoba ostala korisnik plana koji i dalje ispunjava uvjete, sve uplate u plan izravnim plaćanjem moraju se zaprimiti po dospijeću i podliježu primjenjivim porezima koji su na snazi u provinciji, a on trenutačno iznosi 8 % u Ontariju (porez na promet u trgovini na malo (RST)).

Od datuma izrade ove Informativne knjižice za korisnike plana kvalificirani korisnik plana ima mogućnost produžiti osiguranje tako da vrši izravne mjesečne uplate na temelju neke od sljedećih mogućnosti izravnih uplata:

Plan A – 300 dolara za Plan izravnog plaćanja (plus primjenjivi porezi) koji pruža sve pogodnosti plana, isključujući naknade tjednog obeštećenja i naknade za dugotrajnu onesposobljenost; ili

Plan B – mjesečni Plan izravnog plaćanja od 30 dolara (uz primjenjive poreze) koje se odnosi samo na naknadu za životno osiguranje koja se primjenjuje na korisnike plana (ne za uzdržavane osobe).

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

KAKO KORISNIK PLANA PONOVO POSTAJE KORISNIK POGODNOSTI NAKON ŠTO JE POKRIVENOST PRESTALA?

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

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

Ako je osiguranje korisnika plana obustavljeno na razdoblje od 12 uzastopnih mjeseci ili više, korisnik plana ponovno će ostvariti pravo na pogodnosti prvog dana drugog mjeseca nakon onog mjeseca u kojem je na korisnikovu računu u Dolarskoj banci bio minimalni saldo tromjesečnog iznosa prethodno opisanog mjesečnog bankovnog odbitka koji se isplaćuje iz Dolarske banke .

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

OSIM KORISNIKA PLANA, TKO JOŠ MOŽE BITI OBUHVAĆEN POGODNOSTIMA?

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

Bračni drug

- a) Bračni drug korisnika plana odnosi se na osobu koja je zakonski vjenčana s korisnikom plana nakon pravovaljane civilne ili vjerske ceremonije i isključuje osobu razvedenu ili razdvojenu od korisnika plana; ili
- b) na izvanbračnog supružnika korisnika plana s kojim korisnik plana neprekidno zajedno živi i javno ga predstavlja kao bračnog druga tijekom razdoblja od najmanje

12 uzastopnih mjeseci neposredno prije datuma pružanja usluga za koje je podnesen prvi zahtjev.

Dijete/djeca

- a) svako dijete (starije od 14 dana s obzirom na životno osiguranje uzdržavane osobe) korisnika plana Pojam „uzdržavano dijete“ odnosi se na djecu iz braka korisnika plana, na zakonski posvojenu djecu te na pastorku. Kako bi se smatralo uzdržavanom osobom koja ispunjava uvjete, dijete ne smije biti u braku, ne smije biti redovno zaposleno s punim radnim vremenom i mora biti mlađe od 22 godine; i
- b) dijete mlađe od 25 godina koje je neprekidno osigurano kao uzdržavana osoba prema ovom planu od kada je prvi put počelo ispunjavati uvjete i dalje se smatra uzdržavanom osobom koja ispunjava uvjete ako ima status redovnog studenta u akreditiranoj školi, fakultetu ili sveučilištu. Ovjerena potvrda o pohađanju nastave mora se dostaviti Uredu za upravljanje planom.

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

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

KADA SE PREKIDA ISPUNJAVANJE UVJETA ZA OSTVARENJE POGODNOSTI PLANA?

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

1. prvi dan mjeseca u kojem korisnik plana ima manji iznos od potrebnog mjesečnog odbitka na svom računu Dolarske banke;
2. prvi dan mjeseca u kojem korisnik plana nije izvršio potrebno izravno plaćanje ili za koje korisnik plana više ne ispunjava uvjete za obavljanje izravnih uplata;
3. dan kada korisnik plana prestane biti korisnik Lokalne podružnice 27 ili Lokalne podružnice 1030 koji podmiruje obveze te bude suspendiran ili izbačen te sve dok je korisnik plana suspendiran ili izbačen;
4. dan kada korisnik plana započne s aktivnim služenjem u oružanim snagama bilo koje zemlje, države ili međunarodne organizacije;
5. datum prestanka osiguranja ili police s obzirom na pogodnost(i) osiguranu(e) tom policom;

6. dan kada se korisnik plana umirovi i potroši iznos sa svog bankovnog računa Dolarske banke;
7. za naknade za trajnu i potpunu onesposobljenost, dugotrajnu onesposobljenost i pogodnosti hitne pomoći na putovanju, na dan kada Korisnik plana napuni 65 godina ili kada ode u mirovinu, ovisno što nastupi ranije. Ako korisnik plana u potpunosti zadovoljava Kvalifikacijsko razdoblje onesposobljenosti za dugotrajnu onesposobljenost, a ima 64 godine i smatra se da ispunjava uvjete za naknadu za onesposobljenost, isplate naknade za dugotrajnu onesposobljenost mogu se isplaćivati najdulje 12 mjeseci;
8. za naknadu u slučaju smrti uslijed nesretnog slučaja na radnom mjestu ili gubitka ekstremiteta na radnom mjestu, raniji od dvaju datuma kada korisnik plana navršiti 75 godina ili se umirovi;
9. datum prekida kako je naveden u skladu s odredbom o prekidu opisanom unutar opisa svake pogodnosti u ovoj knjižici.

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

Imajte na umu da osiguravatelji mogu produžiti određene pogodnosti onesposobljenom korisniku plana (nakon prekida pogodnosti korisniku plana i/ili nakon prekida pogodnosti plana). Više informacije potražite u poglavlju **Opis pogodnosti** u ovoj knjižici.

OSIGURANJE ZAŠTITE NA RADU

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

Iako je Ured za upravljanje planom dogovorio s poslodavcima koji plaćaju doprinose i Uredom sindikata da će mu slati obavijesti o onesposobljenosti do koje je došlo na radnom mjestu, činjenica je da se korisnik plana koji prima naknade WSIB može previdjeti i možda neće primiti svoj odgovarajući iznos u okviru plana.

Korisnici plana kod kojih dođe do onesposobljenosti na radnom mjestu moraju izravno obavijestiti Ured za upravljanje planom, dostaviti dokaze da primaju naknade WSIB, navesti datum nastanka onesposobljenosti i, ako je poznat, očekivani datum prestanka privremene onesposobljenosti kako bi se osiguralo primanje primjenjivog iznosa naknade WSIB u okviru plana.

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

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

Što učiniti ako ste doživjeli nesreću na radu

1. Odmah prijavite ozljedu svom poslodavcu.
2. Obratite se liječniku ili drugom zdravstvenom djelatniku i pobrinite se da ispune „Izvešće zdravstvenog radnika (Obrazac 8)“.
3. Kontaktirajte Lokalnu podružnicu sindikata 27 ili 1030 kako biste prijavili nezgodu. Nancy Amico na telefonskom broju (905) 652-4140, nastavak za izravno biranje 606, pomaže korisnicima plana pri prijavljivanju za pogodnosti WSIB-a.
4. Ispunite „Izvešće radnika o ozljedi (Obrazac 6)“. Kopije ispunjenog **Obrasca 6** trebete poslati u WSIB i svom poslodavcu. Lokalna podružnica sindikata 27 ili 1030 može vam pomoći u tome.
5. Obratite se Uredu za upravljanje planom kako biste prijavili nezgodu i podnijeli zahtjev za naknadom za dugotrajnu onesposobljenost;
6. Podnesite zahtjev za naknade za onesposobljenost EI i/ili CPP.

Žalbeni zahtjevi za naknade WSIB

Ozljeda na radnom mjestu može postati vidljiva tek tijekom vremena budući da nije uzrokovana samo jednim specifičnim događajem. Ove ozljede i dalje se mogu prijavljivati za naknade WSIB kao ozljede na radnom mjestu, međutim, postupak potraživanja može biti teži i često rezultira podnošenjem žalbenog zahtjeva. Lokalni Sindikat može pomoći Korisnicima plana u pogledu žalbenog zahtjeva za naknadu.

Poslodavčeva obveza ponovnog zapošljavanja i vaš povratak na posao

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

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

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

Pogodnost naknade izgubljene zarade i porezne informacije

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

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

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

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

Za pitanja i zastupanje u vezi sa **žalbenim zahtjevima za naknadu WSIB i/ili pitanja povezana s povratkom na posao** ili sastanke možete se obratiti **Sally Chiappetti-Scapin na (905) 652-4140, nastavak za izravno pitanje 239, ili Michaelu Faragou na (905) 652-4140, 222.**

Sally i Michael predstavljaju radnike na sastancima WSIB-a o povratku na posao i sa žalbenim zahtjevima za naknadu WSIB u Odboru za sigurnost i osiguranje na radnom mjestu te na Žalbenom sudu.

OPIS POGODNOSTI

POGODNOST ŽIVOTNOG OSIGURANJA

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

IMENOVANJE UŽIVATELJA

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

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

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

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

POVLASTICA PRETVORBE POGODNOSTI ŽIVOTNOG OSIGURANJA

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

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

OPOREZIVOST PLAĆENE PREMIJE ŽIVOTNOG OSIGURANJA

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

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

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

PRESTANAK POGODNOSTI ŽIVOTNOG OSIGURANJA

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

POTREBNI OBRAZAC ZAHTJEVA ZA ŽIVOTNIM OSIGURANJEM

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

POGODNOST ŽIVOTNOG OSIGURANJA UZDRŽAVANE OSOBE

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

POVLASTICA PRETVORBE ŽIVOTNOG OSIGURANJA UZDRŽAVANE OSOBE

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

Zahtjev za pojedinačnom policom zajedno s prvom mjesečnom premijom osiguravatelj mora primiti u roku od 31 dana od datuma prestanka ili smanjenja pogodnosti životnog osiguranja

uzdržavane osobe. Ako tijekom ovog razdoblja od 31 dana osoba umre, iznos prekinute ili umanjene naknade životnog osiguranja uzdržavane osobe koja je bila na raspolaganju za pretvorbu plaća se shodno tome čak i ako nije bilo zahtjeva za pretvorbom.

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

OPOREZIVOST PREMIJE ŽIVOTNOG OSIGURANJA UZDRŽAVANE OSOBE

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

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

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

PRESTANAK POGODNOSTI ŽIVOTNOG OSIGURANJA UZDRŽAVANE OSOBE

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

POTREBAN OBRAZAC ZA ZAHTJEV ZA ŽIVOTNIM OSIGURANJEM UZDRŽAVANE OSOBE

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

NAKNADA ZA SMRT I GUBITAK EKSTREMITETA USRED NESRETNOG SLUČAJA (AD&D)

POGODNOST U SLUČAJU SMRTI USLIJED NESRETNOG SLUČAJA (KORISNICI PLANA I UZDRŽAVANE OSOBE)

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

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

Uzdržavane osobe korisnika plana koje ispunjavaju uvjete također su obuhvaćeni naknadom za smrt uslijed nesretnog slučaja.

Glavni iznosi za bračnog druga i svu uzdržavanu djecu navedeni su u odjeljku **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici i plaćaju se korisniku plana.

POGODNOST U SLUČAJU SMRTI USLIJED NESRETNOG SLUČAJA NA RADNOM MJESTU (SAMO KORISNICI PLANA)

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

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

TRAJNA UKUPNA POGODNOST ZA INVALIDITET (SAMO KORISNICI PLANA)

Nakon godinu dana (12 mjeseci) „**neprekidne potpune onesposobljenosti**“, ako korisnik plana koji je mlađi od 65 godina tada postane „**trajno i potpuno onesposobljen**“, osiguravatelj korisniku plana isplaćuje naknadu za trajnu potpunu onesposobljenost navedenu u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici. Osiguravatelj od iznosa oduzima sve uplate obavljene u skladu s Rasporedom gubitaka naknade za gubitak ekstremiteta nesretnim slučajem (pogledajte dalje u tekstu), povezanima s tim istim ozljedama.

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

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

POGODNOST U SLUČAJU GUBITKA EKSTREMITETA USLIJED NESRETNOG SLUČAJA (KORISNICI PLANA I UZDRŽAVANE OSOBE) I POGODNOST U SLUČAJU GUBITKA EKSTREMITETA USLIJED NESRETNOG SLUČAJA NA RADNOM MJESTU(KORISNICI PLANA)

Osiguravatelj će korisniku plana isplatiti 100 % primjenjivog glavnog iznosa za gubitak ekstremiteta nesretnim slučajem opisanog u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici, u slučaju da korisnik plana ili uzdržavana osoba koja ispunjava uvjete pretrpi neki od ispod navedenih slučajnih gubitaka. Uz naknadu za gubitak ekstremiteta nesretnim slučajem osiguravatelj će korisniku plana isplatiti i 100 % primjenjivog glavnog iznosa za gubitak ekstremiteta nesretnim slučajem na radnom mjestu, opisanog u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici, u slučaju da korisnik plana, koji je mlađi od 75 godina, pretrpi neki od ispod navedenih slučajnih gubitaka uslijed nezgode na radnom mjestu.

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

Osiguravatelj će korisniku plana isplatiti 200% primjenjivog glavnog iznosa za gubitak ekstremiteta nesretnim slučajem opisanog u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici, u slučaju da korisnik plana ili uzdržavana osoba koja ispunjava uvjete pretrpi neki od ispod navedenih slučajnih gubitaka.

Uz naknadu za gubitak ekstremiteta nesretnim slučajem osiguravatelj će korisniku plana isplatiti i 200 % primjenjivog glavnog iznosa za gubitak ekstremiteta nesretnim slučajem na radnom mjestu, opisanog u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici, u slučaju da korisnik plana, koji je mlađi od 75 godina, pretrpi neki od ispod navedenih slučajnih gubitaka uslijed nezgode na radnom mjestu.

- Gubitak obiju ruku do ramena, obiju ruku do zapešća, obiju nogu ili obaju stopala

- Nemogućnost služenja objema rukama do ramena, objema rukama do zapešća, objema nogama ili obama stopalima
- Kvadriplegija
- Paraplegija
- Hemiplegija

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

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

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

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

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

Osiguravatelj će korisniku plana isplatiti 25% primjenjivog glavnog iznosa za gubitak ekstremiteta nesretnim slučajem opisanog u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici, u slučaju da korisnik plana ili uzdržavana osoba koja ispunjava uvjete pretrpi neki od

ispod navedenih slučajnih gubitaka. Uz naknadu za gubitak ekstremiteta nesretnim slučajem osiguravatelj će korisniku plana isplatiti i 25 % primjenjivog glavnog iznosa za gubitak ekstremiteta nesretnim slučajem na radnom mjestu, opisanog u poglavlju **Sažeti pregled pogodnosti** u ovoj knjižici, u slučaju da korisnik plana, koji je mlađi od 75 godina, pretrpi neki od ispod navedenih slučajnih gubitaka uslijed nezgode na radnom mjestu.

- Gubitak svih prstiju na istom stopalu

DEFINICIJE GUBITKA EKSTREMITETA NESRETNIM SLUČAJEM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DODATNE POGODNOST U SLUČAJU SMRTI ILI GUBITKA EKSTREMITETA USLIJED NESRETNOG SLUČAJ

NAKNADA ZA IZLAGANJE I NESTANAK

Gubitak koji je posljedica izlaganja elementima koje nije moguće izbjeći i koji proizlazi iz gore opisanih opasnosti bit će pokriven u mjeri u kojoj su pogodnosti dostupne osiguranoj osobi. Ako se tijelo osigurane osobe ne pronađe u roku od jedne godine od nestanka, nasukavanja, utapanja ili uništenja prijevoznog sredstva u kojem se vozio u vrijeme nezgode, pretpostavit će se, podložno svim drugim uvjetima pogodnosti, da je izgubio život uslijed tjelesnih ozljeda zadobivenih u nezgodi.

NAKNADA ZA REPATRIJACIJU

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

NAKNADA ZA REHABILITACIJU

Kada ozljede imaju za posljedicu to da osiguravatelj plati naknadu u okviru bilo kakve pogodnosti osim naknade zbog gubitka života, osiguravatelj će uz to platiti i stvarno nastale razumne i potrebne troškove, do maksimalnog iznosa od 15 000 dolara, za posebno osposobljavanje osigurane osobe, pod uvjetom da:

- a) je takvo osposobljavanje potrebno zbog takvih ozljeda i kako bi osigurana osoba bila kvalificirana za obavljanje posla kojim se on/ona ne bavio da nije zadobio (zadobila) takve ozljede;
- b) su troškovi nastali u roku od dvije (2) godine od datuma nezgode;
- c) neće se plaćati za troškove života, putovanja ili odjeće.

NAKNADA ZA PRIJEVOZ OBITELJI

Kada ozljede uzrokuju boravak osigurane osobe u bolnici smještenoj izvan sto pedeset (150) kilometara od grada stalnog prebivališta ili izvan Kanade, a zahtijevaju osobnu nazočnost člana uže obitelji prema preporuci liječnika u pisanom obliku, osiguravatelj će platiti troškove člana obitelji za prijevoz najizravnijim mogućim putem licenciranim javnim prijevoznikom do osigurane osobe, ali ne više od maksimalnog iznosa od 15 000 dolara.

„Član najuže obitelji” označava bračnog druga, roditelja ili pomajku ili poočima, dijete ili pastorka, brata ili sestru, polubrata ili polusestru, brata ili sestru supružnika, punicu/svekrvu ili punca/svekra te supružnike djece.

NAKNADA ZA POSLOVNO OSPOSOBLJAVANJE BRAČNOG DRUGA

Kada ozljede korisnika plana dovedu do toga da osiguravatelj obavi isplatu naknade zbog smrti uslijed nesretnog slučaja, osiguravatelj će osim toga platiti stvarno nastali trošak u roku od 365 dana od datuma nezgode bračnog druga korisnika plana za program stručnog osposobljavanja u svrhu konkretnog kvalificiranja tog bračnog druga za aktivno zapošljavanje u zanimanju za koje bračni drug inače ne bi bio dovoljno kvalificiran. Maksimalni isplaćeni iznos ne smije biti viši od 15 000 dolara.

NAKNADA ZA PREINAKU DOMA I VOZILA

Ova naknada može se isplatiti u slučaju da osigurana osoba zadobije ozljedu koja rezultira jednim od gubitaka ekstremiteta nesretnim slučajem za koje je moguće isplatiti naknadu (osim naknade zbog smrti uslijed nesretnog slučaja), a takva ozljeda zahtijeva upotrebu invalidskih kolica da bi osoba bila pokretna.

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

- 1) jednokratni trošak preinaka glavnog prebivališta osigurane osobe kako bi ga se učinilo pristupačnim i stambeno prikladnim za invalidska kolica; i
- 2) jednokratni trošak nužnih preinaka motornog vozila koje upotrebljava osigurana osoba kako bi osigurana osoba mogla ući u vozilo i njime upravljati.

Do isplate ovih pogodnosti ne dolazi osim ako su:

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

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

NAKNADA ZA DNEVNU SKRB DJECE

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

- a) iznose manje od 5 % primjenjive svote glavnog iznosa koji se odnosi na osiguranu osobu; ili
- b) iznose najviše 5 000 dolara godišnje:

za uzdržavano dijete u dobi od 12 godina ili mlađe. Uzdržavano dijete mora biti upisano u ovlaštenu ustanovu za dnevnu skrb djece na dan nezgode ili mora biti upisano u ovlaštenu ustanovu dnevnu skrb djece u roku od 365 dana nakon datuma nezgode.

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

POSEBNA NAKNADA ZA ŠKOLOVANJE

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

„Posebna naknada za školovanje“ plaća se godišnje u najviše četiri (4) uzastopna godišnja plaćanja, ali samo ako uzdržavano dijete nastavi školovanje kao redoviti student u visokoškolskoj ustanovi.

NAKNADA ZA ŽALOVANJE

Kada ozljede pokrivene naknadama zbog smrti uslijed nesretnog slučaja ili gubitka ekstremiteta rezultiraju gubitkom života osigurane osobe, u roku od 365 dana od datuma nezgode osiguravatelj će platiti razumne i nužne troškove koje su stvarno imale uzdržavane osobe preminulog korisnika plana koje ispunjavaju uvjete (bračni drug i djeca) za najviše šest (6) sastanaka sa stručnjakom za psihološku pomoć tijekom žalovanja, pri čemu treba biti riječ o profesionalnom savjetniku, a maksimalni iznos je 1 000 dolara.

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

MJESEČNA NAKNADA ZA BORAVAK U BOLNICI

U slučaju da osigurana osoba zadobije ozljedu koja rezultira isplatom u skladu s naknadom za gubitak ekstremiteta nesretnim slučajem, isključujući naknadu za smrt uslijed nesretnog slučaja, a osigurana osoba leži u bolnici i pod nadzorom je zakonski kvalificiranog i

registriranog liječnika ili kirurga, osiguravatelj će platiti za svaki puni mjesec jedan posto (1 %) od primjenjivog glavnog iznosa, uz maksimalnu naknadu od 2500 dolara, ili tridesetinu (1/30) takve mjesečne naknade za svaki dan djelomičnog mjeseca, retroaktivno do prvog punog dana takvog boravka u bolnici, no to ne smije prelaziti ukupno 365 dana za svako razdoblje boravka u bolnici.

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

1. bavi se prvenstveno prijemom, njegom i liječenjem bolesnih ili ozlijeđenih osoba kao pacijenata koji u njoj borave;
2. osigurava svakodnevnu 24-satnu njegu koju obavljaju ovlašteni ili diplomirani medicinski tehničari;
3. zapošljava jednog ili više licenciranih liječnika koji su dostupni u svako doba;
4. sadrži uređene prostore za dijagnostiku i kirurške dvorane; i
5. nije prvenstveno klinika, starački dom, dom za oporavak niti sličan objekt niti je, osim uzgredno, mjesto za liječenje alkoholičara ili ovisnika o drogama.

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

NAKNADE ZA KOZMETIČKE USLUGE ZA NARUŽENOST

Ako osigurana osoba uslijed nezgode pretrpi opeklinu trećeg stupnja, osiguravatelj će platiti postotak primjenjivog glavnog iznosa ovisno o opečenom dijelu tijela prema sljedećoj tablici, pri čemu maksimalna plativa naknada 25 000 dolara:

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

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

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

NAKNADA ZA UPORABU SIGURNOSNOG POJASA

Ova se naknada isplaćuje samo u slučaju da osigurana osoba zadobije ozljedu koja rezultira jednim od gubitaka plativih u okviru naknade zbog pogibije nesretnim slučajem ili gubitka ekstremiteta. Svota glavnog iznosa osigurane osobe povećat će se za 10 % do maksimalnog iznosa od 25 000 dolara ako je u vrijeme nesreće osigurana osoba vozila ili se vozila u vozilu s pravilno pričvršćenim sigurnosnim pojasom. Dokaz upotrebe sigurnosnog pojasa mora se dostaviti kao dio pisanog dokaza nastale štete.

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

POGODNOST NAKNADE ZA IDENTIFIKACIJU TIJELA

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

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

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

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

POVLASTICA PRETVORBE

Na dan prestanka naknade zbog smrti uslijed nesretnog slučaja ili gubitka ekstremiteta ili tijekom 31-dnevnog razdoblja nakon prestanka, osigurana osoba može pretvoriti svoje osiguranje u pojedinačnu policu osiguranja osiguravatelja (isključujući kritičnu bolest) samo za smrt uslijed nesretnog slučaja ili gubitak ekstremiteta.

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

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

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

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

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

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

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

- a) dok se upotrebljava u svrhu ispitivanja ili eksperimenta; ili
- b) dok osigurana osoba upravlja zrakoplovom, uči upravljati zrakoplovom ili služi kao član posade tog zrakoplova; ili
- c) dok njime upravlja vojna vlast ili se za nju ili pod njenim vodstvom njime upravlja, osim zrakoplova transportnog tipa kojim upravlja Zapovjedništvo zračnog prijevoza Kanadskih oružanih snaga ili slična služba za zračni prijevoz neke druge zemlje; ili

- d) bilo koji takav zrakoplov ili uređaj koji je u vlasništvu ovog sindikata ili ga je unajmio sindikat ili netko u njegovo ime ili u ime poslodavca, ili neke njegove podružnice ili povezanog subjekta, ili osigurane osobe ili člana njegovog/njezinog kućanstva; ili
- e) dok se upotrebljava za gašenje požara, inspekciju cjevovoda, inspekciju dalekovoda, fotografiranje iz zraka ili istraživanje.

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

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

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

Tijekom veljače svake godine korisnik plana koji je bio pokriven osiguranjem za slučaj smrti uslijed nesretnog slučaja ili gubitka ekstremiteta u prethodnoj kalendarskoj godini primit će službeni porezni obrazac iz plana na kojemu se navodi ukupan iznos uplaćene premije za slučaj pogibije nesretnim slučajem ili gubitka ekstremiteta (zajedno s bilo kojom drugom oporezivom uplaćenom premijom) koje je fond uplatio u ime korisnika plana u prethodnoj kalendarskoj godini.

Svaku premiju za slučaj smrti uslijed nesretnog slučaja ili gubitka ekstremiteta uplaćenu u ime korisnika plana (prikazanu na službenom poreznom obrascu) korisnik plana mora prijaviti kao dohodak u godišnjoj prijavi poreza na dohodak u izračunu svog oporezivog dohotka.

PRESTANAK POGODNOSTI OSIGURANJA U SLUČAJU SMRTI USLIJED NESRETNOG SLUČAJA I GUBITKA EKSTREMITETA

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

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

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

POGODNOST ZA KRITIČNE BOLESTI

Ako , dok je korisnik plana osiguran za naknadu za kritične bolesti, ali samo nakon što je osiguranje na snazi za korisnika plana u razdoblju od 90 dana (primjenjivo samo za rak), korisnik plana koji je mlađi od 65 godina dobije dijagnozu **raka, srčanog udara, zatajenja bubrega ili moždanog udara**, a korisnik plana preživi u razdoblju od 30 dana nakon toga, osiguravatelj će platiti naknadu za Kritične bolesti koja je prikazana u odjeljku **Sažetak naknada** ove knjižice.

Osiguravatelj je dužan platiti naknadu za kritične bolesti samo jednom, bez obzira na to što se korisniku plana može dijagnosticirati više od jedne osigurane bolesti.

PREŽIVLJENJE OD 30 DANA

Ako, dok je pokrivenost iz osiguranja na snazi, korisnik plana oboli od raka, srčanog udara, zatajenja bubrega ili moždanog udara, a korisnik plana preživi u razdoblju od 30 dana nakon toga, osiguravatelj će platiti iznos naknade kako je prethodno navedeno.

PRETHODNO POSTOJEĆE MEDICINSKO STANJE

Podrazumijeva bolest ili ozljedu koju je pretrpio korisnik plana za koji je tražio ili primio medicinski savjet, konzultacije, ispitivanje, dijagnozu ili za koje je liječnik zahtijevao ili preporučio liječenje tijekom 24 mjeseca neposredno prije početnog datuma na koji je stupilo na snagu ispunjavanje uvjeta korisnika plana za pogodnosti plana (ili povećanog iznosa osiguranja, ako je primjenjivo) koji izravno ili neizravno uzrokuje pojavu uvjeta unutar prva 24 mjeseca od početnog datuma stupanja na snagu članstva u planu (ili za povećani iznos osiguranja, ako je primjenjivo).

DEFINICIJE KRITIČNE BOLESTI

„**Rak**“: znači „maligni tumor“ karakteriziran nekontroliranim rastom i širenjem malignih stanica i zahvaćanjem tkiva. Obuhvaća leukemiju, Hodgkinovu bolest i invazivni melanom, ali ne obuhvaća:

- Karcinom in situ
- Kaposijev sarkom ili drugi rak povezan s AIDS-om i rak u prisutnosti virusa humane imunodeficijencije (HIV)

- Rak kože ili melanom koji nije invazivan i ne prelazi 75 milimetara dubine
- Rak prostate dijagnosticiran kao T1 N0 M0 ili ekvivalentan stupanj
- recidiv ili metastaze raka koji je prvobitno dijagnosticiran prije datuma stupanja na snagu osiguranja

Liječnik ovlašten kao onkolog mora pismeno potvrditi dijagnozu.

„Srčani udar” znači definitivnu dijagnozu smrti srčanog mišića zbog opstrukcije protoka krvi koja rezultira porastom i padom biokemijskih srčanih biljega na razinu koja se smatra dijagnosticiranim infarktom miokarda, s najmanje jednim od sljedećih simptoma:

- a) simptomi srčanog udara; ili
- b) nove promjene elektrokardiograma (EKG) u skladu sa srčanim udarom; ili
- c) razvoj novih Q valova tijekom ili neposredno nakon intraarterijskog srčanog zahvata uključujući, ali ne ograničavajući se na koronarnu angiografiju i koronarnu angioplastiku.

Dijagnozu srčanog udara mora dati specijalist.

Isključenja srčanog udara: Za ovaj uvjet ne plaća se nikakva naknada za:

- a) povišene biokemijske srčane biljege s:
 - i) razinom troponina manjom od 1
 - ii) razinom CK-Mb manje od 4, ili
- b) Promjene u EKG-u koje ukazuju prethodni infarkt miokarda, koji ne zadovoljavaju definiciju srčanog udara kao što je gore opisano.

„Zatajenje bubrega”: „Bolest bubrega” znači krajnji stadij bubrežne bolesti zbog kroničnog nepovratnog zatajenja funkcije obaju bubrega, koji od korisnika plana zahtjeva da se podvrgne redovitoj hemodijalizi, peritonealnoj dijalizi ili transplantaciji bubrega. Ovlašteni nefrolog mora pismeno potvrditi dijagnozu.

„Moždani udar”: znači da je korisnik plana pretrpio cerebrovaskularni incident, isključujući tranzijentni ishemijski napad (TIA), uzrokujući infarkt moždanog tkiva zbog tromboze, krvarenja iz i intrakranijalne žile ili embolizacije uzrokovane ekstrakranijskim izvorom. Mora postojati dokaz trajnog neurološkog deficita koji traje 30 dana uzastopno, što potvrđuju dokazi da je deficit posljedica moždanog udara, koji je pismeno potvrdio ovlašteni neurolog.

90-DNEVNO ISKLJUČIVANJE RAKA

Razdoblje isključivanja raka predstavlja 90 dana od kasnijeg događaja navedenog ispod:

- a) datum stupanja na snagu osiguranja korisnika plana ili;
- b) datum posljednjeg ponovnog aktiviranja police osiguranja.

Unutar tog razdoblja isključenja nema za rak ako se postavi dijagnoza bilo koje vrste raka, bilo da je uključena ili isključena u okviru police osiguranja, ili ako se pojave neki simptomi ili

medicinski problemi koji, ako postoje ili ako se ponavljaju rezultiraju ispitivanjem koje dovodi do dijagnoze raka.

U slučaju takve dijagnoze naknada za kritične bolesti ostat će na snazi, ali se rak više neće smatrati osiguranim stanjem, osim naknadne dijagnoze nepovezanog raka.

OGRAIČENJA I IZUZEĆA NAKNADE ZA KRITIČNE BOLESTI

Osiguratelj neće platiti naknadu za kritične bolesti pod sljedećim okolnostima:

1. za ozljedu ili bolest, osim neke od osiguranih bolesti, čak i ako je takva ozljeda ili bolest možda komplicirana jednom od pokrivenih bolesti;
2. za komplikacije infekcije virusom humane imunodeficijencije (HIV) ili njegove varijante uključujući AIDS-a i kompleks povezan s AIDS-om;
3. za upotrebu, postojanje ili izbjegavanje nuklearnog oružja, materijala ili ionizirajućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću od bilo kojeg nuklearnog goriva ili otpada nastalog izgaranjem nuklearnog goriva;
4. namjerno samoozljeđivanje , samoubojstvo ili pokušaj samoubojstva, dok je osoba mentalno zdrava ili ne;
5. proglašeni ili neproglašeni rat ili čin rata;
6. izvršenje ili pokušaj korisnika plana da izvrši djelo koji bi, u slučaju donošenja sudske odluke, , bilo nezakonit čin prema zakonima zemlje u kojoj je djelo počinjeno;
7. zlouporabi lijekova ili zlouporaba droga ili opojnih sredstava;
8. prethodno postojeće zdravstveno stanje, osim ako je osiguranje bilo na snazi tijekom 24 uzastopna mjeseca nakon početnog datuma stupanja na snagu planiranih pogodnosti iz plana.

OPOREZIVOST PLAĆENE PREMIJE ZA KRITIČNU BOLESTI

Svaka premija za kritične bolesti koju Fond plaća u ime korisnika plana smatra se prema kanadskim poreznim zakonima oporezivom pogodnošću za korisnika plana u kalendarskoj godini u kojoj je primljena.

U veljači svake godine korisnik plana koji je bio osiguran u slučaju kritične bolesti u okviru plana u prethodnoj kalendarskoj godini primit će službeni porezni obrazac iz plana u kojem je naveden ukupan iznos plaćene premije kritične bolesti (zajedno s bilo kakvim drugim oporezivim uplaćenim premijama) koji je fond uplatio u ime korisnika plana u prethodnoj kalendarskoj godini.

Svaku premiju za kritične bolesti plaćenu u ime korisnika plana (prikazanu na službenom poreznom obrascu) korisnik Plana mora prijaviti kao dohodak u godišnjoj prijavi poreza na dohodak u izračunu svog oporezivog dohotka.

PRESTANAK POGODNOSTI ZA KRITIČNE BOLESTI

Naknada za kritičnu bolest korisnika plana prestaje na raniji od dvaju datuma: kada se korisnik plana umirovi ili kada napuni 65 godina. Osiguranje korisnika plana također se prekida kao što je ranije opisano u poglavlju **Informacije o ispunjavanju uvjeta** u ovoj knjižici.

POTREBAN OBRAZAC ZAHTJEVA ZA KRITIČNU BOLEST

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

NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)

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

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

DAN POČETKA ISPLATE NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA

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

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

MAKSIMALNO RAZDOBLJE ISPLATA NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)

26 tjedana je maksimalno razdoblje tijekom kojega potpuno onesposobljeni Korisnik plana može primati isplate naknada tjednog obeštećenja, za uzastopni period invaliditeta, ali ne nakon datuma kada se Korisnik plana umirovio.

Maksimalno razdoblje isplate naknada tjednog obeštećenja od 26 tjedana uključuje razdoblje od 15 tjedana tijekom kojega se mogu isplatiti naknade Osiguranja zaposlenika u slučaju nezgode i bolesti (EI) ako je primjenjivo na slučaj. 26 tjedana je ukupno trajanje isplate naknada tjednog obeštećenja (WI) koje zajedno omogućuju Plan i Osiguranje zaposlenika od nezgode i bolesti (EI).

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

Maksimalna moguća isplata tjednog obeštećenja (WI) iznosi 500 dolara tjedno. Ta se isplata proporcionalno raspodjeljuje na temelju broja dana onesposobljenosti u tjednu ako traje manje od tjedan dana.

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

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

UMANJENJA PLAĆANJA NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)

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

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

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

OPOREZIVOST NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)

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

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

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

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

Tjedna (WI) pogodnost usklađena je s naknadom osiguranja zaposlenika u slučaju nezgode i bolesti.

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

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

Tijekom tog razdoblja od 15 tjedana isplaćivanja naknade osiguranja zaposlenika (EI) u slučaju nezgode i bolesti plan neće plaćati nikakvu naknadu tjednog obeštećenja (WI), osim ako se ne dostavi dokaz da korisnik plana ne ispunjava uvjete za naknadu osiguranja zaposlenika (EI) u slučaju nezgode i bolesti.

Kako bi primao naknadu tjednog obeštećenja (WI) od plana tijekom razdoblja od 15 tjedana naknade Osiguranja zaposlenika (EI) u slučaju nezgode i bolesti, korisnik plana mora dostaviti izjavu kanadskog Ministarstva rada i socijalnog razvoja u kojoj je naveden broj tjedana tijekom kojih su mu isplaćivane naknade osiguranja zaposlenika (EI) u slučaju nezgode i bolesti, ili koja potvrđuje da su mu odbijene isplate naknada osiguranja zaposlenika (EI) u slučaju nezgode i bolesti.

Korisnik plana koji ostaje u potpunosti onesposobljen nakon 15 tjedana maksimalnog razdoblja naknade tada ima pravo na tjedne isplate naknada tjednog obeštećenja koje se nastavljaju iz plana, pod uvjetom da korisnik plana dostavi sve potrebne medicinske izjave u Ured za upravljanje planom koje podržavaju tvrdnju korisnika plana da je kontinuirano u potpunosti onesposobljen.

Važno je uočiti da se korisnik plana mora prijaviti za isplatu naknada Osiguranja zaposlenika (EI) u slučaju nezgode i bolesti, a ne za naknadu za nezaposlenost. Ako je korisniku plana već

odobren zahtjev za naknadom za nezaposlenost i prima novčanu naknadu za nezaposlene na dan kada korisnik plana postane u potpunosti onesposobljen, onda, osim obavještanja Ureda za upravljanje planom, korisnik plana treba odmah obavijestiti kanadsko Ministarstvo rada i socijalnog razvoja o svojoj onesposobljenosti te izmijeniti svoj zahtjev za naknadom za nezaposlenost u zahtjev za naknadom osiguranja zaposlenika (EI) u slučaju nezgode i bolesti.

OPETOVANA ONESPOSOBLJENOST U SMISLU NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)

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

U takvim okolnostima maksimalno razdoblje isplate naknade tjednog obeštećenja (WI) od 26 tjedana u okviru Plana (opisano ranije) i dalje će se temeljiti na početnom (ranijem) datumu invaliditeta. Do jedine iznimke od ovog pravila dolazi ako je novi izostanak s posla korisnika plana posljedica nove, nepovezane onesposobljenosti koja je započela nakon što se korisnik plana vratio na posao (ili bio dostupan za rad) najmanje jedan cijeli dan.

SUBROGACIJA ISPLATA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)

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

Ako zbog incidenta koji je prouzročio ili pridonio onesposobljenosti korisnika plana korisnik plana ima pravo na nadoknadu gubitka prihoda od treće strane, na plan se prenose sva prava korisnika plana na povrat sredstava zbog gubitka prihoda. Iznos kojim će se plan namiriti premašuje zbroj isplata naknade tjednog obeštećenja (WI) koje je isplatio plan ili koje plan može isplatiti.

U slučaju da korisnik plana pruži dokaz planu da korisnik plana nije primio punu nadoknadu gubitka prihoda, planom se određuju razmjeri štete koja je korisniku plana zaista nadoknađena i proporcionalno se raspodjeljuju isplate u tom iznosu.

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

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

OGRANIČENJA I IZUZEĆA NAKNADA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)

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

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

14. za onesposobljenosti koje su posljedica sudjelovanja korisnika plana u ratu, neredu ili ustanku;
15. za onesposobljenosti za koje zahtjev nije podnesen u roku od dvanaest (12) mjeseci od datuma nastanka onesposobljenosti;
16. na dan kada korisnik plana odbije ili ne uspije ispuniti i vratiti ili prihvatiti uvjete Sporazuma o povratu sredstava u skladu s odredbom **SUBROGACIJA ISPLATA TJEDNOG OBEŠTEĆENJA (WI)**;
17. za dio razdoblja onesposobljenosti tijekom dopusta (uključujući rođiljni dopust) osim ako se naknade pružaju tijekom razdoblja postporođajnog oporavka u okviru rođiljnog dopusta.

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

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

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

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

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

POTREBAN OBRAZAC ZAHTJEVA ZA TJEDNIM OBEŠTEĆENJEM

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

NAKNADA ZA DUGOTRAJNU OSPOSOBLJENOST (LTD)

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

Korisnik plana smatra se **“potpuno onesposobljenim”** tijekom prvih 24 mjeseca u kojem se primaju mjesečne isplate naknada, ako korisnik plana ne može obavljati dužnost vlastitog zanimanja ili zaposlenja. Nakon tog razdoblja korisnik plana smatra se „potpuno onesposobljenim” ako ne može obavljati bilo koju i nijednu dužnost povezanu sa zanimanjem za koje je korisnik plana kvalificiran obukom, školovanjem ili iskustvom.

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

DAN POČETKA MJESEČNIH ISPLATA NAKNADE ZA DUGOTRAJNU ONESPOSABLJENOST (LTD)

Mjesečne naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) mogu se isplaćivati korisniku plana za svako kontinuirano razdoblje onesposobljenosti tijekom kojega je korisnik plana bio potpuno onesposobljen nakon kvalificirajućeg razdoblja onesposobljenosti koje traje 26 neprekidnih dana ili nakon iscrpljivanja svih isplata naknada tjednog obeštećenja (WI) koje se mogu isplatiti korisniku plana (što god od toga bilo dulje), s okončanjem prije navršene 65. godine života.

Ako početno razdoblje onesposobljenosti nije kontinuirano tijekom 26-tjednog kvalificirajućeg razdoblja onesposobljenosti, broj dana tijekom kojih je korisnik plana onesposobljen akumulirat će se prema zadovoljenju 26-tjednog kvalificirajućeg razdoblja onesposobljenosti pod uvjetom da:

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

MAKSIMALNO RAZDOBLJE MJESEČNIH ISPLATA NAKNADE ZA DUGOTRAJNU ONESPOSABLJENOST (LTD)

Potpuno onesposobljeni korisnik plana može primati mjesečne isplate naknada za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) tijekom jednog uzastopnog razdoblja onesposobljenosti, ali ne nakon navršene 65. godine života, oporavka od onesposobljenosti ili smrti.

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

Mjesečne isplate naknada za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) ne mogu se vršiti nakon što korisnik plana navršši 65 godina osim ako korisnik plana zadovolji uvjete kvalificirajućeg razdoblja onesposobljenosti u dobi od 64 godine te se smatra da ispunjava uvjete za mjesečne

isplate za dugotrajnu onesposobljenost (LTD). U tom slučaju mjesečne naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) mogu se isplaćivati u maksimalnom trajanju od 12 mjeseci pod uvjetom da je korisnik plana potpuno onesposobljen tijekom tog razdoblja.

MAKSIMALNE PLATIVE MJESEČNE ISPLATE NAKNADE ZA DUGOTRAJNU ONESPOSOBLJENOST (LTD)

Maksimalna mjesečna naknada za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) koju se može isplatiti iznosi 1 000 dolara na mjesec. Ova mjesečna naknada za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) proporcionalno se određuje na temelju broja dana onesposobljenosti tijekom mjeseca ako je razdoblje kraće od jednog mjeseca.

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

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

SMANJENJA PLAĆANJA MJESEČNE NAKNADE ZA DUGOTRAJNU ONESPOSOBLJENOST (LTD)

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

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

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

IZRAVNA SMANJENJA MJESEČNE NAKNADE ZA DUGOTRAJNU ONESPOSOBLJENOST (LTD)

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

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

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

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

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

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

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

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

OPOREZIVOST MJESEČNE NAKNADE ZA DUGOTRAJNU ONESPOSOBLJENOST (LTD)

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

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

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

OPETOVANA DUGOTRAJNA ONESPOSOBLJENOST (LTD)

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

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

PROGRAM REHABILITACIJSKOG ZAPOŠLJAVANJA

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

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

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

SUBROGACIJA MJESEČNE NAKNADE ZA DUGOTRAJNU ONESPOSOBLJENOST (LTD)

Kao dio postupka podnošenja zahtjeva osiguravatelj zahtijeva da korisnik plana koji je podnio zahtjev za naknadom za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) mora ispuniti i dostaviti Sporazum o povratu sredstava.

Ako zbog incidenta koji je prouzročio ili pridonio onesposobljenosti korisnika plana korisnik plana ima pravo na nadoknadu gubitka prihoda od treće strane, na osiguravatelja prelaze sva prava korisnika plana na nadoknadu gubitka prihoda.

Iznos kojim će se osiguravatelj namiriti ne premašuje zbroj mjesečnih isplata naknade za dugotrajnu onesposobljenost (LTD) koje je platio ili koje može platiti osiguravatelj.

U slučaju da korisnik plana osiguravatelju pruži dokaz da korisnik plana nije primio punu nadoknadu gubitka prihoda, osiguravatelj određuje razmjere štete koju je pretrpio korisnik plana i raspodjeljuje isplate proporcionalno u tom iznosu.

Ako korisnik plana odluči riješiti stvar s trećom stranom prije sudske odluke, osiguravatelj smatra da je iznos dogovoren u nagodbi puna nadoknada gubitka prihoda te se primjenjuje pravo osiguravatelja na subrogaciju.

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

IZUZEĆE RANIJE NASTALE ONESPOSOBLJENOSTI

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

OGRANIČENJA I IZUZEĆA NAKNADE ZA DUGOTRAJNU ONESPOSOBLJENOST

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

1. za dio razdoblja onesposobljenosti tijekom kojeg korisnik plana nije pod stalnim nadzorom/liječenjem licenciranog liječnika ili specijalista kojega osiguravatelj smatra mjerodavnim za oštećenje koje je uzrokovalo onesposobljenost;

2. za dio razdoblja onesposobljenosti tijekom kojeg korisnik plana prima samo terapiju od terapeuta, osim ako je takvo liječenje preporučio licencirani liječnik ili specijalist, a osiguravatelj ga smatra mjerodavnim za oštećenje koje je uzrokovalo onesposobljenost;
3. za onesposobljenosti koje su posljedica zlouporabe supstanci, uključujući alkoholizam i ovisnost o drogama, osim ako korisnik plana sudjeluje u priznatom programu odvikavanja od ovisnosti koji osiguravatelj smatra mjerodavnim za oštećenje koje je uzrokovalo onesposobljenost;
4. za dio razdoblja onesposobljenosti tijekom kojeg korisnik plana ne sudjeluje u programu rehabilitacije i/ili liječenja koji je preporučio licencirani liječnik ili specijalist kojega osiguravatelj smatra mjerodavnim za oštećenje koje je uzrokovalo onesposobljenost;
5. za onesposobljenosti proizašle iz namjerno samonanesenih ozljeda ili bolesti ili pokušaja samouništenja, osim ako se medicinskim dokazima ne utvrdi da su ozljede povezane s mentalnom bolesti;
6. za onesposobljenosti proizašle iz pokušaja ili sudjelovanja korisnika plana u izvršenju kaznenog djela;
7. za onesposobljenosti koje su posljedica nezgode koja se dogodila dok je korisnik plana upravljao motornim vozilom, a krv mu je sadržavala više od 80 miligrama alkohola u 100 mililitara krvi (0,08 %) ili više od zakonom propisane granice alkohola u krvi prema zakonima područja gdje se nezgoda dogodila;
8. za dio razdoblja onesposobljenosti tijekom kojeg je korisnik plana bio zatvoren u kaznenoj ustanovi ili zadržan u bolnici ili sličnoj ustanovi kao posljedica kaznenog postupka;
9. za onesposobljenosti koje su posljedica ozljede ili bolesti do kojih je došlo dok je korisnik plana bio na aktivnoj dužnosti u oružanim snagama neke zemlje, države ili međunarodne organizacije;
10. za onesposobljenosti koje su posljedica sudjelovanja korisnika plana u ratu, neredima ili ustanku;
11. za onesposobljenosti za koje zahtjev nije podnesen u roku od dvanaest (12) mjeseci od datuma nastanka onesposobljenosti;
12. na dan kada korisnik plana odbije ili ne uspije ispuniti i vratiti ili prihvatiti uvjete Sporazuma o povratu sredstava u skladu s odredbom SUBROGACIJA ISPLATA MJESEČNIH NAKNADA ZA DUGOTRAJNU ONESPOSOBLJENOST (LTD);
13. u skladu s primjenjivim zakonima planom nisu osigurane onesposobljenosti koje proizlaze iz prometnih nezgoda koje uključuju motorno vozilo;

14. za dio razdoblja onesposobljenosti tijekom dopusta (uključujući rođiljni dopust).

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

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

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

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

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

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

POTREBNI OBRAZAC ZAHTJEVA ZA NAKNADOM ZA DUGOTRAJNU ONESPOSOBLJENOST

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

POGODNOST DOPUNSKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Korisnici plana i njihovi braćni drugovi koji ispunjavaju uvjete primit će karticu pogodnosti plana koja se može rabiti za plaćanje zahtjeva za mnoge od troškova dodatne zdravstvene zaštite u okviru plana. Uporaba kartice pogodnosti uklanja potrebu za popunjavanjem obrasca zahtjeva i osigurava trenutačno plaćanje prihvatljivih troškova.

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

NADOKNADA PRIHVATLJIVIH TROŠKOVA

Plan će nadoknaditi 100% prihvatljivih troškova zdravstvene zaštite koji su nastali korisnicima plana i njihovim uzdržavane osobama koje ispunjavaju uvjete, ovisno o pravilima za povrat sredstava kako je opisano u nastavku.

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

Terećenja za sve prihvatljive troškove osigurane planom plan mora smatrati medicinski nužnima. Obično je potreban recept ili preporuka liječnika.

POGODNOSTI SU PLAĆENE NA TEMELJU RAZUMNIH I UOBIČAJENIH TROŠKOVA

Plan osigurava nadoknadu prihvatljivih troškova zdravstvene zaštite na temelju razumnih i uobičajenih cijena medicinski nužnih zdravstvenih usluga ili pribora.

Ako je nastali medicinski trošak veći od onoga što plan smatra razumnim i uobičajenim za tu uslugu ili isporuku, korisnik plana bit će odgovoran za razliku u cijeni između stvarno nastalog troška te razumnog i uobičajenog troška koje će nadoknaditi dopunskom zdravstvenom zaštitom.

TROŠKOVI LIJEKOVA NA RECEPT

Plan nadoknađuje prihvatljive troškove do iznosa razumnih i uobičajenih troškova za medicinski nužne lijekove na recept koje prema zakonu mora propisati liječnik za liječenje dijagnosticirane bolesti ili ozljede i koje mora izdati zakonski ovlašteni licencirani ljekarnik ili liječnik. Prihvatljive lijekove mora odobriti za uporabu Health Canada te moraju imati i potvrdu o sukladnosti institucije Health Canada i Identifikacijski broj lijeka (DIN).

Plan također može pokriti određene lijekove za koje nije potreban recept, no koji se smatraju nužnima za održavanje života.

Za nadoknadu troškova bioloških i biosličnih lijekova potrebno je prethodno odobrenje plana, a ona se zasniva na najnižem prihvatljivom trošku u usporedbi biološkog lijeka i njegova odgovarajućeg biosličnog lijeka, ako je bioslični lijek dostupan.

Kartica pogodnosti plana može se koristiti u partnerskim ljekarnama za kupnju većine lijekova na recept. Plan će nadoknaditi 100% troškova za najjeftiniju alternativu između izvornog/biološkog i generičkog/biosličnog lijeka (ako je dostupno).

Posebni maksimalni iznosi za lijekove

- Eretilna disfunkcija: 500 dolara po kalendarskoj godini
- Prestanak pušenja: maksimalno 2 500 dolara tijekom života
- Metadonsko liječenje: maksimalno 1 000 dolara tijekom života
- Lijekovi za plodnost: maksimalno 2 500 dolara tijekom života

Drugi prihvatljivi troškovi za lijekove

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

Neprihvatljivi troškovi za lijekove

- Troškovi iznad maksimuma ili troškovi specifičnih lijekova koji nisu obuhvaćeni planom
- Vitamini koji se ne ubrizgavaju, vitaminski suplementi, dodaci prehrani ili dijetalna hrana
- Lijekovi za gubitak težine
- Hrana i prehrambeni proizvodi, uključujući formule i hranu za dojenčad, sol i nadomjesci za šećer
- Opći proizvodi ili drugi proizvod koji se može prodati na nekom prodajnom mjestu, uključujući, ali ne ograničavajući se na predmete kao što su sredstva za njegu kontaktnih leća, nemedicinski šamponi, paste za zube, zaštitna sredstva za kožu, preparati za omekšavanje kože i sapuni
- Svaka pojedinačna kupnja lijekova koji se na temelju razumne procjene ne bi mogli upotrijebiti u roku od 100 dana od datuma kupnje
- Lijekovi kojima Health Canada nije izdala potvrdu o sukladnosti i/ili identifikacijski broj lijeka, bez obzira na to jesu li na listi odobrenih lijekova u dotičnoj provinciji
- Lijekovi koji se propisuju ili izdaju za liječenje bolesti ili invaliditeta koja je posljedica nezgode, invaliditeta ili ozljede na radnom mjestu ili automobilske nezgode.

Medicinski kanabis

Medicinski kanabis predstavlja prihvatljiv trošak koji podliježe maksimalnoj godišnjoj naknadi od 500 dolara kada je njegovu upotrebu odobrio ovlašteni liječnik za osigurane osobe u

najnižoj dobi od 25 godina za liječenje zdravstvenih stanja koja su u okviru plana odobrena za pružanje osiguranja.

Svi zahtjevi za medicinski kanabis podliježu postupku prethodnog odobrenja lijeka u okviru plana.

Nadoknada za medicinski kanabis (uključujući primjenjivi porez i troškove dostave) smatraju se posljednjom mogućnosti liječenja kada su se svi ostali standardni lijekovi i mogućnosti liječenja, uključujući komercijalno dostupne kanabinoide kojima je ustanova Health Canada izdala identifikacijski broj lijeka, pokazali neuspješnima ili neprimjerenima, a medicinski kanabis:

- oblika je koji se smatra zakonitim u zdravstvene svrhe kako je to uređeno Propisima o pristupu kanabisu u zdravstvene svrhe i
- pruža proizvođač s licencijom ustanove Health Canada.

Nadoknada se ne vrši ni za kakvu opremu ili pribor koji je potreban za uzgoj ili berbu biljaka ili proizvodnju nekog oblika medicinskog kanabisa ili kanabinoida, neovisno o tome je li taj oblik za upotrebu odobrila ustanova Health Canada ili uređaja potrebnih za primjenu tog proizvoda poput, između ostaloga, lula ili isparivača.

Troškovi se smatraju prihvatljivima za zdravstvena stanja odobrena u okviru plana, koja se zasnivaju na Smjernicama kanadskih obiteljskih liječnika za prepisivanje medicinskih kanabinoida. Prihvatljiva zdravstvena stanja jesu:

- refraktorna bol u palijativnoj skrbi oboljelih od raka
- mučnina i povraćanje zbog kemoterapije u oboljelih od raka
- spastičnost u multiploj sklerozi ili zbog ozljede kralježnične moždine

TROŠKOVI OFTALMOLOŠKE SKRBI

Nastala terećenja za prihvatljive troškove vezane uz oftalmološku skrb navedene u nastavku bit će nadoknađena do maksimalne prikazane naknade.

Leće, okviri i kontaktne leće

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

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

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

Pregledi očiju

Plan će nadoknaditi troškove za jedan pregled oćiju po osiguranoj osobi svaka 12 mjeseca kada pregled nije osiguran provincijskim planom zdravstvene zaštite osigurane osobe.

Korektivni laserski kirurški zahvat na oku

Maksimalna isplata naknade koja će biti isplaćena za svaku osiguranu osobu iznosi 2 000 dolara tijekom života osigurane osobe.

Industrijske zaštitne naoćale (samo za korisnike plana)

U okviru plana nadoknađuju se troškovi industrijskih zaštitnih naoćala za vid za korisnika plana do maksimuma od 200 dolara u razdoblju od 24 uzastopna mjeseca. Ova se pogodnost pruža pored pogodnosti oftalmološke skrbi.

OSTALE DODATNE ZDRAVSTVENE USLUGE I POMAGALA

Bolničari i pomoćno medicinsko osoblje

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

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

Kiropraktičarske rendgenske snimke

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

Optičar

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

Ortopedski proizvodi izrađeni po mjeri

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

Ortopedske cipele

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

Slušna pomagala

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

Laboratorijski testovi i rendgenska snimanja

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

Rehabilitacijska bolnica

Plan pokriva razumne i uobičajene troškove za licenciranu bolničku ustanovu za rehabilitaciju kada je osigurana osoba primljena u nju odmah nakon najmanje tri uzastopna dana hospitalizacije. Osiguranje podliježe maksimalnom dnevnom trošku od 30 dolara za smještaj u poluprivatnoj sobi i ne obuhvaća više od 120 dana boravka u ustanovi po invaliditeta. Razlog boravka u ustanovi mora biti trajna skrb o istom stanju zbog kojega je osigurana osoba bila hospitalizirana i mora započeti prije 65. rođendana osigurane osobe.

Osobna skrb medicinskog tehničara

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

Trajna medicinska oprema

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

Ostala medicinska oprema

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

Kirurške čarape

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

Ostale čarape

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

Usluge prijevoza vozilom hitne pomoći

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

Medicinski prijevoz

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

Stomatološke usluge nakon nezgode

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

OGRAIČENJA I IZUZEĆA DODATNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

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

1. troškovi koji su se smatrali osiguranom uslugom bilo kojeg provincijskog plana zdravstvene zaštite ili vladinog plana u vrijeme izdavanja police/naknade, a nakon toga su izmijenjena, zaustavljena ili obustavljena;
2. troškovi općih zdravstvenih pregleda i pregleda koje za upotrebu zahtijeva treća strana;
3. troškovi kirurškog zahvata ili liječenja koje je provedeno prvenstveno radi uljepšavanja ili troškovi boravka u bolnici radi takvog kirurškog zahvata ili liječenja;
4. troškovi liječenja ili kirurškog zahvata liječnika;
5. troškovi prijevoza ili putovanja, osim onih koji su posebno predviđeni u okviru troškova koji ispunjavaju uvjete za naknadu;
6. troškovi usluga ili pribora koji se isporučuju bez preporuke i odobrenja liječnika koji djeluje u okvirima svoje licencije;
7. troškovi koji nisu medicinski nužni za njegu i liječenje postojeće ozljede ili ozljede na koju se sumnja, bolesti ili trudnoće;
8. troškovi koji proizlaze iz ozljede na radnom mjestu ili bolesti, a osigurani su zakonom o naknadi radnika (WSIB) ili sličnim zakonom, uključujući automobilsku nezgodu;
9. troškovi koji inače ne bi nastali osim zbog postojanja ovog osiguranja ili koje osigurana osoba nije zakonski obavezna platiti;
10. troškove koje se planom nije dopušteno platiti, u skladu sa zakonom ili propisom, uključujući i pravila koja su utvrdili Povjerenici;
11. troškovi stomatološkog rada u kojima je treća strana odgovorna za plaćanje takvih troškova;

12. troškovi za tjelesne ozljede koje su izravno ili neizravno uzrokovane ratom ili ratnim činom (proglašanim ili neproglašanim), ustankom ili neredima, ili neprijateljskim činovima bilo koje vrste;
13. troškovi usluga ili pribora koje proizlaze iz namjerne ozljede koju si je korisnik sam nanio;
14. troškove za lijekove, serume, lijekove za ubrizgavanje ili pribor koje Health Canada nije odobrila potvrdom o sukladnosti ili koji nemaju identifikacijski broj lijeka (DIN) ili su eksperimentalni ili ograničene uporabe bez obzira jesu li odobreni ili ne;
15. troškovi lijekova, seruma, lijekova za ubrizgavanje ili pribora kada se daju u bolnici, bilo na hospitalizacijskoj ili ambulantnoj osnovi, osim kako je predviđeno u okviru osiguranja troškova izvan Kanade/hitne pomoći na putovanju;
16. troškovi eksperimentalnih medicinskih postupaka ili liječenja koje nije odobrilo Kanadsko liječničko društvo (Canadian Medical Association) ili odgovarajuće specijalističko liječničko društvo;
17. troškovi liječnika za putovanje, neodržane liječničke termine, komunikacijske troškove, troškove popunjavanja obrazaca ili liječničkog pribora;
18. troškovi koji nisu navedeni u prethodnim popisima troškova dopunske zdravstvene zaštite koji ispunjavaju uvjete za naknadu;
19. troškovi usluga ili pribora proizašli iz ozljede ili bolesti do kojih je došlo dok je korisnik plana bio na aktivnoj dužnosti u oružanim snagama neke zemlje, države ili međunarodne organizacije;
20. troškovi usluga ili pribora koji su posljedica nezgode koja se dogodila dok je korisnik plana upravljao motornim vozilom, a krv mu je sadržavala više od 80 miligrama alkohola u 100 mililitara krvi (0,08 %) ili više od zakonom propisane granice alkohola u krvi prema zakonima područja gdje se nezgoda dogodila;
21. troškovi usluga ili pribora proizašli iz pokušaja ili sudjelovanja korisnika plana u izvršenju kaznenog djela;
22. prihvatljivi troškovi nastali kao posljedica prometne nezgode smatrat će se prihvatljivima tek nakon što su se prvo dostave vašem osiguravatelju automobila (sukladno važećim propisima).

PROŠIRENJE OSIGURANJA ZA UZDRŽAVANE OSOBE PREMINULOG KORISNIKA PLANA

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

PREKID NAKNADE ZA DOPUNSKU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

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

POTREBNI DODATNI DOKUMENTI ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA ZA DOPUNSKU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

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

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

POGODNOST PRUŽANJA HITNE MEDICINSKE POMOĆI NA PUTOVANJU (ETA)

koji surađuje s organizacijom Allianz Global Assistance za međunarodne zdravstvene usluge.

Veoma je važno da prije polaska pročitate i razumijete pravila za ovu pogodnost.

Osiguranje za hitnu medicinsku pomoć na putovanju se pruža se za prihvatljive troškove, koji su nastali kao posljedica **zdravstvene nužde** dok korisnici plana i / ili njihove uzdržavane osobe koje ispunjavaju uvjete privremeno putuju izvan provincije/teritorija uobičajenog prebivališta radi odmora, posla ili školovanja. U sklopu ove pogodnosti pružaju se i pomoć na putovanju i savjetodavne usluge i prije polaska i tijekom samog putovanja.

Kvalificirani korisnici plana i uzdržavane osobe koji su **kanadski rezidenti i ispravno su upisani u svoj plan zdravstvene zaštite provincijske/teritorijalne vlasti** (ili njihov ekvivalent) u trenutku kada su nastali troškovi hitne medicinske pomoći, ispunjavaju uvjete za pogodnost ETA.

KARTICA ZA HITNU POMOĆ NA PUTOVANJU

Korisnici plana i njihovi bračni drugovi koji ispunjavaju uvjete primaju karticu pogodnosti koja obuhvaća sve podatke za kontakt u vezi s planom i pogodnosti ETA za pristup pogodnosti ETA u bilo kojem trenutku, 24/7. Uzdržavanim osobama koje ispunjavaju uvjete, a koje putuju bez korisnika plana, ili bračnom drugu ured za upravljanje planom može omogućiti zasebnu karticu ETA.

MAKSIMALNI IZNOSI POGODNOSTI ZA HITNU POMOĆ NA PUTOVANJU I MAKSIMUMI PUTOVANJA

Zdravstveno osiguranje za hitnu pomoć na putovanju

S osnove se osiguranja pruža **maksimalno 5 000 000 dolara za osiguranu osobu po incidentu** za troškove nastale kao rezultat iznenadnog i nepredviđenog hitnog medicinskog slučaja tijekom putovanja izvan provincije/teritorija uobičajenog prebivališta.

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

Osiguranje usluga hitne pomoći na putovanju

Osiguranje se pruža za niz posebnih usluga pomoći na putovanju i savjetovanja radi pružanja pomoći s planovima putovanja ili nuždama povezanim s putovanjem tijekom putovanja izvan provincije/teritorija prebivališta.

Osiguranje za upućivanje u druge ustanove

Osiguranje se pruža za medicinske usluge kad se osigurane osobe upućuju izvan provincije/teritorija prebivališta ako te usluge nisu dostupne u provinciji/teritoriju prebivališta. Osiguranje podliježe **maksimumu od 50 000 dolara po osiguranoj osobi i jednoj kalendarskoj godini**.

OBRAĆANJE UREDU GSC TRAVEL ASSISTANCE

Možete se obratiti timu GSC-a za pomoć na putovanjima na telefonskim brojevima navedenima na poleđini kartice pogodnosti plana, a koji se nalaze i u nastavku

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

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

Ako zovete u vezi s pomoći na putovanju ili sa zdravstvenom nuždom, navedite **skupni broj plana 4932 za GSC Travel Assistance**. Timu GSC-a za pomoć na putovanjima bit će potreban i jedinstveni **identifikacijski broj korisnika plana GSC-a**. Sve ove informacije navode se na kartici pogodnosti plana. Osim toge može biti nužan i broj provincijskog/teritorijalnog zdravstvenog osiguranja osigurane osobe koji bi trebao biti pri ruci u vrijeme poziva uredu GSC Travel Assistance.

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

Imajte na umu da kada se osiguranu osobu obavijesti o nužnosti primitka liječenja za slučajnu ozljedu ili zdravstvenu nuždu, **osigurana osoba mora se obratiti uredu GSC Travel Assistance prije primitka hitnog liječenja ili zamoliti nekoga da nazove ured GSC Travel Assistance u ime osigurane osobe unutar 48 sati od primitka liječenja** ako je iz zdravstvenih razloga nemoguće da osigurana osoba nazove GSC prije primitka hitnog liječenja.

USLUGE POMOĆI ZA PUTOVANJE PRIJE POLASKA

Pogodnošću ETA možda nisu pokriveni troškovi povezani sa zdravstvenom nuždom na putovanju na nestabilno odredište/zemlju ili se možda ne pružaju usluge pomoći za putovanje ako osigurana osoba putuje na nestabilno odredište/zemlju.

Prije putovanja na bilo koje odredište treba se obratiti uredu GSC Travel Assistance kako biste provjerili nalazi li se vaše odredište u zemlji u kojoj se pruža osiguranje ETA. Uredu za pomoć na putovanju GSC-a možete se obratiti prije polaska na putovanje kako bi se dobile aktualne informacije o zahtjevima za putovnicu i vizu, cijepljenje i imunizaciju u zemlji odredišta.

Iako nije zamjena za obraćanje uredu GSC Travel Assistance, na mrežnom mjestu **Global Affairs Canada** (GAC) pružaju se opsežne informacije o putovanjima na razna odredišta i na ona odredišta koja kanadska federalna vlada trenutačno ne preporučuje. Nadalje se preporučuje da se te informacije pregledaju prije polaska.

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

POSTUPAK U SLUČAJU PRUŽANJA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Nakon obraćanja uredu GSC Travel Assistance u vezi sa zdravstvenom nuždnom, višejezični specijalist za pomoć na putovanju usmjerit će vas glede najbolje dostupne zdravstvene ustanove ili ovlaštenog liječnika za pružanje primjerene medicinske pomoći.

Nakon prijema u bolnicu ili savjetovanja s ovlaštenim liječnikom ili kirurgom za veće hitno liječenje GSC Travel Assistance jamči pružatelju (bolnici, klinici ili liječniku) da je osigurana osoba korisnik pogodnosti iz provincijskog/teritorijalnog plana zdravstvene zaštite (ako su te pogodnosti dio plana zdravstvene zaštite vlasti) / pogodnosti za putovanje GSC ETA. Pružatelj usluga u tom slučaju može izravno teretiti GSC Travel Assistance za odobrene usluge u iznosima većim od 200 dolara.

Zdravstveni tim ureda GSC Travel Assistance prati napredak u medicini kako bi se pobrinuo da osigurana osoba dobije najbolje raspoloživo medicinsko liječenje. Osim toga ovi liječnici održavaju stalnu komunikaciju s obiteljskim liječnikom i članovima obitelji, ovisno o težini vašeg stanja.

PLAĆANJE I KOORDINACIJA POTRAŽIVANJA

U većini slučajeva GSC Travel Assistance koordinira plaćanje potraživanja s pružateljem zdravstvenih usluga. GSC Travel Assistance u okviru plana procjenjuje plativi iznos u skladu s provincijskim/teritorijalnim planom zdravstvene zaštite osigurane osobe te se pruža nadoknada za razliku svih prihvatljivih troškova.

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

Pri plaćanju i koordinaciji prihvatljivih troškova u obzir se uzima plativi iznos u skladu s provincijskim/teritorijalnim planom zdravstvene zaštite osigurane osobe (ako se to osiguranje pruža u sklopu provincijskog/teritorijalnog plana) i ovim planom i pruža se nadoknada razlike svih prihvatljivih troškova.

Ako se za takva plaćanja naknadno utvrdi da premašuju iznos naknada na koje osigurana osoba ima pravo, Green Shield Canada ima pravo na povrat viška iznosa prijenosom naknada iz provincijskog/teritorijalnog plana zdravstvene zaštite (ako je primjenjivo) / ili povratom od osigurane osobe.

Ako su u provincijsko/teritorijalno zdravstveno osiguranje osigurane osobe uključene pogodnosti za boravak izvan Kanade, bolničke i zdravstvene usluge ispunjavaju uvjete u skladu s pogodnosti ETA samo ako se provincijskim/teritorijalnim zdravstvenim osiguranjem pruža plaćanje za troškove pruženih usluga. Ovo se ograničenje ne primjenjuje ako je vaše prebivalište u provinciji/teritoriju koji ne nudi osiguranje za boravak izvan Kanade.

Za troškove ispod 200 dolara osigurana osoba mora izvršiti plaćanje izravno pružatelju zdravstvenih usluga, a zatim dostaviti fakture planu radi nadoknade.

Za podnošenje zahtjeva uz detaljnu izjavu u kojoj su popisane pružene usluge i troškovi naplaćeni za svaku uslugu navedite ime i prezime pacijenta, broj police provincijskog/teritorijalnog zdravstvenog osiguranja i identifikacijski broj GSC-a.

Ako ste izravno platili troškove, **pobrinite se da pri podnošenju zahtjeva obavijestite GSC Travel Assistance o svom putnom osiguranju koje imate.** Zahtjevi se uredu GSC Travel Assistance moraju podnijeti zajedno s izvornim fakturama, a taj ured zatim s provincijskim/teritorijalnim zdravstvenim osiguranjem koordinira nadoknadu odobrenih, prihvatljivih troškova iz svih izvora (npr. provincijski planovi koji pružaju osiguranje za boravak izvan Kanade, osiguranje braćnog druga, putno osiguranje koje imate zahvaljujući svojoj kreditnoj kartici itd.)

Obrasci zahtjeva, uključujući obrasce prethodnog odobrenja (za osiguranje pri upućivanju) i vrijedne informacije o podnošenju zahtjeva dostupni su na mrežnom mjestu **greenshield.ca**. Sve ručno poslane zahtjeve GSC mora primiti **najkasnije u roku od 12 mjeseci** od datuma nastanka prihvatljiva troška.

Imajte na umu da, pored ispunjenog obrasca zahtjeva, **za nadoknadu potraživanja potreban je i izvorna plaćena faktura sa specifikacijom troškova (gotovinski računi ili računi za plaćanje kreditnom karticom sami po sebi nisu prihvatljivi).** GSC zadržava pravo tražiti dodatne informacije o potraživanjima. Izostanak odgovora na te zahtjeve može dovesti do odbitka potraživanja.

Namjerno izostavljanje, lažne izjave ili lažiranje informacija u vezi s potraživanjima predstavlja prijevaru. Podnošenje prijevarnog zahtjeva kazneno je djelo i prijavljuje se nadležnom tijelu za provedbu zakonodavstva i/ili regulatornim agencijama.

GSC zadržava pravo povrata svih iznosa proizišlih iz preplaćenih ili nepodržanih potraživanja za naknade odbitkom tih iznosa od budućih potraživanja i/ili drugim pravnim sredstvima.

Prihvatljivi medicinski troškovi u vezi s pogodnošću ETA uzimaju se u obzir na osnovi **razumnih i uobičajenih** troškova na području u kojem su nastali, umanjenih za plativ iznos prema primjenjivom zdravstvenom osiguranju provincijske/teritorijalne vlasti, ako vaša provincija/teritorij pruža takvo osiguranje.

Ako ste za dopunsku zdravstvenu zaštitu i stomatološke pogodnosti osigurani pomoću više planova, vaše pogodnosti ETA iz ovog plana koordiniraju se s ostalim planovima tako da vam se mogu u potpunosti nadoknaditi nastali prihvatljivi troškovi.

Zahtjevi se prvo moraju podnijeti primarnom platitelju. Neplaćene se razlike zatim potražuju od sekundarnih planova. Pogledajte poglavlje Koordinacija pogodnosti u ovoj Informativnoj knjižici za korisnike plana kako biste dobili više informacija.

Ako je GSC identificiran kao sekundarni nositelj, pošaljite izvornu izjavu objašnjenja pogodnosti od primarnog nositelja i primjerak obrasca zahtjeva kako biste primili razliku.

POJEDINOSTI OSIGURANJA ZA HITAN MEDICINSKI SLUČAJ NA PUTOVANJU I ZA UPUĆIVANJE

Važno: Ova pogodnost za putovanje ETA uključuje zahtjeve, ograničenja i isključenja koja mogu utjecati na vaše ispunjavanje uvjeta i/ili nadoknadu nastalih troškova. U svojim interakcijama s uredom GSC Travel Assistance uvijek morate navoditi točne i potpune informacije. Uzmite dovoljno vremena da pročitate informacije o ovoj pogodnosti prije nego što otputujete kako biste se pobrinuli da ste svjesni odredbi i uvjeta, a pritom uzmite u obzir sljedeće:

- Uz iznimku „**usluga upućivanja**“, ova pogodnost za putovanje predstavlja samo pogodnost **hitne** medicinske pomoći i osigurava vas dok privremeno boravite izvan provincije/teritorija prebivališta radi odmora, školovanja ili iz poslovnih razloga. Ne obuhvaća nehitna, izborna, kozmetička ili eksperimentalna liječenja, kirurške zahvate ni ostale usluge izvan provincije/teritorija prebivališta na koje se osigurana osoba odluči – bilo da su prethodno planirane ili ne.
- GSC zadržava pravo da pregleda vaše medicinske informacije u trenutku zahtjeva. Ured GSC Travel Assistance mora unaprijed odobriti sve invazivne zahvate ili pretrage **Ako je osigurana osoba pacijent, a iz zdravstvenih je razloga nemoguće da osigurana osoba nazove prije primanja hitne pomoći, iznimno je važno da netko nazove GSC Travel Assistance u ime osigurane osobe u roku od 48 sati.** Ako se GSC Travel Assistance ne obavijesti unutar prvih 48 sati, naknada nastalih troškova može se ograničiti na iznos samo onih troškova koji su nastali unutar prvih 48 sati od svakog liječenja/incidenta **ili** na maksimalni iznos plana, ovisno o tome koji je **manji**. To znači da će osigurana osoba biti odgovorna za sve troškove nakon toga.

Pojam „**hitno**“ odnosi se na iznenadno i nepredviđeno zdravstveno stanje za koje je potrebno liječenje. Hitnost više ne postoji kada dokazi koje je pregledao ured GSC Travel Assistance upućuju na to da više nije potrebno daljnje liječenje na odredištu ili da se možete vratiti u svoju provinciju/teritorij prebivališta na daljnje liječenje. Ako GSC Travel Assistance utvrdi da se trebate prebaciti u drugu ustanovu ili se vratiti u svoju provinciju/teritorij prebivališta, a vi odlučite ostati, naknada se neće isplatiti za daljnje liječenje, a osiguranje će biti ograničeno na nepovezane događaje.

Hitna pomoć uključuje liječenje **prethodno postojećeg stanja** koje nije bilo u potpunosti stabilno u **90-dnevnom razdoblju** odmah prije polaska osigurane osobe.

Prethodno postojeće stanje označava zdravstveno stanje koje postoji prije datuma polaska osigurane osobe.

Zdravstveno stanje označava bolest ili ozljedu (uključujući simptome nedijagnosticiranih stanja).

Zdravstveno stanje smatra se **stabilnim** ako su sve sljedeće izjave istinite tijekom **90-dnevnog** razdoblja odmah prije datuma polaska osigurane osobe.

- a) Nije došlo ni do kojeg **novog liječenja**, bilo prepisanog bilo preporučenog, ili promjena postojećeg liječenja (uključujući obustavu liječenja).
- b) Zdravstveno stanje **nije se pogoršalo**.
- c) Nisu se pojavili **novi, češći ili ozbiljniji simptomi**.
- d) Nije došlo do **hospitalizacije** ili upućivanja specijalistu.
- e) **Nisu se preporučile pretrage, pregledi ni liječenja** koja se još nisu završila niti se čekaju rezultati pretraga.
- f) **Nema planiranih ni nadolazećih liječenja**.
- g) Nije došlo do **promjena postojećeg prepisanog lijeka** (uključujući povećanje, smanjenje ili obustavu prepisane doze) ili preporuka ili uzimanja novog lijeka na recept. Sljedeće se ne smatra promjenama postojećeg liječenja prepisanim lijekom:
 - i. rutinske prilagodbe doza lijeka Coumadin, varfarina ili inzulina ako ti lijekovi nisu tek prepisani ili obustavljeni
 - ii. zamjena izvornog lijeka ekvivalentnim generičkim proizvodom ako je doza ista – uključujući zamjenu biološkog biosličnim proizvodom
 - iii. smanjenje doze lijeka zbog poboljšanja stanja.

Svi gornji kriteriji moraju biti ispunjeni tijekom 90-dnevnog razdoblja prije polaska osigurane osobe kako bi se zdravstveno stanje smatralo stabilnim.

Pojmovi **liječiti, liječen, liječenje** odnose se na postupak koji liječnik prepisuje, provodi ili preporučuje u vezi sa zdravstvenim stanjem. To obuhvaća, između ostalog, prepisane lijekove, pretrage i kirurške zahvate.

- Kako bi se kvalificirali za pogodnosti, **podnositelji zahtjeva moraju biti osigurani zdravstvenim osiguranjem provincijskih/teritorijalnih vlasti** ili njegovim ekvivalentom u trenutku nastanka troškova. U suprotnome, ova se pogodnost ne primjenjuje.
- Prihvatljive pogodnosti za putovanja uzimaju se u obzir na osnovi razumnih i uobičajenih troškova na području u kojem su nastali, umanjениh za plativ iznos prema vašem zdravstvenom osiguranju provincijske/teritorijalne vlasti, ako vaša provincija/teritorij pruža takvo osiguranje.

- Svi maksimumi i ograničenja u dolarima navedeni su u kanadskoj valuti. Nadoknada se vrši iz kanadskih fondova ili američkih fondova, kako pružateljima usluga tako i korisnicima plana, na temelju zemlje primatelja plaćanja. Za plaćanja koja zahtijevaju konverziju valute rabi se tečaj koji je na snazi na dan dostave zahtjeva.
- Prihvatljive pogodnosti ograničene su na maksimalne dane po putovanju prikazane u gornjim poglavljima Sažeti pregled pogodnosti i MAKSIMALNI IZNOSI POGODNOSTI ZA HITNU POMOĆ NA PUTOVANJU, s početkom na datum odlaska iz vaše provincije/teritorija prebivališta. Ako vas prime u bolnicu 60. dana vašeg putovanja, vaše se pogodnosti produžuju do datuma otpusta.

PRIHVATLJIVI TROŠKOVI HITNE POMOĆI NA PUTOVANJU

Prihvatljivi troškovi hitne medicinske pomoći na putovanju uključuju sljedeće:

Bolničke usluge i smještaj po cijenama standardnog odjela javne opće bolnice;

Zdravstvene/kirurške usluge koje pruža ovlaštteni liječnik ili kirurg za ublažavanje simptoma ili liječenje nepredviđene bolesti ili ozljede;

Hitan prijevoz

- **Vozilo hitne pomoći** do najbliže kvalificirane medicinske ustanove;
- **Zračna hitna pomoć** – trošak evakuacije zrakom (uključujući zdravstvenog djelatnika kada je potreban) između bolnica te za prijam u bolnicu u Kanadi ako je unaprijed odobren provincijskim/teritorijalnim planom zdravstvenog osiguranja ili do najbliže ovlaštene medicinske ustanove;

Usluge upućivanja – (a) bolničke usluge i smještaj, po cijenama standardnog odjela javne opće bolnice i/ili (b) zdravstvene/kirurške usluge koje pruža ovlaštteni liječnik ili kirurg.

- **Prije početka liječenja na koje ste upućeni potrebno je dobiti pisano prethodno odobrenje** od vašeg provincijskog/teritorijalnog plana zdravstvenog osiguranja i GSC-a. Provincijski/teritorijalni plan zdravstvenog osiguranja može u cijelosti pokriti ovu pogodnost upućivanja. GSC-u morate dostaviti pismo liječnika koji vas je liječio u kojem se navodi razlog upućivanja, kao i pismo svojeg provincijskog/teritorijalnog plana zdravstvenog osiguranja u kojem su opisane njihove obveze. **U slučaju nepridržavanja zahtjeva za pribavljanje prethodnog obavještenja plaćanje se vrši.**

Usluge registriranog privatnog medicinskog tehničara do maksimalnog iznosa od 5000 dolara u kalendarskoj godini po razumnoj i uobičajenoj tarifi koju naplaćuje kvalificirani medicinski tehničar (R.N.) registriran u području nadležnosti u kojoj se pruža liječenje. Morate se obratiti uredu GSC Travel Assistance za prethodno odobrenje.

Dijagnostički laboratorijski testovi i rendgenski snimci kada ih je propisao liječnik koji vas liječi. Osim u hitnim slučajevima, GSC Travel Assistance mora prethodno odobriti ove usluge (npr. kateterizaciju srca ili angiogram, angioplastiku ili zahvat ugradnje premosnica).

Naknada za recepte za lijekove, serume i injekcije za koje zakon propisuje da se izdaju na recept i koje je propisao ovlašteno zdravstveni djelatnik (ne obuhvaća vitamine, patentne i vlasničke lijekove); Uredu GSC Travel Assistance treba podnijeti izvorni plaćeni račun od ljekarnika, liječnika ili bolnice izvan provincije/teritorija prebivališta koji sadrži ime liječnika koji propisuje lijek, broj recepta, naziv pripravka, datum, količinu i ukupne troškove.

Medicinska pomagala koja obuhvaćaju gips, štake, štapove, poveze, udlage i / ili privremeni najam invalidskih kolica kada se smatraju medicinski neophodnima i potrebnima zbog nezgode koja se dogodila i kada se proizvodi dobiju izvan područja prebivališta:

Stomatološko liječenje samo kada je potrebno zbog izravnog slučajnog udarca u usta do maksimalnog iznosa od 2 000 dolara; Liječenja (prije i nakon povratka) moraju se pružiti u roku od 90 dana od nezgode. Pojednosto o nezgodi potrebno je dostaviti uredu GSC Travel Assistance zajedno s rendgenskim snimkama zuba.

Povratak kući – kada je hitno stanje takvo da:

- GSC Travel Assistance pismeno navede da se smjesta trebate vratiti u provinciju/teritorij prebivališta radi hitne medicinske pomoći, nadoknađuju se dodatni troškovi nastali kupnjom karte za putovanje zrakoplovom u ekonomskom razredu u jednom smjeru uz dodatnu naknadu za ekonomski razred ako je potrebno smjestiti nosila, kako bi se osigurana osoba najizravnijim putem vratila do većeg zračnog terminala koji je najbliži polazištu u provinciji/teritoriju prebivališta

Ovdje je pretpostavljeno da nemate važeću kartu s fleksibilnim datumom povratka. Troškove za putovanje višom klasom, odlazne naknade, naknade za otkazivanje te avionske karte za članove obitelji ili prijatelje u pratnji nisu uključeni;

- GSC Travel Assistance ili komercijalni zrakoplovni prijevoznik u pisanom obliku određuju da morate biti u pratnji ovlaštenog medicinskog osoblja, povrat se sredstava vrši za troškove karte za putovanje zrakoplovom u ekonomskom razredu u jednom smjeru i razumne i uobičajene naknade za medicinsku pratnju koja vam nije u krvnom srodstvu, bračnom srodstvu ili srodstvu po posvojenju, a registrirana je na području nadležnosti na kojem se pruža liječenje, uz hotelske troškove i troškove obroka ako je to pratnji potrebno

Trošak vraćanja motornog vozila za osobnu upotrebu do vašeg prebivališta ili najbliže agencije za iznajmljivanje vozila kada to niste u mogućnosti izvršiti zbog bolesti, tjelesne ozljede ili smrti, do najviše 1000 dolara po putovanju. GSC Travel Assistance traži izvorne račune za nastale troškove (npr. gorivo, smještaj i zrakoplovne karte);

Prehrana i smještaj do 1500 dolara (maksimalno 150 dolara dnevno do 10 dana) nadoknađuju se za dodatne troškove hotelskog smještaja i prehrane koji vam nastaju kada ostanete sa suputnikom ili uzdržavanom osobom uključenom u „obiteljsko“ osiguranje, kada je putovanje odgođeno ili prekinuto zbog bolesti, slučajne ozljede ili smrti suputnika. To mora pismeno potvrditi ovlašteni liječnik ili kirurg koji vas je liječio i biti potkrijepljeno izvornim računima komercijalne organizacije;

Prijevoz do bolnice, uključujući povratnu zrakoplovnu kartu ekonomskog razreda, po najizravnijoj ruti iz provincije/teritorija prebivališta za bračnog druga, roditelja, djeteta, brata ili sestru i do 150 dolara dnevno u trajanju od najviše 5 dana za obroke i smještaj u komercijalnim objektima plaćaju se za tog člana obitelji u sljedeće svrhe:

- kako bi bili s vama ili s vašom osiguranom uzdržavanom osobom kada se nalazi u bolnici. Ova pogodnost uvjetuje da osigurana bude u bolnici izvan vaše provincije/teritorija prebivališta najmanje sedam dana uz pismenu potvrdu liječnika da je situacija bila dovoljno ozbiljna da zahtjeva posjet
- radi identifikacije preminule osobe prije otpuštanja tijela

Povratna zrakoplovna karta ako je osobno motorno vozilo korisnika plana ili uzdržavane osobe koja ispunjava uvjete ukradeno ili nije u voznom stanju zbog nezgode, povrat se sredstava vrši u iznosu troškova putne ekonomske zrakoplovne karte u jednom smjeru kako bi se osigurana osoba najizravnijim putem vratila u zračnu luku najbližu polazištu u provinciji prebivališta. Potrebno je službeno izvješće o gubitku ili nezgodi;

Povratak preminule osobe do maksimalnog iznosa od 5000 dolara za trošak balzamiranja ili kremiranja u pripremi za prijevoz kući u odgovarajućem kovčegu za vas ili vašu osiguranu uzdržavanu osobu kada je smrt uzrokovana bolešću ili nezgodom. Tijelo se vraća u veću zračnu luku koja je najbliža mjestu polaska u vašoj provinciji/teritoriju prebivališta. Naknada isključuje trošak lijesa ili troškove vezane za pogreb, kozmetičke usluge, odjeću, cvijeće, osmrtnice, najam crkvenih prostorija, itd;

PRIHVATLJIVE PUTNE USLUGE ZA HITNU POMOĆ NA PUTOVANJU

Sljedeće usluge dostupne su 24 sata dnevno, sedam dana tjedno pomoću međunarodne organizacije za pružanje zdravstvenih usluga GSC-a.

Ove putne usluge obuhvaćaju:

- Pristup pomoći prije putovanja (prije polaska): Pozivne brojeve za Kanadu; informacije o cijepljenju; turistička upozorenja koja izdaje vlada; zahtjeve za vizama/dokumentima za ulazak u zemlju odredišta
- Višejezičnu pomoć
- Pomoć u pronalaženju najbliže, najprikladnije medicinske skrbi

-
- Međunarodnu mrežu preferiranih davatelja usluga
 - Zdravstveno savjetovanje i praćenje za nadzor primjerenosti i kvalitete zdravstvene skrbi
 - Pomoć u stupanju u kontakt s obitelji, osobnim liječnikom i poslodavcem kako je primjereno
 - Praćenje napretka tijekom liječenja i oporavka i potvrda kada je pacijent zdravstveno sposoban za prijevod ako je potreban transfer ili repatrijacija
 - Usluge prijenosa poruka u hitnom slučaju
 - Usluge prijevoda i upućivanje lokalnim tumačima prema potrebi, a u vezi sa zdravstvenom nuždom
 - Provjera osiguranja koja olakšava ulazak i prijam u bolnice i druge pružatelje zdravstvene skrbi
 - Posebna pomoć u vezi s koordinacijom izravnog plaćanja šteta
 - Koordinacija veleposlanstava i konzularnih službi
 - Upravljanje, organiziranje i koordinacija hitnog medicinskog prijevoza i evakuacije prema potrebi
 - Upravljanje, organizacija i koordinacija repatrijacije posmrtnih ostataka
 - Posebna pomoć u organiziranju prekinutih i poremećenih planova putovanja koji proizlaze iz izvanrednih situacija, a uključuju:
 - povratak suputnika bez pratnje
 - put u bolnički posjet osobi u nevolji
 - ponovna kupnja karata zbog nezgode ili bolesti i drugih hitnih slučajeva povezanih s putovanjima
 - vraćanje motornog vozila za osobnu uporabu i srodnih osobnih stvari
 - Upućivanje na pravnu pomoć
 - Koordinacija osiguranja jamčevine i drugih pravnih instrumenata
 - Pomoć pri zamjeni izgubljenih ili ukradenih putnih isprava, uključujući putovnice
 - Usluge pomoći pri osiguravanju pomoći s problemom i drugih usluga povezanih s
-

putovanjima

OGRANIČENJA OSIGURANJA USLUGE ZA PRUŽANJE HITNE POMOĆI NA PUTOVANJU

1. Osiguranje stupa na snagu u trenutku kada vi ili vaša uzdržavana osoba prijedete granicu provincije/prebivališta i time napustite svoju provinciju/teritorij prebivališta, a prestaje prelaskom granice, odnosno povratkom u provinciju/teritorij prebivališta na putu kući. U slučaju putovanja zrakoplovom osiguranje stupa na snagu u trenutku kada zrakoplov poleti u provinciju/teritoriju prebivališta i prestaje kada zrakoplov sleti u provinciju/teritorij prebivališta na povratku kući.
2. **GSC Travel Assistance mora se obavijestiti prije primitka hitne medicinske pomoći kako bi ured GSC Travel Assistance:**

- potvrdio osiguranje i
- dao prethodno odobrenje za liječenje.

Ako iz zdravstvenih razloga osigurana osoba ne može nazvati prije primitka hitne medicinske pomoći, GSC Travel Assistance zahtijeva da ili osigurana osoba ili netko u ime osigurane osobe nazove GSC Travel Assistance u roku od 48 sati od početka liječenja.

Ako se GSC Travel Assistance ne obavijesti prije primitka hitne medicinske pomoći, pogodnosti se mogu ograničiti na iznos samo onih troškova koji su nastali unutar prvih 48 sati od svakog liječenja/incidenta **ili** na maksimalni iznos plana, ovisno o tome koji je **manji**. To znači da ćete vi biti odgovorni za sve troškove nakon toga.

3. Nakon početka davanja hitne medicinske pomoći, GSC Travel Assistance mora procijeniti i prethodno odobriti dodano liječenje. Ako se podvrgnete pretragama u sklopu zdravstvenog pregleda, liječenja ili kirurškog zahvata, primite liječenje ili se podvrgnete kirurškom zahvatu bez prethodnog odobrenja, vaše se potraživanje neće platiti. To obuhvaća invazivne pretrage, kirurške zahvate, kateterizaciju srca, ostale kardiološke i kardiokirurške postupke, transplantacije, MRI.
4. **Repatrijacija je obvezna** kada GSC Travel Assistance utvrdi da se osigurana osoba treba prebaciti u drugu ustanovu ili se vratiti u provinciju/teritorij prebivališta na liječenje ili kada prođe hitno stanje. Ako se odlučite ne vratiti:
 - ne isplaćuju se pogodnosti za daljnje liječenje
 - ne isplaćuju se pogodnosti za rekurenciju ili komplikacije u izravnoj ili neizravnoj vezi sa zdravstvenim stanjem koje je prouzročilo hitno stanje i
 - tijekom ostatka putovanja osiguranje je ograničeno na zdravstvena stanja u potpunosti nepovezana s medicinskim stanjem koje je prouzročilo hitno stanje.

5. Zračne usluge hitne pomoći ispunjavaju uvjete za naknadu samo u sljedećim uvjetima:

- unaprijed su odobrene od ureda GSC Travel Assistance
 - postoji medicinska potreba da se vi ili vaša uzdržavana osoba ograničite na nosila ili da vas medicinsko osoblje prati tijekom putovanja
 - vi ili vaša uzdržavana osoba primljeni ste izravno u bolnicu u vašoj provinciji prebivališta i
 - liječnička izvješća ili potvrde od ovlaštenih liječnika dostavljeni su u GSC Travel Assistance
 - dokaz o plaćanju (uključujući vaučere za avionske karte ili račune zračnih prijevoznika) dostavljen u GSC Travel Assistance
6. Ako planirate putovati u područja političkih ili građanskih nemira ili u područja za koja je kanadsko Ministarstvo vanjskih poslova i međunarodne trgovine (DFAIT) izdalo službeno upozorenje o putovanju u vezi s nenužnim putovanjima, **obratite se uredu GSC Travel Assistance za savjet prije putovanja jer možda nećemo moći jamčiti usluge pomoći.**
7. **GSC zadržava pravo, bez prethodne obavijesti, obustaviti, smanjiti ili ograničiti svoje usluge** na nekom području ako se dogodi nešto od sljedećeg:
- politički ili građanski nemiri, uključujući ustanak, nered, vojnu pobunu
 - prekid rada ili štrajk
 - viša sila ili
 - uskrata dopuštenja vlasti u stranoj zemlji uredu GSC Travel Assistance za pružanje usluga.

To uključuje putovanje ako je, kada ste ga rezervirali (uključujući odgodu putovanja) ili prije datuma polaska, **kanadska vlada izdala službeno upozorenje o putovanju savjetovavši Kanadane da izbjegavaju sva putovanja ili sva nenužna putovanja** u vezi sa zemljom, regijom, gradom ili ostalim ključnim komponentama vašeg putnog aranžmana (npr. kruzer) zbog vjerojatne ili stvarne epidemije ili pandemije. U ovom ograničenju nenužno putovanje označava sve osim značajne zdravstvene ili obiteljske nužde, poput smrti člana obitelji).

IZUZEĆA OSIGURANJA USLUGE ZA PRUŽANJE HITNE POMOĆI NA PUTOVANJU

Pored izuzeća dodatne zdravstvene zaštite navedenih ranije u ovoj Informativnoj knjižici za korisnike plana, putna potraživanja neće se platiti za sljedeće:

1. Svi troškovi liječenja u izravnoj ili neizravnoj vezi s **prethodno postojećim zdravstvenim stanjem**, koje u trenutku vašeg odlaska iz provincije/teritorija prebivališta i tijekom **90-dnevnog razdoblja odmah prije** vašeg odlaska iz provincije/teritorija prebivališta:

- a) nije bilo u potpunosti **stabilno** prema profesionalnom mišljenju tima ureda GSC Travel Assistance
 - b) za koje su medicinski dokazi upućivali na razumno očekivanje da bi liječenje ili hospitalizacija mogli biti potrebni tijekom putovanja ili
 - c) zbog kojeg je liječnik savjetovao osiguranoj osobi da ne putuje.
- GSC zadržava pravo pregleda medicinskih informacija osigurane osobe u vrijeme podnošenja zahtjeva. **Liječnikovo mišljenje da je osigurana osoba sposobna putovati ne poništava** niti eliminira zahtjev da osigurana osoba ispunjava sve kriterije **stabilnog** zdravstvenog stanja.
2. Svi troškovi poslani ako osigurana osoba ili bilo tko tko djeluje u ime osigurane osobe pokuša zavarati GSC Travel Assistance ili podnese prijavu, lažnu ili pretjeranu izjavu ili zahtjev.
 3. Svi troškovi primljenih usluga koje:
 - a) nisu bile potrebne za liječenje **hitnog stanja**
 - b) nije preporučio ovlašteni liječnik ili kirurg
 - c) nisu pokrivena vašim provincijskim/teritorijalnim planom zdravstvenog osiguranja ili
 - d) su obično pokrivena pogodnostima vašeg provincijskog/teritorijalnog plana za boravak izvan Kanade (gdje je primjenjivo) ako je provincijski/teritorijalni plan odbio plaćanje.
 4. Svi troškovi primljenih usluga nakon što je ured GSC Travel Assistance utvrdio:
 - a) da se osigurana osoba mora vratiti u provinciju/teritorij prebivališta na liječenje, ali je osigurana osoba odlučila da se neće vratiti u provinciju/teritorij prebivališta
 - b) da se usluge mogu razumno odgoditi do povratke osigurane osobe u provinciju/teritorij prebivališta
 - c) da je nastupio kraj hitnog stanja ili
 - d) da su se usluge pružile za rekurenciju ili komplikaciju u izravnoj ili neizravnoj vezi s hitnim stanjem za koje je ured GSC Travel Assistance utvrdio 3.a), b) ili c) gore.
 5. Svi troškovi usluga za liječenje zdravstvenog stanja ili komplikacija zdravstvenog stanja u izravnoj ili neizravnoj vezi s epidemijom ili pandemijom ako je, u trenutku rezervacije putovanja ili prije datuma polaska, **kanadska vlada izdala službeni savjet o putovanju u kojem se Kanađanima savjetuje da izbjegavaju sva putovanja ili nenužna putovanja** u vezi s nekom zemljom, regijom, gradom ili ostalim ključnim komponentama vašeg putnog aranžmana (npr. kruzer).

Kako biste vidjeli kanadske savjete o putovanjima, posjetite mrežno mjesto kanadske vlade o putovanjima (Travel).

6. Svi troškovi usluga za liječenje:
 - a) zdravstvenog stanja, uključujući simptome ustezanja, koji proizlazi ili je na neki način povezano s kroničnom konzumacijom alkohola, droga ili drugih opojnih sredstava bilo prije ili tijekom putovanja
 - b) zdravstvenog stanja koje se pojavi tijekom putovanja, a koje proizlazi iz ili je na bilo koji način povezano s zloupotrebom alkohola koje dovodi do razine alkohola u krvi veće od 80 miligrama na 100 mililitara krvi, droga ili drugih opojnih sredstava ili
 - c) zdravstvenog stanja koje je posljedica nepridržavanja liječenja onako kako je ono prepisano, uključujući lijekove na recept i bezreceptne lijekove.
7. Svi troškovi povezani s **trudnoćom**, porodom ili njihovim komplikacijama, a koji se pojave tijekom **osmotjednog razdoblja prije i nakon očekivanog termina** poroda.
8. Svi troškovi u vezi s djetetom rođenim na putovanju.
9. svi troškovi nastali na putovanju u svrhu dobivanja dijagnoze, liječenja, kirurškog zahvata, palijativne skrbi ili nekog alternativnog liječenja, kao i sve izravno ili neizravno povezane komplikacije.

GSC ne preuzima odgovornost niti snosi odgovornost za zdravstveni savjet koji je pružen, između ostalog, od liječnika, ljekarnika ili drugog pružatelja zdravstvenih usluga ili ustanove koju preporučuje GSC Travel Assistance.

DVOSTRUKO OSIGURANJE DOPUNSKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Prihvatljivi troškovi, obuhvaćeni naknadom za dopunsku zdravstvenu zaštitu, koji su nastali izvan prebivališta osigurane osobe (u slučaju hitne medicinske pomoći tijekom putovanja) pokriveni su naknadom za hitnu pomoć na putovanju, a ne dopunskom zdravstvenom zaštitom.

PROŠIRENJE OSIGURANJA ZA UZDRŽAVANE OSOBE PREMINULOG KORISNIKA PLANA

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

PREKID POGODNOSTI HITNE POMOĆI NA PUTOVANJU

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

POTREBAN ZAHTJEV ZA HITNU POMOĆ NA PUTOVANJU

Nikakva se naknada ne isplaćuje korisniku plana ako popunjeni obrazac zahtjeva i svi drugi potrebni dokumenti (gore opisani) ne budu dostavljeni u Ured za upravljanje planom (i/ili društvu Green Shield Canada i/ili društvu s kojim je društvo Green Shield Canada sklopilo ugovor) u roku određenom za podnošenje zahtjeva. Pročitajte odredbe o roku za podnošenje zahtjeva u poglavlju Opća pravila i odredbe plana u ovoj knjižici.

NAKNADA ZA STOMATOLOŠKU SKRB

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

NAKNADA ZA STOMATOLOŠKE TROŠKOVE

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

Razina naknade

- 100 % za osnovne usluge
- 60% za veće stomatološke usluge;
- 60 % za ortodontske usluge

Priručnik za stomatološke naknade

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

Medicinska nužnost i razumni i uobičajeni troškovi

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

PLAĆANJE MAKSIMALNOG IZNOSA NAKNADE ZA STOMATOLOŠKE USLUGE

Osnovne i glavne stomatološke usluge

Maksimalna godišnja stomatološka naknada koja se plaća ovim planom za sve kombinirane stomatološke usluge (isključujući ortodontske usluge) iznosi 2 500 dolara po osiguranoj osobi u kalendarskoj godini.

Ortodontske usluge

Maksimalna doživotna ortodontska naknada koja se isplaćuje za svako uzdržavano dijete mlađe od 19 godina iznosi 2500 dolara.

DODATNE STOMATOLOŠKE NAKNADE

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

PODNOŠENJE PLANA ZA STOMATOLOŠKO LIJEČENJE (PRIJE UTVRĐIVANJA)

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

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

Da bi rabio ovu uslugu, stomatolog osigurane osobe mora ispuniti plan stomatološkog liječenja koji uključuje rendgenske zrake prije liječenja ako predloženo liječenje uključuje krunice ili mostove.

STOMATOLOŠKI TROŠKOVI KOJI ISPUNJAVAJU UVJETE ZA NAKNADU

Troškovi za sljedeće stomatološke usluge i pribor smatraju se troškovima stomatološke skrbi koji su prihvatljivi za naknadu.

OSNOVNE STOMATOLOŠKE USLUGE

Dijagnostičke usluge

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

- Ponovni pregled usne šupljine, uključujući tretman fluoridom jednom u razdoblju od 6 mjeseci

- Kompletan pregled usne šupljine i dijagnoza jednom u razdoblju od 24 mjeseca
- Rendgenske snimke
- Ispitni odljevci

Preventivne usluge

Postupci namijenjeni uklanjanju ili smanjenju potrebe za budućim stomatološkim liječenjem.

- Čišćenje kamenca i poliranje (profilaksa) za maksimalno 8 jedinica (2 jedinice za uzdržavanu djecu ispod 13 godina) po kalendarskoj godini (u kombinaciji sa čišćenjem parodonta i planiranjem korijena);
- Fluorid koji se nanosi na zahvaćeno mjesto;
- Pasivni čuvari prostora, oni koji ne pomiču zube (samo za uzdržavanu djecu).

Osnovna restaurativna stomatologija

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

Ekstrakcija

Jednostavno uklanjanje zuba.

Endodoncija

Hitne endodontske procedure i konzervativna terapija korijenskog kanala.

Periodontologija

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

Oralna kirurgija

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

Anestezija

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

Popravci, oblaganje i ponovno postavljanje proteza

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

GLAVNE STOMATOLOŠKE USLUGE

Uklonjivi protetski uređaji

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

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

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

Opsežna restorativna stomatologija

Ti postupci, uključujući zlatne ispune i krunice, rabe normalne funkcije prirodnih zubiju u slučajevima u kojima se zubi, kao posljedica opsežnog karijesa ili loma, ne mogu vratiti punjenjem. Kada se funkcija zubi može obnoviti srebrnim amalgamom, silikatnim ili sintetičkim nadomjescima, naknada koja se plaća utvrdit će se na temelju uobičajenog troška takve restauracije. Takvi postupci podložni su već postojećim ograničenjima postojećih stanja na izgubljenim, izvađenim ili slomljenim zubima prije nego što se pokriju.

Fiksni protetski uređaji

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

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

ORTODONTSKE STOMATOLOŠKE USLUGE

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

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

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

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

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

1. naknade za postupak za koji je postavljen aktivni uređaj prije nego što je osigurana osoba postala osigurana planom; i
2. sve troškove nastale dok osiguranje osobe nije bilo na snazi. Ako se naknada isplaćuje po prekidu osiguranja za ortodontski postupak koji je započeo dok je pokriven planom, one se nastavlja isplaćivati za troškove nastale tijekom 90 dana nakon datuma prekida osiguranja. Oralni pregledi, dentalna profilaksa ili dijagnostički rendgenski snimci ne smatraju se početkom postupka ili nizom liječenja.

ISKLUČENJA I OGRANIČENJA STOMATOLOŠKIH USLUGA

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

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

Plaćanje se neće izvršiti za početno postavljanje ili dodatak protetskih pomagala, osim ako je takva instalacija ili dopuna potrebna prvenstveno zbog zuba koji su izgubljeni, izvađeni ili slomljeni nakon što su obuhvaćeni planom.

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

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

PROŠIRENJE OSIGURANJA ZA ODREĐENE STOMATOLOŠKE POSTUPKE

Nikakva uplata neće biti izvršena za troškove nastale nakon prestanka plana ili ove pogodnosti ili nakon prestanka osiguranja osigurane osobe u okviru ove pogodnosti o stomatološkim uslugama, s iznimkom dovršenja instalacije proteza ili stomatoloških troškova povezanih s protezom, mostom ili krunicama za koje je uzet otisak ili je započela terapija korijenskog kanala, u roku od 30 dana od završetka pokrića, pod uvjetom da je otisak snimljen prije završetka te da je trošak kao takav osiguran planom.

PRODUŽENJE OSIGURANJA STOMATOLOŠKE SKRBI ZA UZDRŽAVANE OSOBE PREMINULOG KORISNIKA PLANA

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

PREKID OSIGURANJA ZA STOMATOLOŠKU SKRB

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

POTREBNI DOKUMENTI UZ OBRAZAC ZAHTJEVA ZA NAKNADU ZA STOMATOLOŠKU SKRB

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

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

NAKNADA U OKVIRU PROGRAMA POMOĆI KORISNICIMA (MAP)

Program pomoći članovima (MAP) predstavlja povjerljivo savjetovanje, pružanje informacija, savjeta i izdavanje uputnica koje su dostupne korisnicima plana i uzdržanim osobama koje ispunjavaju uvjete.

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

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

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

Pozivatelji se odmah povezuju s kvalificiranim savjetnikom programa FSEAP koji može pružiti pomoć ili organizirati sastanak uživo. U okviru programa FSEAP pruža povjerljivo savjetovanje diljem Kanade i SAD-a.

Osoblje programa FSEAP uključuje iskusne socijalne radnike i psihologe. Ako je potrebno dugoročno ili specijalizirano savjetovanje, savjetnik programa FSEAP pomaže vam u upućivanju na drugi resurs unutar vaše zajednice. Ova preporuka može uključivati naknadu. Dodatne informacije dostupne su vam na mreži na adresi:

- www.myfseap.com
- Prijavite se upotrebom naziva skupine: **toloc27map**
- Lozinka: **myfseap1**

SAŽETAK PRUŽENIH USLUGA PROGRAMA POMOĆI ČLANOVIMA

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

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

PRESTANAK NAKNADE ZA SLUŽENJE PROGRAMOM POMOĆI KORISNICIMA

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

NAKNADA ZA ŹALOVANJE / RODITELJSKI DOPUST

Naknada za Źalovanje / roditeljski dopust ima za cilj pruŹiti korisnicima plana neku financijsku pomoć tijekom odsutnosti s posla zbog odreĊenih Źivotnih dogaĊaja.

Naknada je za roditeljski dopust za Źalovanje samofinancirana. Pravila o ispunjavanju uvjeta i pravila o prekidu jednaka su pravilima iz Plana zdravstvene zaštite i dobrobiti. Da bi imao pravo na povlastice, korisnik plana takoĊer mora biti član lokalnog sindikata 27 ili 1030 koji podmiruje svoje obveze.

NAKNADA ZA ŹALOVANJE

U sluĉaju nesretnog sluĉaja smrti člana obitelji korisnik plana će imati pravo na primitak naknade iz pogodnosti za Źalovanje prema planu pod uvjetom da je korisnik plana bio na radu dan prije gubitka. Samo korisnici plana imaju pravo na ovu naknadu. Uzdržavane osobe korisnika ne ispunjavaju uvjete za ovu naknadu.

TKO ISPUNJAVA UVJETE DA BI SE SMATRAO „ČLANOM OBITELJI”

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

- Braćni drug
- dijete, uključujući supružnike djece
- roditelji, uključujući roditelje supružnika
- baka ili djed
- brat, uključujući braću supružnika
- sestra, uključujući sestre supružnika

NAKNADA ZA RODITELJSKI DOPUST

Ako korisnik plana ima novoroĊenče, korisnik plana ispunjava uvjete za primanje naknade za roditeljski dopust plana pod uvjetom da je korisnik plana bio na radu dan prije roĊenja djeteta i da je korisnik plana odsutan s posla odmah nakon roĊenja djeteta. Samo korisnici plana imaju pravo na ovu naknadu. Uzdržavane osobe korisnika ne ispunjavaju uvjete za ovu naknadu.

IZNOS NAKNADE

Naknada za Źalovanje i roditeljski dopust iznosi najviše 150 dolara dnevno, a daje se najviše do 3 radna dana. Naknada se ne isplaćuje za subotu ili nedjelju. Naknade se isplaćuju od prvog dana izgubljene zarade, pod uvjetom da je korisnik plana bio na poslu dan prije gubitka ili

rođenja. Ne plaća se naknada za izgubljeno vrijeme nakon pogreba osim ako korisnik plana ne mora putovati u svrhu sudjelovanja na pogrebu.

OPOREZIVOST ISPLATE NAKNADE

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

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

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

KAKO SE ZAHTIJEVAJU POTRAŽIVANJA IZ PLANA

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

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

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

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

PRESTANAK KORIŠTENJA NAKNADE ZA ŽALOVANJE / RODITELJSKOG DOPUSTA

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

PLAN PLAĆENOG DOPUSTA

PREGLED PLANA

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

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

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

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

ČESTA PITANJA

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

Kako funkcionira plan plaćenog dopusta?

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

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

Kako se ulažu doprinosi u Fond za plaćeni dopust?

Odbor povjerenika ulaže doprinose u Fond za plaćeni dopust u kratkoročne vrijednosne papire. Ova vrsta ulaganja osigurava najbolju kombinaciju prihoda od kamata i minimalnog rizika ulaganja, osiguravajući da su sredstva dostupna u kratkom roku, ako je potrebno. Prihod od kamata koristi se za plaćanje operativnih troškova Plana plaćenog dopusta i fonda.

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

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

Kako Korisnici plana ostvaruju pravo na isplatu za Plaćeni dopust?

U okviru plana vrši se automatska isplata u prosincu svake godine. Na dan ili oko 1. studenog svake godine Ured za upravljanje planom šalje ček u Lokalnu podružnicu sindikata 1030 za svakog korisnika plana koji ispunjava uvjete, koji uključuje sve plaćene dopuste koje korisnik plana zaradi i koji se u ime korisnika plana uplate za razdoblje razdoblju od 12 mjeseci koje završava 31. kolovoza. Dostupno je i izravno polaganje ovih naknada obraćanjem Uredu za upravljanje planom.

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

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

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

Plan ne vrši neobvezne isplate u razdoblju od 60 dana prije ili poslije 1. studenog (tj. plan ne vrši neobvezne isplate u razdoblju između 1. rujna i 1. veljače sljedeće godine). Isplate se ne vrše tijekom tog razdoblja jer je plan u postupku automatske isplate godišnje naknade. Za svaku neobveznu isplatu plan naplaćuje administracijsku naknadu koju su utvrdili povjerenici.

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

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

Postoje li naknade za ostvarivanje prava na isplatu plaćenog dopusta?

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

Je li isplata plaćenog dopusta podložna porezu na dohodak?

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

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

PLAN PRAVNIH USLUGA

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

RASPORED POKRIVENIH USLUGA

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

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

<i>Vrsta pravne usluge</i>	<i>Maksimum Godišnja naknada</i>
Oporuka – odvojeno za korisnika plana ili bračnog druga	100.00 dolara
Oporuka – zajedno za korisnika plana ili bračnog druga	150.00 dolara
Kodicil – odvojeno za korisnika plana ili bračnog druga	50,00 dolara
Kodicil – zajedno za korisnika plana ili bračnog druga	60.00 dolara
Sudska potvrda oporuke – Korisnik plana ili bračni drug*	250,00 dolara
Kupnja, prodaja ili hipoteka na glavno prebivalište korisnika plana	500,00 dolara
Obnova / ukidanje hipoteke na glavnom prebivalištu korisnika plana	50,00 dolara
Priprema / pregled najma za glavno prebivalište korisnika plana	60,00 dolara
Priprema punomoći za korisnika plana ili supružnika	60,00 dolara
Usvajanje djeteta korisnika plana:	250,00 dolara
Prekršaji prema Zakonu o prometu autocestama	300,00 dolara

**ili upravljanje takvom imovinom ako nema oporuke*

UKUPNA MAKSIMALNA GODIŠNJA POGODNOST U KALENDARSKOJ GODINI

Osim maksimalnog godišnjeg doprinosa koji se naplaćuje, navedenog u gornjem rasporedu osiguranih usluga, plan također ima ukupnu maksimalnu godišnju naknadu za sve specificirane pravne usluge kombinirane u kalendarskoj godini kako slijedi.

Prva kalendarska godina članstva u planu 400,00 dolara

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

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

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

ODABIR ODVJETNIKA

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

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

KAKO PODNOSITI ZAHTJEVE

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

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

Potraživanja za nastale pravne troškove smatrat će se prihvatljivima tek kada odvjetnik dovrši pružanje pravne usluge završi.

Zahtjevi s osnove pravnih usluga moraju se podnijeti u roku od 180 dana od dana nastanka troškova. Kasniji zahtjevi neće biti plaćeni.

Plaćanja iz Plana pravnih usluga obavljaju se samo za korisnike. Iz Plana se nikome neće izdavati isplate, uključujući odvjetnike ili pravne tvrtke.

OPOREZIVOST NAKNADA

Svaka isplata naknade za pravne usluge isplaćena korisniku plana smatra se oporezivim prihodom korisnika plana u kalendarskoj godini u kojoj je primljena u skladu s kanadskim poreznim propisima.

U veljači svake godine korisnik plana koji je primio jednu ili više isplata naknade za pravne usluge u prethodnoj kalendarskoj godini primit će službeni porezni obrazac iz plana na kojem piše ukupan iznos isplata Korisniku plana u prethodnoj kalendarskoj godini.

OPĆA PRAVILA I ODREDBE PLANA

IZJAVA O POLITICI PRIVATNOSTI

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

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

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

IMENOVANI UŽIVATELJ

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

Sva ostala obeštećenja police bit će isplaćena korisniku plana. Korisnik plana može promijeniti svog imenovanog uživatelja u bilo kojem trenutku, kada je to dopušteno zakonom. Plan i osiguravatelji ne preuzimaju odgovornost za valjanost takvog imenovanja ili promjene uživatelja. Korisnici plana trebaju povremeno pregledati svoju postojeće imenovanje korisnika kako bi osigurali da odražava trenutnu namjeru.

KAKO PODNIJETI ZAHTEJ PLANU

Kada korisniku plana ili uzdržavanoj osobi koja ispunjava uvjete nastanu prihvatljive troškove koji su osigurani jednom od pogodnosti Plana, zahtjev za naknadu se mora podnijeti Planu. Većina zahtjeva može se podnijeti na različite načine, ali sva potraživanja moraju biti dostavljena na ispravan način, sa svim potrebnim dokumentima i prije roka za podnošenje zahtjeva.

Zahtjevi se mogu podnijeti:

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

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

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

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

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

- puno ime i prezime podnositelja zahtjeva, adresu stanovanja i datum rođenja;
- puno ime i prezime korisnika plana, adresu stanovanja i datum rođenja;
- identifikacijski broj korisnika plana;
- broj police osiguranja Manulife Financial 10042 (ranije broj police 10077 i 901202) za zahtjeve s osnove životnog osiguranja, životnog osiguranja uzdržanih osoba i dugotrajne onesposobljenosti;

- Green Shield Canada Travel Assist Group broj 4932, identifikacijski broj korisnika plana i broj kartice provincijskog plana zdravstvene zaštite za zahtjeve s osnove hitne pomoći na putovanju;
- Broj police CHUBB Life Insurance Company of Canada AB10403501 (za zahtjeve AD&D i zahtjeve s osnove kritičnih bolesti).

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

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

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

ROKOVI ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA

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

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

POGODNOST

ROK ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA

Životno osiguranje

u roku od 12 mjeseci od datuma smrti

Životno osiguranje uzdržavane osobe

u roku od 12 mjeseci od datuma smrti

Smrt uslijed nesretnog slučaja i gubitak ekstremiteta

u roku od 30 dana od datuma nezgode

Kritična bolest

u roku od 30 dana od datuma dijagnoze

Tjedno obeštećenje

u roku od 6 mjeseci od datuma nastanka invalidnosti

Dugotrajna onesposobljenost	u roku od 6 mjeseci nakon završetka prvog mjeseca od razdoblja ispunjavanja uvjeta za invalidnost
Dopunska zdravstvena zaštita	u roku od 12 mjeseci od datuma nastanka troška
Hitna pomoć na putovanju	u roku od 48 mjeseci od datuma nastanka troška
Stomatološka njega	u roku od 12 mjeseci od datuma nastanka troška
Program pomoći korisniku	nije primjenjivo
Žalovanje / roditeljski dopust	u roku od 12 mjeseci od datuma događaja
Plan pravnih usluga	u roku od 180 dana od datuma rashoda
Plan plaćenog dopusta	nije primjenjivo

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

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

PRAVNI KORACI

Korisnik člana ne smije poduzeti pravne radnje protiv osiguravatelja plana ili plana u roku kraćem od 60 dana nakon što je dokaz o gubitku podnesen kao što je navedeno u poglavlju **ROKVI ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA** u ovoj knjižici. Svaki korak ili postupak protiv osiguravatelja plana ili plana za povrat novca koji se plaća prema ovom planu apsolutno je zabranjen osim ako nije započet u vremenskom razdoblju utvrđenom u Zakonu o osiguranju ili primjenjivom zakonu.

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

U provinciji Ontario svaka radnja ili postupak protiv GSC-a radi povrata isplate naknade iz plana apsolutno je zabranjena osim ako nisu pokrenuti u razdoblju određenom u Zakonu o zastarama iz 2002. godine (Limitations Act). U provinciji Britanska Kolumbija svaka radnja ili postupak protiv GSC-a radi povrata isplate naknade iz plana apsolutno je zabranjena osim ako nisu pokrenuti u razdoblju određenom u Zakonu o osiguranju (Insurance Act).

KOORDINACIJA POGODNOSTI (COB)

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

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

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

dostavljaju imena članova plana i brojevi certifikata plana (identifikacija Korisnika plana). Ured za upravljanje planom na odgovarajući će način riješiti zahtjev.

Prethodno opisani postupak podnošenja zahtjeva predstavlja postupak koordinacije naknada (COB) koji je dogovoren među većinom kanadskih planova grupnog osiguranja. Kontaktirajte s Uredom za upravljanje planom ako je potrebno dodatno objašnjenje o tome kako funkcionira postupak koordinacije naknada.

ŽALBE

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

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

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

URED ZA UPRAVLJANJE PLANOM

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

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

Korisnici plana mogu se obratiti Uredu za upravljanje planom ako imaju pitanja o pogodnostima planova ili administrativnim pravila o tome kako planovi funkcioniraju. Ured za upravljanje planom tu je da pomogne korisnicima plana. Upravitelj je plana:

EMPLOYEE BENEFIT PLAN SERVICES LIMITED

45 McIntosh Drive
Markham, Ontario
L3R 8C7

Besplatan poziv: 1-800-263-3564

tel: (905)946-9700

faks: (905) 946-2535

E-pošta: benefits@carpentersresidential.ca

www.carpentersresidential.ca

