

RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE ET DE BIEN-ÊTRE DE CARPENTERS RESIDENTIAL



RÉGIME AMÉLIORÉ BROCHURE D'INFORMATION À L'INTENTION DES PARTICIPANTS AU RÉGIME

À JOUR EN DATE DU 1^{er} JUILLET 2021

WWW.CARPENTERSRESIDENTIAL.CA



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
RÉSUMÉ DES GARANTIES	3
RÉSUMÉ DU SURVOL DES GARANTIES	10
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ	12
DEMANDES DE PRESTATIONS D'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL (WSIB)	17
PRESTATION D'ASSURANCE-VIE	20
PRESTATION D'ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE	21
GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT	23
PRESTATION EN CAS DE MALADIE GRAVE	34
INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE	37
GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	43
PRESTATION D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE	50
PRESTATION D'ASSISTANCE-VOYAGE EN CAS D'URGENCE	58
GARANTIE D'ASSURANCE FRAIS DENTAIRE	74
PRESTATION DU PROGRAMME D'AIDE AUX PARTICIPANTS	82
GARANTIE EN CAS DE CONGÉ DE DEUIL OU PARENTAL.....	84
RÉGIME D'INDEMNITÉ DE VACANCES	86
RÉGIME DE SERVICES JURIDIQUES	89
RÈGLES ET DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU RÉGIME	92
BUREAU D'ADMINISTRATION DU RÉGIME	99

INTRODUCTION

Cher participant au régime,

La présente brochure d'information à l'intention des participants au régime a été conçue comme un document de référence informel qui résume les principales caractéristiques des garanties offertes aux participants admissibles au régime amélioré d'assurance-maladie et de bien-être de Carpenters' Residential. La présente brochure fournit également des renseignements sur la manière de devenir et de demeurer un participant au régime admissible aux garanties du régime, ainsi que sur les règles et les procédures de présentation des demandes.

La présente brochure ne constitue pas un document juridique, une police d'assurance ni un contrat et ne confère aucun droit contractuel. Dans le cadre de la brochure, les termes « régime », « le régime », « votre régime », ou « notre régime » désignent le régime d'assurance-maladie et de bien-être de Carpenters' Residential. Les termes « participant au régime », « vous », « votre » et « personne assurée » désignent une personne qui a satisfait aux règles d'admissibilité aux garanties prévues dans le cadre du régime amélioré d'assurance-maladie et de bien-être de Carpenters' Residential. Le terme « assureur » désigne les compagnies d'assurance ou les fournisseurs d'avantages sociaux qui assurent les garanties du régime, comme l'indique la présente brochure. Le terme « fonds » désigne le « fonds d'assurance-maladie et de bien-être de Carpenters' Residential » ou le « fonds en fiducie des services juridiques de la section locale 27 de Carpenters and Allied Workers – Shingling and Siding Division » ou le « fonds en fiducie pour les indemnités de vacances de la section locale 1030 de Carpenters ».

Le régime d'assurance-maladie et de bien-être, de congé de deuil et de congé parental, de vacances annuelles payées et de services juridiques de Carpenters' Residential, ainsi que les fonds en fiducie applicables, sont régis par des Conseils de fiduciaires nommés par la section locale 27 de Carpenters & Allied Workers ou par la section locale 1030 de Carpenters. Les Conseils de fiduciaires de ces fonds se réservent le droit de modifier ces régimes à leur entière discrétion, selon ce qu'ils jugent approprié et ce qui est permis par la loi. Toute modification apportée à ces régimes sera communiquée à tous les participants au régime et est réputée modifier le résumé des garanties du régime et la présente brochure d'information à l'intention des participants au régime.

Toutes les prestations d'assurance-vie et d'invalidité de longue durée (ILD) décrites dans la présente brochure et les droits qui y sont afférents sont régis par les dispositions de la police-cadre d'assurance numéro 10042 (anciennement les polices numéros 10077, 901202 et 901857) de la Financière Manuvie. Toutes les garanties en cas de décès ou de mutilation par accident décrites dans la présente brochure et les droits qui y sont afférents sont régis par les dispositions de la police d'assurance AB10403501 de la CHUBB Life Insurance Company of Canada (anciennement ACE/INA, police numéro AB10403501). La prestation d'assistance-voyage en cas d'urgence est fournie et administrée par Green Shield Canada (GSC). Le programme d'aide aux participants est administré les Programmes d'aide aux employés de Services à la famille (PAESF).

Toutes les autres garanties décrites dans la présente brochure sont autofinancées et fournies par le fonds et sont régies par les dispositions du texte officiel du régime. Les polices d'assurance, les contrats et les textes du régime constituent une partie des documents officiels du régime, que l'on peut se procurer au bureau d'administration du régime.

Le Conseil de fiduciaires a retenu les services de Employee Benefit Plan Services Limited à titre d'administrateur du régime pour gérer certains aspects du régime d'assurance-maladie et de bien-être de Carpenters' Residential, y compris l'administration du régime, et de surveiller le paiement des prestations pour bon nombre des garanties du régime. Veuillez lire attentivement cette brochure d'information à l'intention des participants au régime et la conserver en lieu sûr pour consultation ultérieure. Vous pouvez prendre contact avec le bureau d'administration du régime si vous avez des questions au sujet des garanties du régime ou de l'une de ses règles ou procédures.

RÉSUMÉ DES GARANTIES

Sous réserve des limites et des exclusions énoncées dans les documents officiels du régime et décrites dans la présente brochure, les participants admissibles au régime et leurs personnes à charge admissibles ont droit aux garanties du régime amélioré qui sont décrites dans les pages suivantes, en commençant par le résumé des garanties ci-dessous.

Il se peut que le régime ne couvre pas toutes les dépenses que vous souhaitez voir remboursées par le régime. Le régime est conçu de manière à offrir la gamme de couvertures la plus large possible qui convient aux participants au régime. Au fil du temps, de nouveaux médicaments et traitements seront disponibles dans le milieu des soins de santé et les fiduciaires se réservent toujours le droit de couvrir ou de ne pas couvrir ces médicaments et d'ajouter des restrictions ou des exclusions à la couverture du régime.

PRESTATION D'ASSURANCE-VIE

Participant au régime : 150 000 \$

PRESTATION D'ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE

Conjoint : 50 000 \$

Chaque enfant à charge : 10 000 \$

GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Participant au régime :	Capital assuré	200 000 \$
	Prestation versée en cas d'invalidité permanente et totale	200 000 \$
	Prestation versée en cas de décès et mutilation par accident au travail	100 000 \$
Conjoint :	Capital assuré	50 000 \$
Chaque enfant à charge :	Capital assuré	10 000 \$

PRESTATION EN CAS DE MALADIE GRAVE

Participant au régime : 10 000 \$ pour 4 maladies graves particulières admissibles

PRESTATION D'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE

L'indemnité hebdomadaire maximum est de 500 \$ par semaine. Les prestations versées sont intégrées aux garanties de maladie de l'assurance-emploi. Pour être admissible à l'indemnité hebdomadaire, le participant au régime doit être « entièrement invalide » (comme défini dans la brochure à l'intention des participants au régime et dans le texte du régime).

Les indemnités hebdomadaires sont payables à compter du premier jour d'un accident, ou après une période d'hospitalisation de 24 heures, ou le huitième jour de maladie, pour une période maximale de 26 semaines consécutives pour une cause d'invalidité donnée.

GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

La prestation d'invalidité de longue durée maximum est de 1 000 \$ par mois. Pour être admissible, le participant doit être âgé de moins de 65 ans et être « totalement invalide » (comme défini dans la brochure à l'intention des participants au régime et dans le contrat d'assurance) pendant une période continue de 182 jours consécutifs. Les prestations d'invalidité de longue durée sont payables jusqu'à ce que l'employé atteigne l'âge de 65 ans, se rétablisse ou décède, selon la première éventualité.

PRESTATION D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Franchise :	Aucune	
Remboursement :	100 % pour tous les services et fournitures admissibles.	
Maximum global :	Illimité	
Médicaments d'ordonnance :	Les médicaments sur ordonnance admissibles doivent disposer d'un numéro d'identification du médicament (DIN) et d'un certificat de conformité, tous deux délivrés par Santé Canada.	
Remboursement :	Selon le coût admissible le moins élevé entre un médicament de marque et son équivalent générique (lorsqu'un équivalent générique est disponible).	
Médicaments biologiques / bioéquivalents :	Le remboursement est fondé sur l'autorisation préalable du coût le moins élevé entre un médicament biologique ou son médicament bioéquivalent (lorsque disponible).	
Maximums pour les médicaments	Traitement à la méthadone 1 000 \$ à vie; dysfonction érectile 500 \$ par année; médicaments contre la stérilité 2 500 \$ à vie; cessation du tabagisme 400 \$ à vie.	
Soins de la vue	Verres, montures et lentilles cornéennes :	Maximum de 400 \$ pour une période de 24 mois consécutifs. Comprend les lunettes de sécurité sur ordonnance et les lunettes de soleil sur ordonnance.
	Lunettes de sécurité industrielles :	Maximum de 200 % pour une période de 24 mois consécutifs

(participants au régime seulement)

Correction de la vue au laser : 2 000 \$ à vie

Examens de la vue : 1 examen de la vue tous les 12 mois.

Professionnels paramédicaux

Maximum de 500 \$ par professionnel par année civile pour un chiropraticien, psychologue, massothérapeute autorisé, orthophoniste, physiothérapeute, naturopathe, ostéopathe, or podiatre.

Prothèses auditives

Prestation maximum de 500 \$ par période de 36 mois consécutifs pour l'achat de prothèses auditives (piles non couvertes).

Orthèses plantaires

Prestation maximum de 500 \$ par période de 24 mois pour les orthèses qui ont été spécialement conçues et moulées pour la personne assurée et qui sont nécessaires pour corriger une déficience physique diagnostiquée.

Autres fournitures et services médicaux

Ambulance, soins de convalescence, soins dentaires accidentels, équipement médical durable (lit d'hôpital, fauteuil roulant, appareils orthopédiques, béquilles), prothèses, radiographies, analyses de laboratoire, bas de contention.

Soins infirmiers privés 10 000 \$ par année civile.

PRESTATION D'ASSISTANCE-VOYAGE EN CAS D'URGENCE

Le régime offre une couverture de voyage pour une **urgence** médicale (en complément de votre régime d'assurance-maladie provincial/territorial) et des services d'assistance voyage aux participants au régime et aux personnes à charge admissibles qui sont **résidents canadiens, âgés de moins de 65 ans et dûment inscrits au régime d'assurance-maladie de leur province**, et qui se trouvent temporairement à l'extérieur de leur province de résidence à des fins de vacances, d'affaires ou d'études.

Il convient de lire et comprendre les règles de la présente prestation avant le départ. La prestation d'assistance-voyage en cas d'urgence comprend des exigences, des limites et des exclusions qui peuvent avoir une incidence sur votre admissibilité ou sur le remboursement des dépenses médicales engagées.

Veuillez consulter la section sur la prestation d'assistance-voyage en cas d'urgence de cette brochure à l'intention des participants au régime pour obtenir davantage de renseignements sur les règles régissant cette prestation. Tous les services d'assistance-

voyage en cas d'urgence (fournis par Green Shield Canada [GSC]) sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Il convient de prendre contact avec le service d'assistance-voyage de GSC avant tout départ vers une destination quelconque, afin vous assurer que vous ou vos personnes à charge répondez aux conditions d'admissibilité de la couverture d'assistance-voyage en cas d'urgence et que la destination est un pays où la couverture d'assistance-voyage en cas d'urgence sera fournie.

Pour obtenir de l'aide, veuillez prendre contact avec l'assistance-voyage de GSC au Canada et aux États-Unis 1 800 265-9977, ou appeler à frais virés au 1-519-741-8450 de tout autre endroit. La carte de prestations du régime comprend tous les renseignements nécessaires sur le régime et d'autres renseignements pour communiquer avec le service d'assistance-voyage de GSC afin de discuter d'un voyage projeté, de votre admissibilité à la couverture ou de celle de votre personne à charge, de présenter une demande de règlement pour une urgence médicale ou de recevoir une assistance-voyage ou d'autres renseignements sur votre voyage.

Maximums de la couverture d'assistance-voyage en cas d'urgence

5 000 000 par personne assurée, par incident.

La durée maximum d'un voyage est de 60 jours consécutifs par voyage.

Services d'assistance-voyage en cas d'urgence

La couverture est fournie pour une gamme de services spécifiques d'assistance-voyage et de conseils.

Maximum de la couverture pour aiguillage médical

50 000 \$ par personne assurée, par année civile (exige une autorisation préalable).

Il est extrêmement important de prendre contact avec l'assistance-voyage de GSC avant d'obtenir un traitement médical d'urgence (si possible), ou de demander à quelqu'un d'appeler au nom de la personne assurée dans les 48 heures si la personne assurée est incapable d'appeler pour des raisons médicales.

Le terme « **urgence** » désigne une blessure, une maladie ou un épisode aigu de maladie soudaine et inattendue qui nécessite des soins médicaux immédiats et qui n'aurait pas pu être raisonnablement prévu en raison de l'état de santé antérieur du patient.

Aucun état de santé **préexistant** ne doit être présent. L'état médical de la personne assurée doit être **stable** pendant la période de 90 jours qui précède le départ.

GARANTIE D'ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

Franchise :	Aucune
Remboursement :	100 % pour les services dentaires de base. 60 % pour les services dentaires majeurs. 60 % pour les services d'orthodontie.
Guide des honoraires Calendrier :	Les prestations de soins dentaires sont remboursées selon le guide des honoraires suggérés de l'association dentaire en vigueur à la date à laquelle les frais sont engagés, dans la province ou le territoire où le service est rendu.
Prestation maximum pour frais dentaires par participant au régime et par personne à charge admissible	
Services dentaires de base et majeurs :	3 500 \$ par année civile pour les services de base et les services majeurs combinés,
Services d'orthodontie :	2 500 \$ à vie. Seulement pour les enfants à charge de moins de 19 ans. Plan préalable au traitement requis.
Services de base	Diagnostic, prévention, restauration, chirurgie, obturations, anesthésie, 1 série complète de radiographies, 1 série de radiographies interproximales, polissage, traitement topique au fluorure, détartrage parodontal.
Examens de rappel :	1 examen de rappel tous les 6 mois.
Examens complets	1 examen buccal complet tous les 24 mois.
Services majeurs :	Couronnes, bridges, prothèses dentaires, remplacement de ponts/prothèses couverts tous les 5 ans.

PRESTATION DU PROGRAMME D'AIDE AUX PARTICIPANTS

Des services confidentiels de counseling, d'information, de conseils et d'aiguillage sont offerts aux participants au régime et à leurs personnes à charge admissibles. Les services sont fournis par le FSEAP 24 heures par jour, tous les jours de l'année. Veuillez prendre contact directement avec le FSEAP au 1 800 668-9920, ou en ligne au www.myfseap.com (Nom du groupe : toloc27map/mot de passe : myfseap1).

PRESTATION DE SURVIVANT

Au décès d'un participant admissible au régime, les personnes à charge survivantes admissibles (p. ex. conjoint ou enfants) continueront d'être couvertes en vertu du régime

en ce qui concerne les garanties d'assurance-maladie complémentaire, d'assistance-voyage en cas d'urgence, d'assurance frais dentaires et d'assistance aux participants pendant une période de 30 mois consécutifs qui commence une fois que le solde du compte bancaire en dollars du régime du participant a été épuisé. Aucun paiement ne sera requis pour maintenir la couverture pendant cette période de prolongation des garanties.

GARANTIE EN CAS DE CONGÉ DE DEUIL OU PARENTAL

Si vous deviez perdre un membre de votre famille admissible, vous pourriez avoir droit à un congé de deuil payé. Vous devez travailler activement, obtenir une lettre de votre employeur indiquant votre dernier jour de travail et les jours où vous n'avez pas travaillé en raison de cette situation, et fournir l'original du certificat de décès ou de la déclaration de décès. Les membres admissibles de la famille comprennent le conjoint, les enfants*, les parents*, les grands-parents, les frères et sœurs* (*ou tout autre membre de la belle-famille).

La prestation est d'un maximum de 150 \$ par jour, jusqu'à concurrence de trois jours ouvrables, et est payable à compter du premier jour de perte de revenu du fait d'un deuil, si vous étiez au travail le jour précédent.

Si vous travaillez activement et que vous avez un nouveau-né, vous pourriez avoir droit aux prestations de congé parental. Vous devez vous absenter du travail immédiatement après la naissance de votre enfant, fournir une lettre de votre employeur indiquant que vous travailliez, votre dernier jour de travail et les jours où vous n'avez pas travaillé et l'original du certificat de naissance. La prestation est d'un maximum de 150 \$ par jour, jusqu'à concurrence de trois jours ouvrables, et est payable à compter du premier jour de perte de revenu du fait d'une naissance, si vous travailliez activement.

RÉGIME D'INDEMNITÉ DE VACANCES

Le régime fournit aux participants au régime leur droit à toute indemnité de vacances accumulées en vertu des dispositions de la convention collective applicable, à chaque année de prestations. Le régime effectue un seul versement annuel régulier de l'indemnité de vacances au 1^{er} novembre de chaque année.

Les participants au régime peuvent également choisir de recevoir leur indemnité de vacances accumulées à un autre moment au cours de l'année de prestations, à condition que le paiement facultatif demandé ne soit pas effectué dans les 60 jours précédant ou suivant le 1^{er} novembre (c.-à-d. que les paiements facultatifs ne seront pas versés par le régime entre le 1^{er} septembre et le 1^{er} février de l'année suivante.

RÉGIME DE SERVICES JURIDIQUES

Les garanties du régime de services juridiques visent à fournir aux participants une aide financière pour des services juridiques généraux, comme la préparation d'un testament, d'une procuration, de transactions immobilières, d'adoption, etc.

Veillez consulter le tableau des garanties à la section du régime de services juridiques qui commence à la page de la brochure à l'intention des participants au régime pour connaître les renseignements sur les prestations annuelles maximales payables, selon le type de services juridiques utilisés. Le régime prévoit également des maximums globaux pour l'année civile pour l'ensemble des services juridiques, selon votre nombre cumulatif d'années de participation admissible au régime.

SURVOL DES GARANTIES

Les pages suivantes du présent résumé des garanties fournissent une synthèse plus précise et rapide des prestations offertes aux participants admissibles au régime et des dispositions qui s'appliquent.

Survol des garanties du régime d'assurance-maladie et de bien-être de Carpenters' Residential



Résumé des garanties améliorées du régime (en date du 1^{er} janvier 2021)

Garantie/disposition de la prestation	Couverture du régime d'assurance-maladie/règle
Dispositions générales du régime	
Prélèvement mensuel du compte bancaire en dollars	380 \$
Maximum du compte bancaire en dollars	4 560 \$ (12 mois de garanties)
Admissibilité initiale	1 ^{er} jour du 2 ^e mois, suivant le mois au cours duquel le participant a accumulé 1 140 \$ dans son compte bancaire en dollars
Rétablissement de l'admissibilité	Si le rétablissement a lieu dans les 12 mois, lorsque le compte bancaire en dollars du participant dispose de 380 \$, si le rétablissement a lieu après 12 mois, la règle d'admissibilité initiale s'applique.
Choix de formule de paiement direct (* plus les taxes provinciales applicables)	Formule A – Toutes les garanties, sauf l'indemnité hebdomadaire et l'invalidité de longue durée – 300 \$ par mois* Formule B - Assurance-vie uniquement – 30 \$ par mois*
Durée du paiement direct	Maximum de 12 mois (WSIB à l'âge de 65 ans)
Définition de personne à charge – conjoint	Marié légalement, conjoint de fait avec 12 mois de cohabitation
Définition de personne à charge – enfant	Moins de 22 ans, ou moins de 25 ans s'il est étudiant dans un établissement d'enseignement
Cessation de la couverture	Retraite (à moins d'indication contraire aux dispositions de chaque garantie)
Assurance-vie	
Montant de la prestation	150 000 \$
Cessation de la couverture	Retraite (d'autres dispositions habituelles de cessation s'appliquent)
Assurance-vie des personnes à charge	
Montant de la prestation pour le conjoint	50 000 \$
Montant de la prestation pour les enfants	10 000 \$
Cessation de la couverture	Retraite (d'autres dispositions habituelles de cessation s'appliquent)
Décès ou mutilation par accident	
Montant du capital assuré pour le participant	200 000 \$
Montant du capital assuré pour le conjoint	50 000 \$
Montant du capital assuré pour les enfants	10 000 \$
Prestation pour invalidité permanente et totale	Prestation forfaitaire unique de 200 000 \$ « Toute profession » Définition de l'invalidité. Se termine à l'âge de 65 ans.
Tableau des pertes	Complète
Prestations connexes en cas de décès ou de mutilation par accident	Complète
Cessation de la couverture	Retraite (d'autres dispositions habituelles de cessation s'appliquent)
Décès ou mutilation par accident au travail	
	100 000 \$ - Même tableau des pertes que la prestation en cas de décès ou de mutilation par accident Se termine à l'âge de 75 ans.
Maladie grave	
	Prestation forfaitaire unique de 10 000 \$ pour 4 maladies graves admissibles. Se termine à l'âge de 65 ans.
Indemnité hebdomadaire	
Montant de l'indemnité hebdomadaire	500 \$
Période de référence	1 ^{er} jour d'hospitalisation. 1 ^{er} jour d'accident. 8 ^e jour de maladie.
Définition d'invalidité	« Propre emploi »
Durée maximum des prestations	26 semaines
Réductions directes des prestations	Assurance-emploi
Cessation de la couverture	Retraite (d'autres dispositions habituelles de cessation s'appliquent)
Invalidité de longue durée	
Montant de la prestation mensuelle	1 000 \$
Période de référence	26 semaines consécutives d'invalidité totale.
Définition d'invalidité	« Propre emploi » pendant les 24 premiers mois d'invalidité, « tout emploi » après 24 mois.
Durée maximum des prestations	Jusqu'à 65 ans
Réductions directes des prestations	Prestations de la WSIB
Réductions directes des prestations	Diverses sources de revenu – Toutes sources confondues 85 % de la rémunération brute avant l'invalidité
Limites relatives aux états de santé préexistants	Les invalidités traitées dans les 90 jours précédents ne peuvent faire l'objet d'une demande au cours des 6 premiers mois.
Cessation de la couverture	À l'âge de 65 ans, ou plus tôt en cas de retraite – (d'autres dispositions habituelles de cessation s'appliquent).
Paiement de la prestation de deuil	
Prestation maximum et période de paiement	Prestation maximum de 150 \$ par jour, maximum de 3 jours.
Membres de la famille admissibles	Le conjoint, les enfants*, les parents*, les grands-parents, les frères et sœurs* (*ou tout autre membre de la belle famille).
Preuve de demande de règlement requise	Doit être activement au travail, fournir un billet de l'employeur et un certificat de décès.
Garantie en cas de congé parental	
Prestation maximum et période de paiement	Prestation maximum de 150 \$ par jour, maximum de 3 jours.
Membres de la famille admissibles	Enfant nouveau-né
Preuve de demande de règlement requise	Doit être activement au travail, fournir un billet de l'employeur et un certificat de naissance.

Survol des garanties du régime d'assurance-maladie et de bien-être de Carpenters' Residential



Résumé des garanties améliorées du régime (en date du 1^{er} janvier 2021)

Garantie/disposition de la prestation	Couverture du régime d'assurance-maladie/règle
Assurance-maladie complémentaire	Doit être dûment inscrit au régime provincial d'assurance-maladie pertinent.
Franchise	Aucune
Coassurance	100 % pour tous les services et fournitures.
Carte de paiement direct pour les médicaments	Oui
Remboursement des médicaments sur ordonnance	Médicaments de marque et génériques – 100 % du médicament de substitution le moins coûteux. Médicaments biologiques ou bioéquivalents (exige une autorisation préalable) – 100 % du médicament de substitution le moins coûteux (si offert).
Maximum pour les frais d'ordonnance	S.O.
Maximum à vie pour l'ensemble des soins de santé	Illimité
Maximums pour les médicaments sur ordonnance	Méthadone 1 000 \$ à vie; dysfonctionnement érectile 500 \$ par année civile; médicaments contre la stérilité 2 500 \$ à vie; cessation du tabagisme 400 \$ à vie. Comprend l'insuline et les fournitures pour diabétiques, les sérums contre les allergies, les vaccins et les anatoxines, les médicaments injectables, les traitements sclérosants (maximum de 20 \$ par visite), les DIU et
Soins infirmiers privés	10 000 \$ par année civile.
Services de professionnels paramédicaux	500 \$ par professionnel par année civile – chiropraticien, ostéopathe, podiatre, physiothérapeute, naturopathe, orthophoniste, massothérapeute, psychologue.
Orthèses/chaussures orthopédiques	500 \$/24 mois pour les orthèses. 500 \$/24 mois pour les chaussures orthopédiques.
Prothèses auditives	500 \$/36 mois de garanties
Soins de la vue (ordonnance)	400 \$/24 mois pour les verres, les montures, les lentilles cornéennes, les lunettes de soleil et les lunettes de sécurité industrielles.
Correction de la vue au laser	Maximum de 2 000 \$ à vie pour la correction de la vue au laser.
Lunettes de sécurité industrielles (ordonnance)	200 \$/24 mois (participants au régime uniquement)
Examens de la vue	1 examen de la vue tous les 12 mois.
Services de transport médical	Ambulance d'urgence
Services médicaux et fournitures	Soins de convalescence, équipement médical durable (lit d'hôpital, fauteuil roulant, appareils orthopédiques, béquilles), prothèses, radiographies, tests de laboratoire, fournitures pour diabétiques, bas de contention, etc.
Services de soins dentaires accidentels	Assujettis aux frais raisonnables et habituels.
Prestation de survivant (pour personnes à charge)	Solde du compte bancaire en dollars du participant, plus une prolongation de 30 mois.
Cessation de la couverture	Retraite (d'autres dispositions habituelles de cessation s'appliquent)
Assistance-voyage en cas d'urgence	Durée maximale d'un voyage de 60 jours – obligation de prendre contact avec Green Shield dans les 48 heures.
Prestation maximum pour les urgences médicales	5 000 000 \$ par urgence médicale à l'extérieur de la province.
Prestation maximum pour les aiguillages médicaux	Couverture maximum de 50 000 \$ pour les aiguillages hors province par année civile.
Cessation de la couverture	À l'âge de 65 ans, ou plus tôt en cas de retraite – (d'autres dispositions habituelles de cessation s'appliquent).
Frais dentaires	
Franchise	Aucune
Coassurance pour les services de base	100 %
Coassurance pour les services majeurs	60 %
Coassurance pour les services d'orthodontie	60 %
Maximum annuel pour les services de base	3 500\$
Maximum annuel pour les services majeurs	Combiné avec le maximum pour les services de base
Maximum à vie pour les services d'ortho.	2 500 \$
Guide des honoraires	Guide des honoraires dentaires actuels de l'Ontario (ODA)
Services de base inclus	Diagnostic, prévention, restauration, chirurgie, obturations, anesthésie
Examen complet	1 examen tous les 24 mois.
Examens de rappel	1 examen tous les 6 mois.
Radiographies	1 série complète tous les 12 mois.
Radiographies interproximales	1 série tous les 12 mois.
Polissage	Couvert
Traitement topique au fluorure	Couvert
Détartrage parodontal	8 unités par année civile
Services majeurs inclus	Couronnes, ponts, prothèses dentaires
Remplacement de ponts/prothèses dentaires	Couvert tous les 5 ans
Services d'orthodontie	Enfants de moins de 19 ans. Plan de traitement requis.
Prestation de survivant (pour personnes à charge)	Solde du compte bancaire en dollars du participant, plus une prolongation de 30 mois.
Cessation de la couverture	Retraite (d'autres dispositions habituelles de cessation s'appliquent)
Programme d'aide aux participants	Services confidentiels de counselling et de conseils. Se termine à la retraite.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ

QUI PEUT ÊTRE ADMISSIBLE AUX PRESTATIONS DU RÉGIME?

Les prestations du régime ne sont versées qu'aux participants admissibles en règle de la section locale 27 ou de la section locale 1030 de la Carpenters' Union, ou aux dirigeants de la section locale 27 ou de la section locale 1030, au nom desquels des cotisations ont été versées au fonds, et qui ont satisfait aux critères d'admissibilité aux garanties du régime décrits dans la présente brochure.

Le statut du participant au sein du syndicat est déterminé par le syndicat et le Conseil de fiduciaires. L'administrateur du régime acceptera le statut du participant qui est déterminé par le syndicat. L'admissibilité d'un participant au régime est fondée sur le niveau des cotisations patronales versées au fonds au nom d'un participant au régime, comme le détermine le Conseil de fiduciaires.

Tous les participants admissibles au régime et leurs personnes à charge admissibles doivent être des résidents canadiens et doivent être couverts par le régime provincial d'assurance-maladie applicable.

QUAND UN PARTICIPANT AU RÉGIME DEVIENT-IL ADMISSIBLE AUX PRESTATIONS POUR LA PREMIÈRE FOIS?

Pour être admissible aux garanties du régime, le participant doit d'abord remplir une fiche de renseignements du participant et la transmettre au bureau d'administration du régime. Les fiches de renseignements sur les participants sont disponibles au bureau du syndicat ou au bureau d'administration du régime. Il est important de tenir votre fiche de renseignements du participant à jour et d'aviser le bureau d'administration du régime de tout changement aux renseignements déjà fournis.

Le bureau d'administration du régime établira un compte bancaire en dollars pour chaque participant au régime admissible et y déposera toutes les cotisations patronales reçues par le bureau d'administration du régime.

La couverture offerte aux participants et à leurs personnes à charge admissibles en vertu du régime entrera en vigueur à compter du premier jour du deuxième mois suivant le mois au cours duquel le solde du compte bancaire en dollars du participant correspond à au moins trois fois la déduction mensuelle exigée pour son propre compte bancaire en dollars. Selon la déduction bancaire mensuelle en dollars requise par le régime à la date de la préparation de cette brochure d'information à l'intention des participants du régime, le solde initial requis du compte bancaire en dollars est de 1 140 \$.

Tous les montants de déductions des comptes bancaires en dollars sont examinés régulièrement par le Conseil de fiduciaires et peuvent être modifiés en tout temps.

COMMENT UN PARTICIPANT AU RÉGIME PEUT-IL CONTINUER D'ÊTRE ADMISSIBLE AUX PRESTATIONS?

Tous les mois, un montant représentant le coût mensuel des garanties du régime sera déduit du compte bancaire en dollars du participant au régime. Ce montant est appelé la déduction bancaire mensuelle en dollars. À la date de préparation de cette brochure d'information à l'intention des participants au régime, la déduction bancaire mensuelle en dollars est de 380 \$.

Un participant au régime demeurera couvert pour les garanties du régime (sous réserve des dispositions relatives à l'admissibilité et à la résiliation décrites dans la présente brochure), dans la mesure où le compte du participant dispose du montant minimum pour la déduction bancaire mensuelle pour chaque mois de couverture.

Pour tous les mois au cours desquels l'administrateur du régime reçoit des cotisations au nom d'un participant au régime qui sont supérieures à la déduction bancaire mensuelle requise, l'excédent demeurera dans le compte bancaire en dollars du participant, pour un solde maximum de 4 560 \$ par compte bancaire en dollars.

Le solde maximum du compte bancaire en dollars (qui est sujet à changement, comme décrit précédemment) correspond à 12 mois de déductions bancaires mensuelles en dollars. Un participant au régime qui dispose du solde bancaire maximum pour un compte en dollars demeurera couvert par le régime pendant une période maximale de 12 mois.

COMMENT UN PARTICIPANT PEUT-IL CONSERVER SES GARANTIES S'IL NE DISPOSE PAS DE LA DÉDUCTION BANCAIRE REQUISE DANS SON COMPTE BANCAIRE EN DOLLARS?

Le bureau d'administration du régime enverra un avis au participant au régime si le solde de son compte bancaire en dollars est insuffisant pour que la déduction bancaire mensuelle minimale soit prélevée au compte.

En pareil cas, le participant admissible au régime peut être autorisé à effectuer des paiements directs mensuels pendant une période maximale de 12 mois consécutifs, pour demeurer admissible aux garanties. Seuls les participants au régime qui demeurent membres en règle de la section locale 27 ou de la section locale 1030 de la Carpenters' Union peuvent être couverts en vertu du paiement direct de la prolongation des garanties.

Le bureau d'administration du régime avisera les participants admissibles du régime de la possibilité de payer directement les cotisations au régime et de l'échéancier des paiements requis. Pour demeurer un participant admissible au régime, tous les paiements directs au régime doivent être reçus lorsqu'ils sont exigibles et sont assujettis aux taxes provinciales applicables, actuellement de 8 % en Ontario (taxe de vente au détail (TVD)).

À la date de préparation de cette brochure d'information à l'intention des participants au régime, les participants admissibles au régime peuvent choisir de prolonger leur couverture en effectuant des paiements directs mensuels, selon l'une des deux formules suivantes :

Formule A – Un paiement direct mensuel de 300 \$ (plus les taxes applicables) permettant d'accéder à toutes les garanties du régime, mis à part l'indemnité hebdomadaire et la garantie en cas d'invalidité de longue durée.

Formule B – Un paiement direct mensuel de 30 \$ (plus les taxes applicables) permettant d'accéder uniquement à la prestation d'assurance-vie pour les participants au régime (toutes les personnes à charge admissibles sont exclues).

Toutes les formules de paiement direct et les paiements mensuels en vertu de celles-ci sont examinés régulièrement par le Conseil de fiduciaires et peuvent être modifiés en tout temps.

COMMENT UN PARTICIPANT AU RÉGIME PEUT-IL OBTENIR LE RÉTABLISSEMENT DE SES GARANTIES APRÈS LA CESSATION DE SA COUVERTURE?

Si la couverture d'un participant au régime cesse en raison d'un solde de compte bancaire insuffisant et que le bureau d'administration du régime reçoit de nouveau des cotisations au nom du participant au régime en raison du retour au travail d'un employeur cotisant, la couverture du participant peut être rétablie en vertu dudit régime.

Si la couverture a été résiliée pendant une période de moins de 12 mois consécutifs, le participant sera de nouveau admissible aux garanties le premier jour du mois suivant le mois au cours duquel le compte bancaire en dollars du participant affiche un solde minimum correspondant à la déduction bancaire mensuelle décrite ci-dessus.

Si la couverture a été résiliée pendant une période de moins de 12 mois consécutifs ou plus, le participant sera de nouveau admissible aux garanties le premier jour du deuxième mois suivant le mois au cours duquel le compte bancaire en dollars du participant affiche un solde minimum correspondant à au moins trois fois la déduction mensuelle décrite ci-dessus.

Le solde initial requis du compte bancaire en dollars, la déduction bancaire mensuelle et les règles d'admissibilité continues décrites ci-dessus étaient en vigueur au moment de l'impression de la présente brochure. Ces règles peuvent être revues et modifiées ultérieurement. Les participants au régime seront avisés de tout changement apporté.

MIS À PART LE PARTICIPANT AU RÉGIME, QUI D'AUTRE PEUT ÊTRE COUVERT PAR LES GARANTIES?

Les personnes à charge admissibles d'un participant au régime ne comprennent que les personnes suivantes qui sont des résidents du Canada et qui sont couvertes par leur régime provincial d'assurance-maladie respectif :

Conjoint

- a) Le terme conjoint d'un participant au régime désigne toute personne légalement mariée au participant au régime à la suite d'une cérémonie civile ou religieuse valide et exclut toute personne divorcée ou séparée du participant au régime.
- b) Le terme conjoint de fait d'un participant au régime désigne la personne avec laquelle le participant au régime a cohabité et s'est publiquement présenté comme

son conjoint pendant au moins 12 mois consécutifs, immédiatement avant la date des services faisant l'objet d'une première demande de règlement.

Enfants

- a) Chaque enfant (âgé de plus de 14 jours en ce qui concerne l'assurance-vie des personnes à charge) d'un participant au régime. Le terme enfant à charge désigne les enfants issus du mariage du participant au régime, les enfants adoptés légalement et les beaux-enfants. Pour être considéré comme une personne à charge admissible, l'enfant ne doit pas être marié, ne doit pas occuper un emploi régulier à temps plein et doit avoir moins de 22 ans.
- b) Un enfant de moins de 25 ans qui a été couvert de façon continue à titre de personne à charge en vertu du présent régime depuis qu'il est devenu admissible pour la première fois continuera d'être considéré comme une personne à charge admissible s'il fréquente à temps plein une école, un collège ou une université agréés. Une preuve de fréquentation scolaire doit être fournie au bureau d'administration du régime.

Un enfant dont la résidence normale est située au Canada sera également considéré comme une personne à charge admissible lorsqu'il fréquente une école, un collège ou une université agréés à l'extérieur du Canada, sous réserve des restrictions décrites à la section Assurance-maladie complémentaire dans la **Description des garanties** de la présente brochure.

- c) Un enfant atteint d'une déficience fonctionnelle qui était couvert en tant que personne à charge demeure couvert au-delà de toute limite d'âge visant les personnes à charge, pourvu que l'enfant soit incapable de subvenir à ses besoins et soit entièrement à la charge du participant au régime pour son soutien et sa subsistance.

À QUEL MOMENT L'ADMISSIBILITÉ AUX GARANTIES DU RÉGIME CESSERA-T-ELLE?

La couverture d'un participant au régime, y compris celle des personnes à charge admissibles, se terminera en vertu du régime d'assurance-maladie et de bien-être à la première des dates suivantes :

1. Le premier jour du mois pour lequel le solde du compte bancaire en dollars du participant au régime est inférieur au montant à la déduction bancaire mensuelle.
2. Le premier jour du mois où le participant au régime n'a pas effectué le paiement direct requis, ou au cours duquel le participant au régime n'est plus admissible aux paiements directs.
3. Le jour où un participant au régime cesse d'être membre en règle de la section locale 27 ou de la section locale 1030 et est suspendu ou expulsé, et aussi longtemps que le participant au régime demeure suspendu ou expulsé.
4. Le jour où le participant au régime commence son service actif dans les forces armées d'un pays, d'un État ou d'une organisation internationale.
5. La date à laquelle la couverture ou la police se termine à l'égard de la ou des garanties couvertes en vertu de cette police.
6. Le jour où un participant prend sa retraite et a épuisé le montant de son compte bancaire en dollars.

7. Les garanties d'invalidité permanente et totale, de maladies graves, d'invalidité de longue durée et d'assistance-voyage d'urgence, la date à laquelle le participant atteint l'âge de 65 ans ou prend sa retraite, selon la première de ces éventualités. Si le participant au régime satisfait entièrement à la période de référence pour l'invalidité de longue durée à l'âge de 64 ans et qu'il est considéré comme étant admissible aux garanties d'invalidité, celui-ci peut recevoir des prestations d'invalidité de longue durée pendant un maximum de 12 mois.
8. Dans le cas de la garantie en cas de décès ou de mutilation par accident au travail, le jour où le participant au régime atteint l'âge de 75 ans ou prend sa retraite, selon la première de ces éventualités.
9. La date de cessation d'emploi indiquée conformément à toute disposition de cessation d'emploi énoncée pour chaque prestation décrite dans la présente brochure.

La couverture des personnes à charge admissibles d'un participant au régime se termine au même moment que celle du participant au régime, comme décrit ci-dessus. De plus, la couverture d'une personne à charge se termine lorsqu'elle n'est plus admissible à titre de personne à charge, comme décrit ci-dessus.

Il convient de souligner que certaines garanties peuvent être accordées par les assureurs à un participant invalide (au-delà de la cessation des garanties d'un participant au régime et/ou de la cessation des garanties du régime). Veuillez consulter la section **Description des garanties** de la présente brochure pour obtenir de plus amples renseignements.

ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Si un participant au régime devient invalide alors qu'il travaille pour un employeur cotisant pour lequel des prestations d'indemnisation des accidents du travail (WSIB) sont payables en vertu de la Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario, son compte bancaire en dollars sera gelé et lui-même et toutes ses personnes admissibles demeureront couverts par les garanties du régime pour un maximum de 12 mois pendant que le participant reçoit les prestations de la WSIB.

Bien que le bureau d'administration du régime ait convenu d'un processus avec les employeurs cotisants et le bureau syndical pour recevoir un avis de toute invalidité liée au travail, il se peut que le participant au régime qui touche des prestations de la WSIB soit omis et ne puisse se voir attribuer ses prestations en vertu du régime.

Les participants au régime qui souffrent d'une invalidité liée au travail doivent en aviser directement le bureau d'administration du régime, fournir une preuve qu'ils reçoivent des prestations de la WSIB, indiquer la date de l'invalidité et, si elle est connue, la date prévue du rétablissement afin de recevoir les prestations applicables de la WSIB en vertu du régime.

AIDE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL ET DE DEMANDES DE PRESTATIONS D'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL (WSIB)

Les participants au régime qui deviennent invalides en raison d'une maladie liée au travail peuvent demander de l'aide à la section locale 27 ou 1030. Le syndicat dispose d'un avocat et d'autres professionnels juridiques pour aider les participants au régime à présenter une demande de prestations de la WSIB, y compris une demande de prestations d'assurance-emploi (AE) et/ou d'invalidité du Régime de pensions du Canada.

Que faire en cas d'accident de travail

1. Signalez immédiatement la blessure à votre employeur.
2. Consultez un médecin ou un autre professionnel de la santé et assurez-vous qu'ils remplissent un « **Rapport du professionnel de la santé (formulaire 8)** ».
3. Prenez contact avec la section locale 27 ou 1030 du syndicat pour signaler l'accident. Nancy Amico (905 652-4140, poste 606) aide les participants au régime à présenter une demande de prestations de la WSIB.
4. Remplissez l'« **Avis de lésion ou de maladie (travailleur) (formulaire 6)** ». Des copies du **formulaire 6** dûment rempli doivent être envoyées à la WSIB et à votre employeur. La section locale 27 ou 1030 peut vous fournir de l'aide à cet égard.
5. Prenez contact avec le bureau d'administration du régime pour signaler l'accident et présentez une demande de prestations d'invalidité de longue durée.

6. Présentez une demande de prestations d'assurance-emploi et du Régime de pensions du Canada.

Appels des décisions de la WSIB concernant les demandes de prestations

Une lésion professionnelle peu apparaître avec le temps, sans qu'elle ne soit le résultat d'un événement unique et précis. Il est toujours possible de présenter une demande de prestations pour ces blessures à titre d'accidents du travail auprès de la WSIB. Toutefois, le processus pour ces demandes peut s'avérer plus ardu, les décisions rendues font souvent l'objet d'un appel. La section locale du syndicat peut également aider les participants au régime à interjeter appel d'une décision de la WSIB à l'égard d'une demande de prestations.

Obligation de l'employeur en matière de réembauche et de votre retour au travail

Les employeurs du secteur de la construction sont tenus d'offrir un travail adapté approprié afin de réembaucher les travailleurs qui ont été blessés. Cela concerne également les travailleurs qui se sont complètement remis de leur blessure, tant que l'employeur a encore du travail à offrir.

Les travailleurs et les employeurs sont tenus de tenter de déterminer ensemble le travail adapté qui convient. Les employeurs remettent souvent aux travailleurs un « formulaire Détermination des capacités fonctionnelles » à faire remplir par un médecin. Ce formulaire fournit des renseignements qui aident à déterminer le type de travail adapté qu'un travailleur peut être en mesure d'effectuer. Les employeurs souhaitent offrir un travail adapté aux travailleurs accidentés puisque cela leur permettra d'économiser sur les coûts concernant les demandes de prestations de la WSIB.

Selon les règles de la WSIB, il n'est pas nécessaire que le travail temporaire modifié soit lié à la construction ou qu'il soit visé par la convention collective. Il peut s'agir d'un travail de bureau, si celui-ci est approprié et disponible. Un différend au sujet de la pertinence d'un travail modifié pourrait amener un spécialiste du retour au travail de la WSIB à examiner les tâches, les conditions et la disponibilité de l'emploi afin de déterminer la capacité d'un travailleur à effectuer ce travail.

Prestations pour perte de gains et renseignements fiscaux

La WSIB versera des prestations au cours des 12 premières semaines d'une demande de prestations d'invalidité approuvée en fonction des gains nets moyens réalisés par un travailleur au cours des 4 semaines précédant la blessure. La WSIB effectue habituellement un nouveau calcul de ces prestations à la 12^e semaine et peut vérifier les gains d'un travailleur jusqu'à deux ans avant la date de l'accident. Ce processus, appelé « calcul du taux à long terme », vise à rajuster le montant des prestations afin de refléter avec plus de précision les gains réels d'un travailleur puisque les gains fluctuent souvent au fil du temps.

Il est important de produire toutes vos déclarations de revenus et de savoir que les prestations d'invalidité de la WSIB sont fondées sur le revenu net (après impôt et les revenus provenant des dépenses).

Prendre contact avec le bureau de votre section locale 27 ou 1030 pour obtenir de l'aide concernant la WSIB

Pour obtenir des **renseignements généraux** sur cette aide ou de l'aide pour présenter une demande de prestations auprès de la WSIB, veuillez prendre contact avec **Nancy Amico au 905 652-4140, poste 606.**

Pour toute question ou représentation concernant les **appels interjetés auprès de la WSIB**, ou pour les problèmes ou les rencontres concernant le **retour au travail**, vous pouvez prendre contact avec **Sally Chiappetta-Scapin au 905 652-4140, poste 239, ou Michael Farago au 905 652-4140, poste 222.**

Sally et Michael représentent les travailleurs lors des rencontres de retour au travail de la WSIB et des appels interjetés devant la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail et le tribunal d'appel.

DESCRIPTION DES GARANTIES

PRESTATION D'ASSURANCE-VIE

En cas de décès d'un participant au régime alors qu'il était admissible aux garanties du régime, le montant de la prestation d'assurance-vie indiqué dans la section **Résumé des garanties** de la présente brochure est payable au bénéficiaire désigné du participant au régime.

DÉSIGNER UN BÉNÉFICIAIRE

Le participant au régime peut désigner un bénéficiaire lorsqu'il remplit et transmet une fiche de renseignements du participant au bureau d'administration du régime.

Le participant au régime peut choisir un nouveau bénéficiaire désigné en tout temps (sous réserve de toute restriction de la police d'assurance provinciale) en remplissant une nouvelle fiche de renseignements du participant et en la transmettant au bureau d'administration du régime.

En règle générale, l'assureur versera toute prestation d'assurance-vie au bénéficiaire désigné nommé sur la dernière fiche de renseignements du participant déposée auprès du bureau d'administration du régime.

Par conséquent, il est très important que tous les renseignements personnels fournis au bureau d'administration du régime soient tenus à jour et que votre bénéficiaire désigné soit revu pour vous assurer qu'il reflète bien votre intention actuelle.

DROIT DE CONVERSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE-VIE

Si la prestation d'assurance-vie d'un participant au régime prend fin ou est réduite, le montant de la prestation d'assurance-vie résiliée ou réduite peut être admissible à la conversion en police individuelle, sans avoir à fournir de preuve médicale d'assurabilité à l'assureur.

Une demande de police individuelle accompagnée de la première prime mensuelle doit parvenir à l'assureur dans les 31 jours suivant la date de résiliation ou de réduction de la prestation d'assurance-vie. En cas de décès au cours de cette période de 31 jours, le montant d'assurance-vie disponible pour la conversion sera versé en conséquence au bénéficiaire désigné du participant au régime, même si aucune demande de conversion n'a été présentée. Pour de plus amples renseignements sur le droit de conversion, veuillez prendre contact avec le bureau d'administration du régime.

CARACTÈRE IMPOSABLE DE LA PRIME D'ASSURANCE-VIE PAYÉE

Toute prime d'assurance-vie payée par le fonds pour le compte d'un participant au régime est considérée, en vertu des lois fiscales canadiennes, comme un avantage imposable pour le participant au régime au cours de l'année civile où elle a été payée.

En février de chaque année, un participant au régime qui était couvert pour la prestation d'assurance-vie du régime au cours de l'année civile précédente recevra du régime un formulaire fiscal officiel indiquant le montant total des primes d'assurance-vie payées (ainsi que toute autre prime imposable versée) au nom du participant au régime par le fonds au cours de l'année civile précédente.

Le participant au régime doit déclarer comme un revenu le montant indiqué sur le formulaire fiscal officiel dans sa déclaration de revenus annuelle.

CESSATION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE-VIE

La prestation d'assurance-vie d'un participant au régime prend fin le jour où il prend sa retraite et a épuisé le montant qui se trouve dans son compte bancaire en dollars. La couverture du participant au régime se terminera également, selon les modalités énoncées ci-dessus à la section **Renseignements concernant l'admissibilité** de la présente brochure.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE-VIE REQUIS

Aucune prestation ne sera versée au bénéficiaire désigné d'un participant au régime à moins qu'un formulaire de demande de règlement dûment rempli et tout autre document requis ne soient soumis au bureau d'administration du régime ou à l'assureur dans le délai prescrit pour présenter une demande. Veuillez consulter les dispositions relatives à la **date limite de présentation des demandes de règlement** à la section **Règles et dispositions générales du régime** de la présente brochure.

PRESTATION D'ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE

En cas de décès du conjoint ou des enfants à charge admissibles d'un participant au régime, le montant d'assurance-vie des personnes à charge indiqué à la section **Résumé des garanties** de la présente brochure sera payé au participant au régime.

DROIT DE CONVERSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE

Si la prestation d'assurance-vie d'une personne à charge admissible d'un participant au régime prend fin ou est réduite, le montant de la prestation d'assurance-vie résiliée ou réduite de la personne à charge peut être admissible à la conversion en police individuelle, sans avoir à fournir de preuve médicale.

Une demande de police individuelle accompagnée de la première prime mensuelle doit parvenir à l'assureur dans les 31 jours suivant la date de résiliation ou de réduction de la prestation d'assurance-vie de la personne à charge. En cas de décès au cours de cette période de 31 jours, le montant de la prestation d'assurance-vie des personnes à charge résiliée ou réduite qui était disponible pour la conversion sera payé en conséquence, même si aucune demande de conversion n'a été présentée.

Des différences peuvent cependant exister, selon la province. Si vous résidez dans la province de Québec et que l'assurance de votre enfant à charge prend fin ou est réduite, vous pourriez être admissible à la conversion de l'assurance résiliée, comme décrit ci-dessus au droit de conversion pour la couverture des conjoints. Pour de plus amples renseignements, veuillez prendre contact avec le bureau d'administration du régime.

CARACTÈRE IMPOSABLE DE LA PRIME D'ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE PAYÉE POUR LES PERSONNES À CHARGE

Toute prime d'assurance-vie payée par le fonds pour le compte d'un participant au régime est considérée, en vertu des lois fiscales canadiennes, comme un avantage imposable pour le participant au régime au cours de l'année civile où elle a été payée.

En février de chaque année, un participant qui était couvert pour la prestation d'assurance-vie des personnes à charge du régime au cours de l'année civile précédente recevra du régime un formulaire fiscal officiel indiquant le montant total des primes d'assurance-vie des personnes à charge payées (ainsi que toute autre prime imposable versée) au nom du participant au régime par le fonds au cours de l'année civile précédente.

Le participant au régime doit déclarer comme un revenu le montant indiqué sur le formulaire fiscal officiel dans sa déclaration de revenus annuelle.

CESSATION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE

La prestation d'assurance-vie pour personnes à charge d'un participant au régime prend fin le jour où il prend sa retraite et a épuisé le montant qui se trouve dans son compte bancaire en dollars. La couverture du participant au régime et pour toutes ses personnes à charge se terminera également, selon les modalités énoncées ci-dessus à la section **Renseignements concernant l'admissibilité** de la présente brochure.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE REQUIS

Aucune prestation ne sera versée au participant au régime à moins qu'un formulaire de demande de règlement dûment rempli et tout autre document requis ne soient soumis au bureau d'administration du régime ou à l'assureur dans le délai prescrit pour présenter une demande. Veuillez consulter les dispositions relatives à la **date limite de présentation des demandes de règlement** à la section **Règles et dispositions générales du régime** de la présente brochure.

GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS PAR ACCIDENT (PARTICIPANT AU RÉGIME ET PERSONNES À CHARGE)

Le terme « décès par accident » désigne un décès découlant d'une blessure corporelle accidentelle. La prestation en cas de décès ou de mutilation par accident est versée en plus de la prestation d'assurance-vie du régime.

Dans les 365 jours suivant le décès accidentel d'un participant au régime, et à la réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur, le bénéficiaire désigné recevra le capital assuré du participant au régime décrit à la section **Résumé des garanties** de la présente brochure (voir la description du capital assuré en assurance-vie ci-dessus pour obtenir des précisions sur la désignation d'un bénéficiaire).

Les personnes à charge admissibles d'un participant au régime sont également couvertes par la garantie en cas de décès par accident.

Les montants du capital du conjoint et de chaque enfant à charge sont indiqués dans la section **Résumé des garanties** de la présente brochure et sont payables au participant au régime.

GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS PAR ACCIDENT AU TRAVAIL (PARTICIPANTS AU RÉGIME UNIQUEMENT)

Dans les 365 jours suivant un décès par accident au travail, et à la réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur, le bénéficiaire désigné du participant au régime recevra la prestation de décès par accident au travail indiquée dans la section **Résumé des garanties** de la présente brochure. Un décès accidentel au travail est le résultat d'un accident survenu alors qu'un participant au régime, âgé de moins de 75 ans :

- i) Est présent sur le lieu de travail, dans le cadre de l'emploi d'un participant au régime.
- ii) Effectue un voyage d'affaires précis et autorisé (voyages d'affaires, à l'exclusion des déplacements quotidiens vers un lieu de travail).

GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE (PARTICIPANTS AU RÉGIME UNIQUEMENT)

Après un an (12 mois) d'« **invalidité totale continue** », si le participant au régime qui a moins de 65 ans devient alors « **invalide de manière permanente et totale** », l'assureur lui versera la prestation d'invalidité totale permanente indiquée dans la section **Résumé des garanties** dans la présente brochure. L'assureur déduira tous les paiements effectués en vertu du Tableau des garanties en cas de mutilation par accident (voir plus loin), sur la base de ces mêmes blessures.

Une « **invalidité totale continue** » qui découle de ces lésions et commence dans les 30 jours suivant la date de l'accident, désigne l'incapacité totale d'un participant au régime qui, au cours de la première année, l'empêche d'accomplir les fonctions importantes et essentielles de son propre emploi ou de sa profession.

Le terme « **invalidité permanente et totale** » désigne l'incapacité totale du participant au régime, après un an d'invalidité totale continue, comme définie ci-dessus, d'exercer toute profession ou tout emploi pour lequel le participant au régime est apte en raison de ses études, sa formation ou son expérience, et ce, pour le reste de sa vie.

GARANTIE EN CAS DE MUTILATION PAR ACCIDENT (PARTICIPANTS AU RÉGIME ET PERSONNES À CHARGE) ET GARANTIE EN CAS DE MUTILATION PAR ACCIDENT AU TRAVAIL (PARTICIPANTS AU RÉGIME)

L'assureur versera 100 % du capital assuré en cas de mutilation par accident décrit à la section **Résumé des garanties** de la présente brochure au participant au régime si un participant au régime ou une personne à charge admissible subit une des pertes accidentelles énumérées ci-dessous. En plus de la prestation de mutilation par accident, l'assureur versera également au participant au régime 100 % du capital assuré applicable en cas de mutilation par accident au travail, décrit à la section **Résumé des garanties** dans la présente brochure, si le participant au régime, âgé de moins de 75 ans, devait subir une des pertes accidentelles énumérées ci-dessous en cas d'accident au travail.

- Perte totale de la vue dans les deux yeux.
- Perte d'une main et d'un pied.
- Perte de l'usage d'une main et d'un pied.
- Perte d'une main et perte totale de la vue dans un œil.
- Perte d'un pied et perte totale de la vue dans un œil.
- Perte de la parole et de l'ouïe dans les deux oreilles.
- Mort cérébrale.

L'assureur versera 200 % du capital assuré en cas de mutilation par accident décrit à la section **Résumé des garanties** de la présente brochure au participant au régime si un participant au régime ou une personne à charge admissible subit une des pertes accidentelles énumérées ci-dessous.

En plus de la prestation de mutilation par accident, l'assureur versera également au participant au régime 200 % du capital assuré applicable en cas de mutilation par accident au travail, décrit à la section **Résumé des garanties** dans la présente brochure, si le participant au régime, âgé de moins de 75 ans, devait subir une des pertes accidentelles énumérées ci-dessous en cas d'accident au travail.

- Perte des deux bras, des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds.
- Perte de l'usage des deux bras, des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds.

- Quadriplégie.
- Paraplégie.
- Hémiplegie.

L'assureur versera 75% du capital assuré en cas de mutilation par accident décrit à la section **Résumé des garanties** de la présente brochure au participant au régime si un participant au régime ou une personne à charge admissible subit une des pertes accidentelles énumérées ci-dessous. En plus de la prestation de mutilation par accident, l'assureur versera également au participant au régime 75% du capital assuré applicable en cas de mutilation par accident au travail, décrit à la section **Résumé des garanties** dans la présente brochure, si le participant au régime, âgé de moins de 75 ans, devait subir une des pertes accidentelles énumérées ci-dessous en cas d'accident au travail.

- Perte d'un bras ou d'une jambe.
- Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe.
- Perte d'une main ou d'un pied.
- Perte de l'usage d'une main ou d'un pied.
- Perte totale de la vue dans un œil.
- Perte de la parole ou de l'ouïe dans les deux oreilles.

L'assureur versera 33 1/3 % du capital assuré en cas de mutilation par accident décrit à la section **Résumé des garanties** de la présente brochure au participant au régime si un participant au régime ou une personne à charge admissible subit une des pertes accidentelles énumérées ci-dessous. En plus de la prestation de mutilation par accident, l'assureur versera également au participant au régime 33 1/3 % du capital assuré applicable en cas de mutilation accident au travail, décrit à la section **Résumé des garanties** dans la présente brochure, si le participant, âgé de moins de 75 ans, devait subir une des pertes accidentelles énumérées ci-dessous en cas d'accident au travail.

- Perte du pouce et de l'index de la même main.
- Perte de l'usage du pouce et de l'index de la même main.
- Perte de quatre doigts de la même main.
- Perte de l'ouïe dans une oreille.

Les pertes relatives à la quadriplégie, à la paraplégie, à l'hémiplegie et à la « perte d'usage » sont assujetties à une prestation maximale combinée de 1 000 000 \$ pour toutes les polices.

L'assureur versera 25% du capital assuré en cas de mutilation par accident décrit à la section **Résumé des garanties** de la présente brochure au participant au régime si un participant au régime ou une personne à charge admissible subit une des pertes accidentelles énumérées ci-dessous. En plus de la prestation de mutilation par accident, l'assureur versera également au participant au régime 25% du capital assuré applicable en cas de mutilation par accident au travail, décrit à la section **Résumé des garanties** dans la présente brochure, si le participant au

régime, âgé de moins de 75 ans, devait subir une des pertes accidentelles énumérées ci-dessous en cas d'accident au travail.

- Perte de tous les orteils du même pied.

DÉFINITIONS CONCERNANT LES MUTILATIONS PAR ACCIDENT

« **Perte** », comme utilisé ci-dessus en ce qui concerne la main ou le pied, désigne une amputation complète au poignet ou à la cheville, ou au-dessus de cette articulation, mais sous l'articulation du coude ou du genou.

« **Perte** », comme utilisé en ce qui concerne le bras ou la jambe, désigne une amputation complète à l'articulation du coude ou du genou, ou au-dessus de celle-ci.

« **Perte** », comme utilisé en ce qui concerne le pouce ou l'index, désigne une amputation complète à l'articulation métacarpophalangienne, ou au-dessus de celle-ci.

« **Perte** », comme utilisé en ce qui concerne l'orteil, désigne une amputation complète à l'articulation métatarso-phalangienne, ou au-dessus de celle-ci.

« **Perte** », comme utilisé en ce qui concerne l'œil désigne la perte irrémédiable de l'ensemble de la vue de l'œil.

Si une personne assurée subit une amputation complète d'une main, d'un pied, d'un bras ou d'une jambe, une prestation sera versée, même si le membre amputé est rattaché par chirurgie, que cette opération soit réussie ou non.

« **Perte** », comme utilisé ci-dessus en ce qui concerne la parole, désigne une perte totale et irrémédiable de la parole qui ne permet aucune communication.

« **Perte** », comme utilisé en ce qui concerne la perte auditive, désigne une « perte » totale et irrémédiable de l'ouïe, qui ne peut être corrigée par aucune prothèse ou appareil auditif.

« **Perte** », comme utilisé en ce qui concerne la quadriplégie (paralysie des membres supérieurs et inférieurs), la paraplégie (paralysie des deux membres inférieurs) et l'hémiplégie (paralysie des membres supérieurs et inférieurs d'un côté du corps), désigne la paralysie complète et irrémédiable de ces membres, pourvu que cette perte fonctionnelle soit continue pendant 180 jours consécutifs et que cette perte fonctionnelle soit déterminée par la suite jugée comme étant permanente par l'assureur, selon des preuves satisfaisantes.

« **Mort cérébrale** » désigne un état d'inconscience irréversible avec perte totale des fonctions cérébrales, ainsi que l'absence complète d'activité électrique au cerveau, même si le cœur continue de battre.

« **Perte d'usage** » désigne une perte d'usage totale et irrémédiable, à condition que la perte soit continue pendant 12 mois consécutifs et qu'elle soit jugée comme étant permanente par l'assureur.

Si ces blessures entraînent l'une ou l'autre des pertes particulières énumérées ci-dessus dans l'année suivant la date de l'accident, l'assureur versera la prestation applicable précisée, selon le capital assuré applicable, mais au plus une (la plus élevée) de ces prestations sera versée pour toutes les blessures causées par un accident en rapport à une mutilation par accident ou une mutilation par accident au travail.

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT (PARTICIPANT AU RÉGIME ET PERSONNES À CHARGE)

PRESTATION EN CAS D'EXPOSITION AUX ÉLÉMENTS ET DISPARITION

Les pertes découlant d'une exposition inévitable aux éléments et des risques décrits ci-dessus sont couvertes dans la mesure des garanties offertes à la personne assurée. Si le corps d'une personne assurée n'a pas été retrouvé dans l'année suivant sa disparition, l'échouement, le naufrage ou le sinistre du moyen de transport dans lequel il se trouvait au moment de l'accident, il est présumé, sous réserve de toutes autres conditions, avoir succombé aux blessures corporelles causées par cet accident.

PRESTATION DE RAPATRIEMENT

Lorsqu'une blessure couverte entraîne la perte de la vie d'une personne assurée à moins de cent cinquante (150) kilomètres de sa ville de résidence permanente ou à l'extérieur du Canada et dans les 365 jours suivant la date de l'accident, l'assureur paiera les frais réels engagés pour préparer le corps de la personne décédée en vue de son enterrement et au transport de sa dépouille dans sa ville de résidence, sans toutefois dépasser 15 000 \$.

PRESTATION DE RÉHABILITATION

Lorsque les blessures entraînent le paiement par l'assureur d'une prestation, à l'exclusion de la prestation en cas de décès, l'assureur paiera également les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés jusqu'à concurrence de 15 000 \$, pour la formation spéciale de la personne assurée, à condition que :

- a) Cette formation soit nécessaire en raison des blessures et pour que la personne assurée soit qualifiée pour exercer une profession qu'elle n'aurait pas exercée si elle n'avait pas souffert de ces blessures.
- b) Les dépenses soient engagées dans les deux (2) ans suivant la date de l'accident.
- c) Aucun paiement ne sera effectué pour les frais de subsistance, de déplacement ou d'habillement habituels.

PRESTATION POUR LE TRANSPORT D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

Lorsque les blessures entraînent l'hospitalisation d'une personne assurée dans un hôpital situé à plus de cent cinquante (150) kilomètres de sa ville de résidence permanente ou à l'extérieur du Canada et nécessitent la présence d'un membre de la famille immédiate, sur recommandation écrite du médecin traitant, l'assureur paiera les frais engagés par le membre de la famille pour le transport jusqu'à la personne assurée, par le chemin le plus direct par un transporteur général titulaire d'un permis, sans dépasser le montant maximum de 15 000 \$.

« **Membre de la famille immédiate** » désigne le conjoint, les parents ou le nouveau conjoint de la mère ou du père, les enfants ou les beaux-enfants, les frères et sœurs, les demi-frères et

demi-sœurs et les beaux-frères et belles-sœurs, la belle-mère, le beau-père, les gendres et les brus.

PRESTATION DE FORMATION PROFESSIONNELLE DU CONJOINT

Lorsque les blessures d'un participant au régime entraînent le versement par l'assureur d'une prestation de décès par accident, l'assureur paiera en outre les frais réellement engagés, dans les 365 jours suivant la date de l'accident, par le conjoint du participant au régime pour un programme officiel de formation professionnelle visant expressément à permettre à ce conjoint d'obtenir un emploi actif dans une profession pour laquelle le conjoint ne serait pas suffisamment qualifié autrement. Le montant maximal payable ne doit pas dépasser le montant de 15 000 \$.

PRESTATION POUR L'ADAPTATION DU DOMICILE ET DU VÉHICULE

Cette prestation est payable dans le cas où une personne assurée subit une blessure qui entraîne l'une des pertes de mutilation par accident payables à l'exclusion de la prestation de décès par accident, et que cette blessure exige par la suite l'utilisation d'un fauteuil roulant pour se déplacer.

L'assureur paiera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés dans les 365 jours suivant la date de l'accident pour :

- 1) Le coût unique des travaux d'adaptation de la résidence principale de la personne assurée pour la rendre habitable et accessible en fauteuil roulant.
- 2) Le coût unique des travaux d'adaptation d'un véhicule motorisé utilisé par la personne assurée pour rendre le véhicule accessible ou utilisable par la personne assurée.

Les prestations en vertu des présentes ne seront pas versées à moins que :

- a) Les travaux d'adaptation du domicile soient effectués par une ou plusieurs personnes ayant de l'expérience dans ces travaux et recommandés par un organisme reconnu qui offre soutien et assistance aux utilisateurs de fauteuil roulant.
- b) Les travaux d'adaptation du véhicule soient effectués par une ou plusieurs personnes ayant de l'expérience en la matière et que les adaptations soient approuvées par les autorités provinciales responsables de l'immatriculation des véhicules.

Le montant maximal payable en vertu des rubriques 1 et 2 combinées ne dépassera pas 10 % du capital assuré applicable indiqué dans le **Résumé des garanties**, jusqu'à un maximum de 50 000 \$.

PRESTATION POUR GARDE D'ENFANT

Si un participant au régime ou son conjoint admissible décède dans un accident couvert alors que la police d'assurance est en vigueur, l'assureur versera, en plus des autres prestations payables en vertu de la garantie en cas de décès ou de mutilation par accident, une prestation pour frais de garde d'enfants égale aux frais raisonnables et nécessaires réellement engagés, selon les modalités suivantes :

a) Le montant le moins élevé entre 5 % du capital assuré applicable de la personne assurée; ou

b) un maximum de 5 000 \$ par année :

pour tout enfant à charge âgé de 12 ans ou moins. L'enfant à charge doit être inscrit dans une garderie légalement accréditée à la date de l'accident ou doit être inscrit dans une garderie légalement accréditée dans les 365 jours suivant la date de l'accident.

La prestation pour garde d'enfant sera versée chaque année pendant quatre (4) années consécutives, mais seulement à la réception d'une preuve satisfaisante que l'enfant est inscrit dans une garderie légalement accréditée

PRESTATION SPÉCIALE POUR ÉTUDES

Si un participant au régime ou son conjoint admissible décède dans un accident couvert alors que la police d'assurance est en vigueur, l'assureur versera, en plus de toutes les autres prestations payables en vertu de la garantie en cas de décès ou de mutilation par accident, une « **prestation spéciale pour études** » correspondant à 5 % du capital assuré applicable de la personne assurée jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année, au nom de tout enfant à charge qui, à la date de l'accident, est inscrit comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur postsecondaire et s'inscrit par la suite comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur dans les 365 jours suivant la date de l'accident.

La « **prestation spéciale pour études** » est payable annuellement pour un maximum de quatre (4) paiements annuels consécutifs, mais seulement si l'enfant à charge poursuit ses études à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur.

PRESTATION EN CAS DE DEUIL

Lorsque les blessures couvertes par la garantie en cas de décès ou de mutilation par accident entraînent le décès d'une personne assurée dans les 365 jours suivant la date de l'accident, l'assureur paiera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés par le participant au régime survivant ou ses personnes admissibles (conjoint et enfants) pour un maximum de six (6) séances de counseling, par un conseiller professionnel, sans excéder un montant de 1 000 \$.

« **Conseiller professionnel** » désigne le traitement ou le counseling prodigué par un thérapeute ou un conseiller qui est autorisé, inscrit ou certifié pour fournir ce traitement.

PRESTATION MENSUELLE EN CAS D'HOSPITALISATION

Si une personne assurée subit une blessure qui entraîne le versement en vertu de la prestation en de mutilation par accident, à l'exclusion de la prestation en cas de décès par accident, et que la personne assurée est hospitalisée et est sous les soins d'un médecin ou d'un chirurgien légalement qualifié et inscrit autre que lui-même, l'assureur paiera pour chaque mois complet un pour cent (1 %) du capital assuré applicable, sous réserve d'une prestation maximale de 2 500 \$, ou un trentième (1/30^e) de cette prestation mensuelle pour chaque jour du mois partiel, avec effet rétroactif au 1^{er} jour complet de cette hospitalisation, sans toutefois dépasser 365 jours au total pour chaque période d'hospitalisation.

« **Hôpital** », au sens des présentes, désigne un établissement légalement constitué qui répond à toutes les exigences suivantes :

1. S'occupe principalement de l'accueil, des soins et du traitement des personnes malades, souffrantes ou blessées dans le cadre d'une hospitalisation.
2. Offre un service de soins infirmiers 24 heures sur 24 par des infirmières autorisées ou diplômées.
3. Dispose en tout temps d'un ou de plusieurs médecins autorisés.
4. Fournit des installations dotées d'équipements de diagnostic et de chirurgie.
5. Il ne s'agit pas principalement d'une clinique, d'une maison de soins infirmiers, d'une maison de convalescence ou d'un établissement semblable ni, sauf accessoirement, d'un lieu pour alcooliques ou toxicomanes.

« **Patient hospitalisé** » désigne une personne admise à l'hôpital en tant que résident ou patient dans un lit et à qui l'hôpital fournit l'hébergement et les repas pour au moins une journée.

PRESTATION EN CAS DE DÉFIGUREMENT COSMÉTIQUE

Si une personne assurée subit une brûlure au troisième degré en raison d'un accident, l'assureur paiera un pourcentage du capital assuré applicable en fonction de la partie du corps qui a été brûlée selon le tableau suivant, sous réserve d'une prestation maximale payable de 25 000 \$:

Partie du corps	(A) Classement de la zone	(B) % maximal admissible pour la zone brûlée	(C) % maximal du capital assuré payable
Visage, cou, tête	11	9,0 %	99,0 %
Main et avant-bras	5	4,5 %	22,5 %
L'un ou l'autre des bras	3	4,5	13,5 %
Torse (devant ou derrière)	2	18,0 %	36,0 %
L'une ou l'autre des cuisses	1	9,0 %	9,0 %
L'une ou l'autre des jambes (sous le genou)	3	9,0 %	27,0 %

Le « **pourcentage maximal du capital assuré payable** » (élément (C) du tableau ci-dessus) est déterminé en multipliant le classement de la zone ((A) du tableau ci-dessus) par le pourcentage maximal permis pour la superficie brûlée ((B) du tableau ci-dessus).

Dans le cas d'une brûlure couvrant 50 % de la surface, le pourcentage maximal admissible pour la zone brûlée (B) est réduit de 50 %. Ce tableau ne représente que le pourcentage maximal du capital assuré payable pour un accident donné. Si la personne assurée subit des

brûlures dans plus d'une zone à la suite d'un même accident, le montant maximum des prestations sera de 25 000 \$.

PRESTATION POUR CEINTURE DE SÉCURITÉ

Cette prestation est payable uniquement dans le cas où une personne assurée subit une blessure qui entraîne l'une des pertes de mutilation par accident payables en vertu de la garantie en cas de décès ou de mutilation par accident. Le montant du capital assuré de la personne assurée sera majoré de 10 %, jusqu'à concurrence de 25 000 \$, si, au moment de l'accident, la personne assurée conduisait ou prenait place dans un véhicule et portait une ceinture de sécurité correctement attachée. Une preuve du port de la ceinture de sécurité doit être fournie dans le cadre de la preuve écrite de la perte.

« **Ceinture de sécurité** » désigne les ceintures qui constituent un système de retenue. « Véhicule » désigne une voiture de tourisme, une voiture familiale, une fourgonnette ou une automobile de type jeep.

PRESTATION D'IDENTIFICATION

En cas de décès accidentel de la personne assurée à au moins cent cinquante (150) kilomètres de son lieu de résidence habituel, et si les policiers ou une autorité gouvernementale similaire demandent qu'un membre de la famille immédiate identifie le corps, l'assureur remboursera les frais raisonnables réellement engagés par le membre de la famille, pour :

- a) Le transport par le chemin le plus direct jusqu'à la ville ou le village où le corps est situé.
- b) L'hébergement à l'hôtel dans cette ville, sous réserve d'une durée maximale de trois (3) jours.

Le remboursement de ces frais est assujéti au paiement subséquent de la prestation en cas de décès par accident, conformément aux modalités de la présente garantie après l'identification du corps comme étant celui de la personne assurée.

Le montant maximal payable est de 15 000 \$ pour toutes ces dépenses. Aucun paiement ne sera effectué pour les frais de pension ou autres frais de subsistance, de déplacement ou d'habillement ordinaires, et le transport doit se faire dans un véhicule ou un moyen de transport exploité en vertu d'un permis, pour le transport des passagers contre rémunération.

DROIT DE CONVERSION

À la date d'échéance de la garantie en cas de décès ou de mutilation par accident ou au cours de la période de 31 jours suivant la résiliation, une personne assurée peut convertir son assurance en une police d'assurance individuelle (à l'exclusion de l'avenant en cas de décès ou de mutilation par accident) de l'assureur.

La police individuelle sera en vigueur soit à la date de réception de la demande par l'assureur, soit à la date à laquelle la couverture en vertu du régime prend fin, selon la dernière éventualité.

La prime sera la même que celle qu'une personne paierait habituellement lorsqu'elle souscrit une police individuelle à ce moment-là.

Vous pouvez faire une demande de police individuelle en prenant contact avec le bureau d'administration du régime. Le montant de la couverture d'assurance convertie ne doit pas dépasser le montant versé pendant la participation au régime, jusqu'à concurrence de 200 000 \$. La police individuelle ne couvre que les décès et mutilations accidentels.

LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Cette garantie ne couvre pas les pertes occasionnées par ou découlant de l'une ou de plusieurs des situations suivantes :

- a) Les blessures qu'une personne s'inflige intentionnellement, le suicide ou toute tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non.
- b) Les guerres, qu'elles soient déclarées ou non, ou tout acte de guerre.
- c) Les voyages ou les vols à bord d'un aéronef appartenant au titulaire de police, à une personne assurée ou à un membre du ménage d'une personne assurée ou loué par l'une de ces personnes, ou d'un aéronef utilisé à des fins d'essai ou d'expérimentation, de lutte contre les incendies, d'inspection de lignes électriques ou de pipelines, ou pour des fins de photographie aérienne ou d'exploration.
- d) Les pertes survenant alors que la personne assurée est en service actif à temps plein dans les forces armées de tout pays ou autorité internationale.
- e) Les voyages ou les vols à bord de tout véhicule ou appareil de navigation aérienne, sauf dans la mesure où ces voyages ou vols sont prévus dans la description de la présente garantie.

En ce qui concerne les voyages aériens, l'assurance accordée s'applique aux pertes entraînées par ou découlant du voyage ou du vol dans tout aéronef ou tout autre dispositif de navigation aérienne, y compris l'embarquement et le débarquement, sauf :

- a) Lorsqu'ils sont utilisés à des fins d'essai ou d'expérimentation.
- b) Lorsque la personne assurée pilote, apprend à piloter ou fait partie de l'équipage d'un aéronef.
- c) Lorsqu'ils sont pilotés par ou une autorité militaire, ou sous la direction de celle-ci, à l'exception des aéronefs de transport exploités par le Groupe transport aérien des Forces armées canadiennes ou tout autre service de transport aérien semblable d'un autre pays.

- d) Tout aéronef ou appareil appartenant au syndicat, à l'employeur, à une filiale ou à une société affiliée du syndicat, à une personne assurée ou à un membre de sa famille, ou loué l'un de ceux-ci ou en leur nom.
- e) Lorsqu'ils sont utilisés pour la lutte contre les incendies, les inspections de pipelines, les inspections de lignes électriques, les photographies aériennes ou l'exploration.

La « **Garantie complémentaire en cas de décès ou de mutilation par accident** » décrite précédemment (autre que les garanties en cas de décès ou de mutilation par accident, de décès par accident au travail ou de mutilation par accident au travail) sera restreinte à une (1) police d'assurance dans la mesure où ces garanties sont prévues dans au moins deux (2) polices remises par l'assureur pour la même personne assurée.

CARACTÈRE IMPOSABLE DE LA PRIME D'ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT PAYÉE

Toute prime d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident payée par le Fonds pour le compte d'un participant au régime est considérée, en vertu des lois fiscales canadiennes, comme un avantage imposable pour le participant au régime au cours de l'année civile où elle a été reçue.

En février de chaque année, un participant au régime qui était couvert pour la garantie en cas de décès ou de mutilation par accident du régime au cours de l'année civile précédente recevra du régime un formulaire fiscal officiel indiquant le montant total des primes en cas de décès ou de mutilation par accident payées (ainsi que toute autre prime imposable versée) au nom du participant au régime par le Fonds au cours de l'année civile précédente.

Le participant au régime doit déclarer comme revenu toute prime en cas de décès ou de mutilation par accident payée en son nom (indiquée sur le formulaire fiscal officiel) dans sa déclaration annuelle de revenus, dans le calcul de son revenu imposable.

CESSATION DE LA GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

La garantie en cas d'invalidité permanente et totale d'un participant au régime se termine à la date à laquelle il prend sa retraite ou atteint l'âge de 65 ans. La garantie en cas de décès ou de mutilation par accident d'un participant au régime prend fin le jour où il prend sa retraite et a épuisé le montant qui se trouve dans son compte bancaire en dollars. La couverture du participant au régime et pour toutes ses personnes à charge se terminera également, selon les modalités énoncées ci-dessus à la section **Renseignements concernant l'admissibilité** de la présente brochure.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT REQUIS EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Aucune prestation ne sera versée au participant au régime à moins qu'un formulaire de demande de règlement dûment rempli et tout autre document requis ne soient soumis au bureau d'administration du régime ou à l'assureur dans le délai prescrit pour présenter une

demande. Veuillez consulter les dispositions relatives à la **date limite de présentation des demandes de règlement** à la section **Règles et dispositions générales du régime** de la présente brochure.

PRESTATION EN CAS DE MALADIE GRAVE

Si, lorsqu'un participant au régime est assuré pour la prestation en cas de maladie grave, mais seulement lorsque la couverture du participant au régime est en vigueur depuis 90 jours (en cas de cancer uniquement), un participant au régime de moins de 65 ans reçoit alors un diagnostic **de cancer, de crise cardiaque, d'insuffisance rénale ou d'accident vasculaire cérébral** et que le participant au régime survit pendant 30 jours, il recevra la prestation en cas de maladie grave décrite à la section **Résumé des garanties** de la présente brochure.

L'assureur n'est tenu de verser la prestation en cas de maladie grave qu'une seule fois, même si le participant au régime peut recevoir un diagnostic de plus d'une des maladies couvertes.

SURVIE À 30 JOURS

Si, alors que la couverture d'assurance est en vigueur, un participant au régime souffre d'un cancer, d'une crise cardiaque, d'une insuffisance rénale ou d'un accident vasculaire cérébral et qu'il survit pendant une période de 30 jours, l'assureur versera le montant de la prestation indiqué ci-dessus.

DISPOSITION RELATIVE À UN ÉTAT DE SANTÉ PRÉEXISTANT

Désigne une maladie ou une blessure subie par un participant au régime pour laquelle il a demandé ou reçu un avis médical, une consultation, une investigation, un diagnostic ou pour laquelle un médecin a exigé ou recommandé un traitement au cours des 24 mois précédant immédiatement la date originale d'entrée en vigueur des prestations du régime (ou pour tout montant accru de l'assurance, le cas échéant) qui entraîne directement ou indirectement le problème dans les 24 premiers mois de la participation initiale du participant (ou pour tout montant accru de l'assurance, le cas échéant).

DÉFINITIONS RELATIVES AUX MALADIES GRAVES

« **Cancer** » : Désigne une tumeur maligne caractérisée par la croissance et la propagation incontrôlées de cellules malignes et par l'invasion des tissus. Cela comprend la leucémie, la maladie de Hodgkin et le mélanome invasif, mais ne comprend pas :

- Le carcinome in situ.
- Le sarcome de Kaposi ou d'autres cancers liés au SIDA et les cancers en présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
- Les cancers de la peau ou les mélanomes qui ne sont pas invasifs et dont la profondeur n'excède pas 0,75 millimètre.
- Les cancers de la prostate pour lesquels le diagnostic indique un stade T1 N0 M0 ou un stade équivalent.

- Les récurrences ou métastases d'un cancer pour lesquels le diagnostic initial a été posé avant la date d'entrée en vigueur de la couverture.

Le diagnostic doit être confirmé par écrit par un oncologue agréé.

« **Crise cardiaque** » : Désigne le diagnostic définitif de la mort du muscle cardiaque due à une obstruction du flux sanguin qui entraîne la hausse et la baisse des marqueurs cardiaques biochimiques à des niveaux considérés comme un diagnostic d'infarctus du myocarde, avec au moins l'une des caractéristiques suivantes :

- a) Des symptômes de crise cardiaque.
- b) De nouveaux changements à l'électrocardiogramme (ECG) qui correspondent à une crise cardiaque.
- c) La formation de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, y compris, mais sans s'y limiter, la coronarographie et l'angioplastie coronariennes.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste.

Exclusions relatives aux crises cardiaques : Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette affection pour :

- a) Des marqueurs biochimiques cardiaques élevés avec :
 - i) un niveau de troponine inférieur à 1;
 - ii) un niveau de créatine-kinase MB inférieur à 4; ou,
- b) Des changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur, qui ne correspondent pas à la définition de crise cardiaque énoncée ci-dessus.

« **Insuffisance rénale** » : Désigne une insuffisance rénale terminale due à une insuffisance rénale chronique irréversible des deux reins, exigeant une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une transplantation rénale. Le diagnostic doit être confirmé par écrit par un médecin certifié en néphrologie.

« **Accident vasculaire cérébral** » : Désigne, chez le participant au régime, un accident vasculaire cérébral, à l'exclusion d'un accident ischémique transitoire (AIT), entraînant un infarctus du tissu cérébral dû à une thrombose, une hémorragie d'un vaisseau intracrânien ou une embolisation causée par une source extracrânienne. Il doit y avoir des preuves d'un déficit neurologique permanent persistant pendant 30 jours consécutifs, appuyées par des preuves que le déficit résulte de l'AVC, confirmées par écrit par un médecin certifié à titre de neurologue.

EXCLUSION DE 90 JOURS EN CAS DE CANCER

La période d'exclusion du cancer est de 90 jours à compter de la dernière des dates suivantes :

- a) La date d'entrée en vigueur de la couverture du participant au régime.
- b) La date de la dernière remise en vigueur de la police d'assurance.

Durant cette période d'exclusion, il n'y aura pas de couverture pour le cancer si un diagnostic de tout type de cancer, qu'il soit inclus ou exclu dans la police d'assurance, est posé ou si des symptômes ou des problèmes médicaux se manifestent qui, ou dont la persistance ou la récurrence, entraînent ultérieurement une investigation menant au diagnostic du cancer.

Dans le cas de ce type de diagnostic, la garantie en cas de maladie grave demeurera en vigueur, mais le cancer ne sera plus considéré comme une affection assurée, sauf en cas de diagnostic ultérieur d'un cancer non apparenté.

LIMITES ET EXCLUSIONS RELATIVES À LA PRESTATION EN CAS DE MALADIE GRAVE

L'assureur ne versera pas la prestation en cas de maladie grave dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

1. En cas de blessure ou de maladie, autre qu'une des maladies couvertes, même si cette blessure ou maladie peut avoir été aggravée par l'une des maladies couvertes.
2. Une complication de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou toute variante de celle-ci, y compris le SIDA et le complexe lié au SIDA.
3. L'utilisation, l'existence ou l'échappement d'armes ou de matériaux nucléaires, et le rayonnement ionisant provenant d'un combustible nucléaire ou de résidus produits par une combustion nucléaire.
4. Les blessures qu'une personne s'inflige intentionnellement, le suicide ou toute tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non.
5. Les guerres, qu'elles soient déclarées ou non, ou tout acte de guerre.
6. La perpétration ou la tentative de perpétration par le participant au régime de tout acte qui, s'il était jugé par un tribunal, serait considéré comme illégal dans le cadre des lois du territoire où il a été commis.
7. L'abus de médicaments, de drogues ou de substances intoxicantes.
8. Tout état de santé préexistant, sauf si la couverture est demeurée en vigueur pendant une période de 24 mois consécutifs suivant la date d'entrée en vigueur initiale de l'admissibilité d'un participant au régime aux garanties du régime.

CARACTÈRE IMPOSABLE DE LA PRIME EN CAS DE MALADIE GRAVE PAYÉE

Toute prime d'assurance en cas de maladie grave payée par le fonds pour le compte d'un participant au régime est considérée, en vertu des lois fiscales canadiennes, comme un avantage imposable pour le participant au régime au cours de l'année civile où elle a été reçue.

En février de chaque année, un participant qui était couvert pour la garantie en cas de maladie grave du régime au cours de l'année civile précédente recevra du régime un formulaire fiscal officiel indiquant le montant total des primes en cas de maladie grave payées

(ainsi que toute autre prime imposable versée) au nom du participant au régime par le fonds au cours de l'année civile précédente.

Le participant au régime doit déclarer comme revenu toute prime en cas de maladie grave payée en son nom (indiquée sur le formulaire fiscal officiel) dans sa déclaration annuelle de revenus, dans le calcul de son revenu imposable.

CESSATION DE LA GARANTIE EN CAS DE MALADIE GRAVE

La garantie en cas de maladie grave d'un participant au régime se termine à la date à laquelle il prend sa retraite ou atteint l'âge de 65 ans. La couverture du participant au régime se terminera également, selon les modalités énoncées ci-dessus à la section **Renseignements concernant l'admissibilité** de la présente brochure.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE REQUIS

Aucune prestation ne sera versée au participant au régime à moins qu'un formulaire de demande de règlement dûment rempli et tout autre document requis ne soient soumis au bureau d'administration du régime ou à l'assureur dans le délai prescrit pour présenter une demande. Veuillez consulter les dispositions relatives à la **date limite de présentation des demandes de règlement** à la section **Règles et dispositions générales du régime** de la présente brochure.

INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE

Un participant au régime qui devient totalement invalide en raison d'une maladie ou d'une blessure qui n'est pas liée au travail peut être admissible à recevoir des prestations d'indemnité hebdomadaire.

Le participant au régime est considéré comme « **totalement invalide** » s'il n'est pas en mesure d'accomplir toutes les tâches liées à sa profession ou à son emploi. Pour être admissible aux prestations d'indemnité hebdomadaire, le participant au régime doit fournir la preuve d'un état invalidant satisfaisant pour le régime et doit recevoir les soins et traitements continus d'un médecin ou d'un spécialiste légalement qualifié et autorisé.

DATE DE DÉBUT DES PRESTATIONS D'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE

Les prestations d'indemnité hebdomadaire sont payables pour toute période continue d'invalidité au cours de laquelle le participant au régime demeure entièrement invalide dès le :

- 1) 1^{er} jour d'invalidité découlant d'un accident.
- 2) 1^{er} jour d'invalidité exigeant une chirurgie ambulatoire qui n'est pas de nature esthétique.
- 3) 8^e jour d'invalidité découlant d'une maladie.

PÉRIODE MAXIMUM DES PRESTATIONS D'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE

La période maximum pendant laquelle un participant au régime entièrement invalide peut recevoir des prestations d'indemnité hebdomadaire est de 26 semaines pour toute période consécutive d'invalidité, sans toutefois dépasser le jour où le participant prend sa retraite.

La période maximum des prestations d'indemnité hebdomadaire de 26 semaines comprend la période de 15 semaines pendant laquelle les prestations d'assurance-emploi en cas d'accident ou de maladie sont payables, le cas échéant. La période de 26 semaines correspond à la durée totale combinée des prestations d'indemnité hebdomadaire versées par le régime et l'assurance-emploi.

PÉRIODE MAXIMUM DES PRESTATIONS D'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE

Le montant maximum des prestations d'indemnité hebdomadaire est de 500 \$ par semaine. Ce paiement sera calculé au prorata du nombre de jours d'invalidité au cours de la semaine, si l'invalidité est inférieure à une semaine.

Aux fins du calcul des prestations d'indemnité hebdomadaire payables au participant au régime, la date à laquelle le participant au régime est considéré comme étant devenu totalement invalide ne doit pas précéder la date de sa première consultation chez un médecin ou spécialiste pour cette invalidité.

Le participant au régime n'a droit qu'à une seule prestation d'indemnité hebdomadaire, même s'il est considéré comme totalement invalide en raison de plus d'une invalidité.

RÉDUCTION DU MONTANT DES PRESTATIONS D'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE

Les prestations payables à un participant au régime en vertu de tout autre arrangement de travail, régime ou programme de tout employeur ou organisme gouvernemental, y compris tout régime ou programme établi en vertu d'une loi provinciale sur l'assurance automobile seront déduites, le cas échéant, du montant des prestations d'indemnité hebdomadaire versées au participant au régime.

Le régime se réserve le droit de demander et d'obtenir des renseignements sur tout revenu qu'un participant au régime peut recevoir ou est admissible à recevoir pendant une période d'invalidité pour laquelle le participant au régime présente une demande de prestations d'indemnité hebdomadaire en vertu du régime.

Un participant au régime qui présente une demande de prestations d'indemnité hebdomadaire en vertu du régime ou qui reçoit déjà des prestations d'indemnité hebdomadaire est tenu d'informer le bureau d'administration du régime de toutes les sources de revenu qui lui sont versées. Aucune prestation d'indemnité hebdomadaire ne sera versée à un participant au régime qui omet de fournir les renseignements demandés en ce qui concerne ses autres sources de revenu.

CARACTÈRE IMPOSABLE DES PRESTATIONS D'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE

Toutes les prestations d'indemnité hebdomadaire versées à un participant au régime sont considérées comme un revenu imposable pour le participant au régime au cours de l'année civile où elles lui ont été versées.

En février de chaque année, un participant ayant reçu une ou plusieurs prestations d'indemnité hebdomadaire au cours de l'année civile précédente recevra du régime un formulaire fiscal officiel indiquant le montant total des prestations d'indemnité hebdomadaire lui ayant été versées au cours de l'année civile précédente.

Le participant au régime doit déclarer comme un revenu tout montant indiqué sur le formulaire fiscal officiel dans sa déclaration de revenus annuelle.

INTÉGRATION DES PRESTATIONS D'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE AUX PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE L'ASSURANCE-EMPLOI

Les prestations d'indemnité hebdomadaire du régime sont coordonnées avec les prestations d'assurance-emploi en cas d'accident ou de maladie.

Lorsqu'un participant au régime n'est pas en mesure de travailler en raison d'une invalidité non liée au travail, il doit immédiatement présenter une demande de prestations d'invalidité en vertu de la prestation d'indemnité hebdomadaire du régime, ainsi que pour les prestations de l'assurance-emploi en cas d'accident ou de maladie.

Le régime versera les prestations d'indemnité hebdomadaire pendant le délai de carence initiale de l'assurance-emploi, qui est actuellement d'une semaine. Une fois le délai de carence de l'assurance-emploi écoulé, l'assurance-emploi peut verser des prestations d'invalidité en cas d'accident ou de maladie pendant un maximum de 15 semaines.

Au cours de cette période de 15 semaines de prestations d'assurance-emploi en cas d'accident ou de maladie, le régime ne versera aucune prestation d'indemnité hebdomadaire, à moins que le participant au régime ne fournisse une preuve confirmant son inadmissibilité aux prestations de l'assurance-emploi en cas d'accident ou de maladie.

Afin de recevoir les prestations d'indemnité hebdomadaire du régime pendant la période de prestations d'invalidité de 15 semaines de l'assurance-emploi, le participant au régime doit fournir une déclaration du ministère de l'Emploi et du Développement social du Canada indiquant le nombre de semaines pendant lesquelles les prestations d'assurance-emploi en cas d'accident ou de maladie lui ont été versées ou qui confirme que ces prestations lui ont été refusées.

Le participant au régime qui demeure entièrement invalide après la période maximum de prestations d'assurance-emploi de 15 semaines est alors admissible à la reprise du versement de l'indemnité hebdomadaire du régime, à condition qu'il présente au bureau d'administration du régime tous les certificats médicaux nécessaires qui confirment la déclaration d'invalidité totale et continue du participant au régime.

Il convient de préciser que le participant au régime doit présenter une demande de prestations d'assurance-emploi pour maladie en cas d'accident, et non de prestations d'assurance-chômage. Lorsqu'un participant au régime a déjà présenté une demande de prestations d'assurance-emploi et qu'il reçoit des prestations d'assurance-emploi à la date à laquelle il devient totalement invalide, celui-ci doit, en plus d'aviser le bureau d'administration du régime, aviser immédiatement le ministère de l'Emploi et du Développement social du Canada de son invalidité et présenter une demande pour que ses prestations d'assurance-emploi soient remplacées par des prestations d'assurance-emploi pour maladie en cas d'accident.

INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE EN CAS D'INVALIDITÉS RÉCURRENTES

Lorsqu'un participant au régime qui reçoit déjà des prestations d'indemnité hebdomadaire retourne au travail pour ensuite reprendre une demande de prestation d'invalidité, le régime considère qu'il s'agit d'une période continue d'invalidité totale, pourvu que le retour au travail (ou de la disponibilité au travail) soit de deux semaines ou moins.

Dans ces situations, la période maximum de 26 semaines de prestations d'indemnité hebdomadaire du régime (décrite précédemment) continuera d'être fondée sur la date initiale (antérieure) de l'invalidité. La seule exception à cette règle concerne les cas où l'absence subséquente du participant au régime est due à une nouvelle invalidité sans lien avec la précédente, et qui survient après son retour au travail (ou sa disponibilité au travail) pendant au moins une journée entière.

SUBROGATION DES PRESTATIONS D'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE

Dans le cadre du processus de présentation des demandes, le régime exige que le participant au régime qui présente une demande d'invalidité en vertu des prestations d'indemnité hebdomadaire du régime doit remplir et faire parvenir une entente de remboursement.

Si, à la suite de l'incident ayant provoqué ou contribué à l'invalidité du participant au régime, celui-ci a droit à une indemnisation pour perte de revenu par un tiers, le régime sera subrogé à tous les droits du participant au régime en matière de recouvrement du revenu perdu. Le montant devant être récupéré par le régime n'excédera pas la somme des prestations d'indemnité hebdomadaire versées ou payables par le régime.

Si le participant au régime fournit au régime la preuve qu'il n'a pas recouvré la totalité de l'indemnité pour perte de revenu, le régime déterminera la portion des dommages effectivement récupérés par le participant et partagera ce montant au prorata.

Si le participant choisit de régler l'affaire avec le tiers avant que la décision judiciaire ne soit rendue, il est entendu que la somme convenue en vertu du règlement sera considérée par le régime comme une indemnité intégrale pour perte de revenu et que le droit de subrogation du régime sera applicable.

Le terme « **indemnisation** » comprend toute somme forfaitaire ou tout paiement périodique qu'un participant au régime reçoit ou a le droit de recevoir en raison d'une perte de revenu passée, présente ou future.

LIMITES ET EXCLUSIONS RELATIVES AUX PRESTATIONS D'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE

Les prestations d'indemnité hebdomadaire ne sont pas payables dans les cas suivants :

1. Pour toute portion d'une période d'invalidité au cours de laquelle le participant au régime ne fait pas l'objet d'une supervision ou d'un traitement continu par un médecin ou un spécialiste autorisé jugé approprié par le régime en ce qui concerne l'état causant l'invalidité.
2. Pour toute portion d'une période d'invalidité au cours de laquelle le participant au régime n'est traité que par un thérapeute, à moins que ce traitement ne soit recommandé par un médecin ou un spécialiste autorisé et jugé approprié par le régime en ce qui concerne l'état causant l'invalidité.
3. Pour les invalidités découlant de l'abus de substances, y compris l'alcoolisme et la toxicomanie, à moins que la personne assurée ne participe à un programme reconnu de désintoxication.
4. Pour toute portion d'une période d'invalidité au cours de laquelle le participant au régime ne participe pas à un programme de traitement recommandé par un médecin ou un spécialiste autorisé jugé approprié par le régime en ce qui concerne l'état causant l'invalidité.
5. Pour toute portion d'une période d'invalidité pendant laquelle le participant au régime effectue un travail rémunéré ou à but lucratif.
6. Pour les invalidités pour lesquelles des prestations sont payables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou d'une loi similaire, à moins qu'il ne soit dûment prouvé que le participant n'est pas admissible à ces prestations.
7. Sous réserve de la législation applicable, le régime ne couvre pas les invalidités résultant d'un accident de véhicule.
8. Les interventions ou traitements chirurgicaux effectués dans un hôpital, principalement destinés à des fins cosmétiques ou d'embellissement, excluant les invalidités découlant de complications attribuables à ces interventions ou traitements chirurgicaux.
9. Pour une invalidité découlant d'une blessure, d'une maladie ou d'une tentative d'autodestruction volontaire, que le participant au régime soit sain d'esprit ou non.
10. Pour une invalidité découlant d'une tentative ou d'une participation à la perpétration d'un acte criminel par le participant au régime.
11. Pour une invalidité découlant d'un accident survenu alors que le participant au régime conduisait un véhicule automobile et que son sang contenait plus de 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang (0,08 %) ou qu'il était supérieur au taux d'alcoolémie légal permis par le territoire de compétence où l'accident s'est produit.

12. Pour toute portion d'une période d'invalidité au cours de laquelle le participant au régime est détenu dans un établissement carcéral ou dans un hôpital ou un établissement semblable, à la suite d'une procédure criminelle.
13. Pour une invalidité découlant d'une blessure ou d'une maladie survenant pendant que le participant au régime est en service actif dans les forces armées d'un pays, d'un État ou d'une organisation internationale.
14. Pour une invalidité découlant de la participation du participant au régime à une guerre, à une émeute ou à une insurrection.
15. Pour une invalidité pour laquelle aucune demande de règlement n'a été présentée dans les douze (12) mois suivant la date de l'invalidité.
16. À compter de la date à laquelle le participant au régime refuse ou omet de remplir et de retourner l'entente de remboursement ou de la respecter, conformément à la disposition **SUBROGATION DES PRESTATIONS D'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE**.
17. Pour toute portion d'une période d'invalidité pendant un congé autorisé (y compris un congé de maternité), sauf lorsque les prestations sont versées pendant la période de rétablissement postnatal du congé de maternité.

Le terme « **congé autorisé** » désigne une période d'absence du travail convenue d'un commun accord entre l'employeur et le participant au régime. Dans le cas d'un congé de maternité, le congé commence à la première des dates suivantes :

- i) La date choisie pour le début du congé de maternité.
- ii) La date de l'accouchement; ou lorsque la grossesse nuit au rendement du participant au régime.

Ce congé se terminera à la dernière des dates suivantes : à la date définie par une loi provinciale ou fédérale ou à la date convenue entre l'employeur et le participant au régime.

CESSATION DE LA GARANTIE D'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE ET DES PRESTATIONS D'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE

La garantie d'indemnité hebdomadaire et les prestations d'indemnité hebdomadaire versées à un participant invalide se terminent le jour où le participant prend sa retraite. La couverture n'est pas offerte pendant la période de paiement direct. La couverture du participant au régime se terminera également, selon les modalités énoncées ci-dessus à la section **Renseignements concernant l'admissibilité** de la présente brochure.

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE REQUIS

Aucune prestation ne sera versée au participant au régime à moins qu'un formulaire de demande de règlement dûment rempli et tout autre document requis ne soient soumis au bureau d'administration du régime dans le délai prescrit pour présenter une demande. Veuillez consulter les dispositions relatives à la **date limite de présentation des demandes de règlement** à la section **Règles et dispositions générales du régime** de la présente brochure.

GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Un participant au régime admissible qui est âgé de moins de 65 ans et qui devient totalement invalide en raison d'une maladie ou d'une blessure pendant la période de temps requise, appelée période d'invalidité de référence, peut avoir droit au versement mensuel de prestations d'invalidité de longue durée.

Un participant au régime est considéré comme « **totale­ment invalide** » pendant les 24 premiers mois au cours desquels il reçoit des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée, s'il ne peut accomplir toutes les tâches reliées à son emploi ou à sa profession. Une fois cette période écoulée, le participant au régime est considéré comme totalement invalide s'il est incapable d'accomplir toutes les tâches d'une profession pour laquelle il est raisonnablement qualifié dans le cadre de sa formation, de ses études ou de son expérience.

Pour être admissible aux prestations mensuelles d'invalidité de longue durée, le participant au régime doit fournir la preuve d'un état invalidant satisfaisant pour le régime et doit recevoir les soins et traitements continus d'un médecin ou d'un spécialiste légalement qualifié et autorisé.

DATE DE DÉBUT DES PRESTATIONS MENSUELLES D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Les prestations mensuelles d'invalidité de longue durée peuvent être versées à un participant au régime pour toute période d'invalidité continue au cours de laquelle ce dernier demeure totalement invalide après la période d'invalidité de référence, soit 26 semaines continues ou après la fin du versement des prestations d'indemnité hebdomadaire payables au participant au régime (selon la période la plus longue) avant l'atteinte de l'âge de 65 ans.

Si la période initiale d'invalidité n'est pas continue pendant la période d'invalidité de référence de 26 semaines, le nombre de jours d'invalidité du participant au régime sera cumulé pour satisfaire aux 26 semaines d'invalidité admissibles prévues, à condition que :

- 1) La période d'invalidité de référence ne comporte pas d'interruption de plus de deux semaines (14 jours).
- 2) Les invalidités (avant et après l'interruption de la période d'invalidité de référence) découlent de la même maladie ou blessure, ou d'une maladie ou blessure connexe, qui cause l'invalidité.

PÉRIODE MAXIMUM DES PRESTATIONS MENSUELLES D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Un participant au régime totalement invalide peut recevoir des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée pour toute période consécutive d'invalidité, mais sans toutefois dépasser 65 ans, le rétablissement de l'invalidité ou le décès.

Un participant au régime qui reçoit des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée doit fournir à l'assureur une preuve d'invalidité continue, au besoin, et doit demeurer sous les

soins et le traitement continu d'un médecin ou d'un spécialiste légalement qualifié et autorisé.

Les prestations mensuelles d'invalidité de longue durée ne seront pas versées au-delà du moment où le participant au régime atteint l'âge de 65 ans, à moins qu'il ne satisfasse aux exigences de la période d'invalidité de référence alors qu'il est âgé de 64 ans et qu'il soit réputé admissible aux prestations mensuelles d'invalidité de longue durée. En pareil cas, les prestations mensuelles d'invalidité de longue durée seront versées pendant une période maximum de 12 mois, pourvu que le participant au régime demeure totalement invalide pendant cette période.

MONTANT MAXIMUM DES PRESTATIONS MENSUELLES D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Le montant maximum des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée est de 1 000 \$ par mois. Le montant des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée sera calculé au prorata du nombre de jours d'invalidité au cours du mois, si l'invalidité est inférieure à un mois.

Aux fins du calcul des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée payables au participant au régime, la date à laquelle le participant au régime est considéré comme étant devenu totalement invalide ne sera pas réputée être antérieure à la date de sa première consultation chez un médecin ou spécialiste pour cette invalidité.

Le participant au régime n'a droit qu'à une seule prestation mensuelle d'invalidité de longue durée, même s'il est considéré totalement invalide en raison de plus d'une invalidité.

RÉDUCTIONS DU MONTANT DES PRESTATIONS MENSUELLES D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Le montant des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée payables à un participant au régime invalide admissible peut être réduit en raison du revenu que le participant au régime peut recevoir d'autres sources.

L'assureur se réserve le droit de demander et d'obtenir des renseignements sur tout revenu qu'un participant au régime peut recevoir ou est admissible à recevoir pendant une période d'invalidité pour laquelle le participant au régime présente une demande de prestations mensuelles d'invalidité de longue durée en vertu du régime.

Un participant au régime qui présente une demande de prestations d'invalidité de longue durée en vertu du régime ou qui reçoit déjà des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée est tenu d'informer l'assureur de toutes les sources de revenu qui lui sont versées. Aucune prestation mensuelle d'invalidité de longue durée ne sera versée à un participant au régime qui omet de fournir les renseignements demandés en ce qui concerne ses autres sources de revenu.

DÉDUCTIONS DIRECTES DU MONTANT DES PRESTATIONS MENSUELLES D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Le montant des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée payables est calculé en déduisant d'abord directement tous les revenus mensuels que le participant au régime reçoit en vertu d'une loi de la WSIB (ou de toute loi semblable) pour son invalidité du montant des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée versées par le régime.

DÉDUCTIONS INDIRECTES DU MONTANT DES PRESTATIONS MENSUELLES D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE – limite pour toutes les sources de revenu

Une fois les déductions automatiques décrites ci-dessus appliquées, les prestations payables au participant au régime peuvent être réduites par tout autre revenu ou prestations payables à un participant au régime en vertu de tout autre arrangement de travail, régime ou programme de tout employeur ou organisme gouvernemental, y compris tout régime ou programme établi en vertu d'une loi provinciale sur l'assurance automobile (le cas échéant).

Si le revenu mensuel total d'un participant invalide provenant de toutes les sources de revenu (y compris les prestations mensuelles d'invalidité de longue durée du présent régime) dépasse 85 % du revenu mensuel brut du participant au régime avant son invalidité, le montant en surplus sera déduit du montant net des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée.

Le revenu mensuel total du participant au régime, toutes sources confondues, comprend tous les éléments suivants :

- a) Les prestations mensuelles d'invalidité de longue durée payées en vertu du présent régime.
- b) Le revenu des prestations d'invalidité de la WSIB décrit ci-dessus à la section « Déductions directes du montant des prestations ».
- c) Le salaire ou les prestations de retraite payés par votre employeur, y compris le régime de retraite de votre employeur ou d'un travail indépendant.
- d) Tous les types de prestations reçues du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec (prestations principales ou familiales).
- e) Tout revenu ou toute prestation payables en vertu de tout autre régime ou programme de tout gouvernement ou de l'État, ou de tout service ou agence du gouvernement ou d'État, y compris un régime ou un programme établi en vertu d'une loi provinciale sur l'assurance automobile, le cas échéant.
- f) Les revenus ou les prestations payables en vertu de tout autre régime ou programme offert au participant au régime par l'employeur ou par son entremise. Ce type de régime ou de programme comprend toutes les prestations d'invalidité permanente et totale de l'assurance collective auxquelles le participant au régime aurait pu choisir de ne pas adhérer.

Le terme « **gains** » désigne les gains habituels d'un participant au régime, conformément au feuillet T4 ou à d'autres renseignements fiscaux, qu'il a reçus ou gagnés au cours de l'année précédant la date de l'invalidité du participant au régime.

Lorsque le revenu mensuel total d'un participant au régime qui participe à un programme de réadaptation professionnelle (décrit plus loin) est supérieur à 100 % de ses gains mensuels avant l'invalidité, le montant de l'excédent sera déduit de ses prestations mensuelles d'invalidité de longue durée

CARACTÈRE IMPOSABLE DES PRESTATIONS MENSUELLES D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Toutes les prestations mensuelles d'invalidité de longue durée versées à un participant au régime sont considérées, en vertu des lois fiscales du Canada, comme un revenu imposable pour le participant au régime au cours de l'année civile où elles lui ont été versées.

En février de chaque année, un participant qui a reçu une ou plusieurs prestations mensuelles d'invalidité de longue durée au cours de l'année civile précédente recevra de l'assureur un formulaire fiscal officiel indiquant le montant total des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée lui ayant été versées au cours de l'année civile précédente.

Le participant au régime doit déclarer comme revenu toutes les prestations mensuelles d'invalidité de longue durée payées en son nom (indiquée sur le formulaire fiscal officiel) dans sa déclaration annuelle de revenus, dans le calcul de son revenu imposable.

PRESTATIONS MENSUELLES D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE EN CAS D'INVALIDITÉS RÉCURRENTES

Si une invalidité resurgit et qu'elle découle de la même cause ou de causes connexes, elle sera considérée comme une période d'invalidité continue et ne sera pas assujettie à une nouvelle période d'invalidité de référence, sauf si le participant au régime a repris un emploi actif à temps plein pour une période de six mois consécutifs ou plus.

Lorsque la nouvelle invalidité n'est pas attribuable à une invalidité antérieure, le participant au régime peut être admissible à une nouvelle période d'invalidité, sous réserve d'une nouvelle période d'invalidité de référence, s'il y a eu un retour au travail actif pendant au moins une journée complète.

PROGRAMME DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

Lorsqu'un participant au régime reçoit des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée, l'assureur peut recommander et exiger que le participant au régime participe à un programme de réadaptation professionnelle ou de formation qui tiendrait compte de la nature de l'invalidité et des capacités fonctionnelles du participant au régime. Des détails supplémentaires seront fournis aux participants au régime concernés s'ils sont admissibles à un programme de réadaptation professionnelle.

Si un participant refuse de participer à un programme de réadaptation professionnelle ou de formation recommandé par l'assureur, les prestations mensuelles d'invalidité de longue durée de ce participant cesseront.

Il est important de souligner que toute rémunération versée à un participant dans le cadre d'un programme de réadaptation professionnelle peut entraîner une réduction de la prestation mensuelle d'invalidité de longue durée du participant au régime. Veuillez consulter la section **RÉDUCTIONS DU MONTANT DES PRESTATIONS MENSUELLES D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE** ci-dessus pour obtenir de plus amples renseignements.

SUBROGATION DES PRESTATIONS MENSUELLES D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Dans le cadre du processus de présentation des demandes, l'assureur exige que le participant au régime qui présente une demande d'invalidité en vertu de la garantie en cas d'invalidité de longue durée du régime doit remplir et faire parvenir une entente de remboursement.

Si, à la suite de l'incident ayant provoqué ou contribué à l'invalidité du participant au régime, celui-ci a droit à une indemnisation pour perte de revenu par un tiers, l'assureur sera subrogé à tous les droits du participant au régime en matière de recouvrement du revenu perdu.

Le montant devant être récupéré par l'assureur n'excédera pas la somme des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée versées ou payables par le régime.

Si le participant au régime fournit à l'assureur la preuve qu'il n'a pas recouvré la totalité de l'indemnité pour perte de revenu, l'assureur déterminera la portion des dommages effectivement récupérés par le participant et partagera ce montant au prorata.

Si le participant choisit de régler l'affaire avec le tiers avant que la décision judiciaire ne soit rendue, il est entendu que la somme convenue en vertu du règlement sera considérée par le régime comme une indemnité intégrale pour perte de revenu et que le droit de subrogation de l'assureur sera applicable.

Le terme « **indemnisation** » comprend toute somme forfaitaire ou tout paiement périodique qu'un participant au régime reçoit ou a le droit de recevoir en raison d'une perte de revenu passée, présente ou future.

EXCLUSIONS RELATIVES AUX INVALIDITÉS PRÉEXISTANTES

Aucune prestation mensuelle d'invalidité de longue durée ne sera versée pour toute période d'invalidité totale qui commence au cours des six premiers mois suivant la date initiale de l'admissibilité du participant au régime à la garantie en cas d'invalidité de longue durée, si cette période est causée ou attribuable à une maladie ou blessure pour laquelle le participant avait reçu un traitement médical ou avait pris un médicament prescrit, à tout moment pendant les 90 jours précédant immédiatement la date initiale de l'admissibilité du participant au régime à la garantie en cas d'invalidité de longue durée.

LIMITES ET EXCLUSIONS RELATIVES À LA GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Les prestations mensuelles d'invalidité de longue durée ne sont pas payables dans les cas suivants :

1. Pour toute portion d'une période d'invalidité au cours de laquelle le participant au régime ne fait pas l'objet d'une supervision ou d'un traitement continu par un médecin ou un spécialiste autorisé jugé approprié par l'assureur en ce qui concerne l'état causant l'invalidité.
2. Pour toute portion d'une période d'invalidité au cours de laquelle le participant au régime n'est traité que par un thérapeute, à moins que ce traitement ne soit recommandé par un médecin ou un spécialiste autorisé et jugé approprié par l'assureur en ce qui concerne l'état causant l'invalidité.
3. Pour les invalidités découlant de l'abus de substances, y compris l'alcoolisme et la toxicomanie, à moins que la personne assurée ne participe à un programme de désintoxication que l'assureur juge approprié pour l'état causant l'invalidité.
4. Pour toute portion d'une période d'invalidité au cours de laquelle le participant au régime ne participe pas à un programme de réadaptation ou de traitement recommandé par un médecin ou un spécialiste autorisé jugé approprié par le régime en ce qui concerne l'état causant l'invalidité.
5. Pour une invalidité découlant d'une blessure, d'une maladie ou d'une tentative d'autodestruction volontaire, sauf si des preuves médicales établissent que les blessures sont liées à une maladie mentale.
6. Pour une invalidité découlant d'une tentative ou d'une participation à la perpétration d'un acte criminel par le participant au régime.
7. Pour une invalidité découlant d'un accident survenu alors que le participant au régime conduisait un véhicule automobile et que son sang contenait plus de 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang (0,08 %) ou qu'il était supérieur au taux d'alcoolémie légal permis par le territoire de compétence où l'accident s'est produit.
8. Pour toute portion d'une période d'invalidité au cours de laquelle le participant au régime est détenu dans un établissement carcéral ou dans un hôpital ou un établissement semblable, à la suite d'une procédure criminelle.
9. Pour une invalidité découlant d'une blessure ou d'une maladie survenant pendant que le participant au régime est en service actif dans les forces armées d'un pays, d'un État ou d'une organisation internationale.
10. Pour une invalidité découlant de la participation du participant au régime à une guerre, à une émeute ou à une insurrection.

11. Pour une invalidité pour laquelle aucune demande de règlement n'a été présentée dans les douze (12) mois suivant la date de l'invalidité.
12. À compter de la date à laquelle le participant au régime refuse ou omet de remplir et de retourner l'entente de remboursement ou de la respecter, conformément à la disposition SUBROGATION DES PRESTATIONS MENSUELLES D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE.
13. Sous réserve de la législation applicable, le régime ne couvre pas les invalidités résultant d'un accident de véhicule.
14. Pour toute portion d'une période d'invalidité pendant un congé autorisé (y compris un congé de maternité).

Le terme « **congé autorisé** » désigne une période d'absence du travail convenue d'un commun accord entre l'employeur et le participant au régime. Dans le cas d'un congé de maternité, le congé commence à la première des dates suivantes :

- i) La date choisie pour le début du congé de maternité.
- ii) La date de l'accouchement.
- iii) La date à laquelle l'employeur peut exiger le début du congé si la grossesse nuit au rendement du participant au régime.

Ce congé se terminera à la dernière des dates suivantes : à la date définie par une loi provinciale ou fédérale ou à la date convenue entre l'employeur et le participant au régime.

CESSATION DE LA GARANTIE D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE ET DES PRESTATIONS MENSUELLES D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

La garantie en cas d'invalidité de longue durée d'un participant au régime se termine à la date à laquelle il prend sa retraite ou atteint l'âge de 65 ans. La couverture n'est pas offerte pendant la période de paiement direct du régime. La couverture du participant au régime se terminera également, selon les modalités énoncées ci-dessus à la section **Renseignements concernant l'admissibilité** de la présente brochure.

Les prestations mensuelles d'invalidité de longue durée ne seront pas versées au-delà du moment où le participant au régime atteint l'âge de 65 ans, à moins qu'il ne satisfasse aux exigences de la période d'invalidité de référence alors qu'il est âgé de 64 ans et qu'il soit réputé admissible aux prestations mensuelles d'invalidité de longue durée. En pareil cas, les prestations mensuelles d'invalidité de longue durée seront versées pendant une période maximum de 12 mois, pourvu que le participant au régime demeure totalement invalide pendant cette période.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE REQUIS

Aucune prestation ne sera versée au participant au régime à moins qu'un formulaire de demande de règlement dûment rempli et tout autre document requis ne soient soumis au bureau d'administration du régime ou à l'assureur dans le délai prescrit pour présenter une demande. Veuillez consulter les dispositions relatives à la **date limite de présentation des demandes de règlement** à la section **Règles et dispositions générales du régime** de la présente brochure.

PRESTATION D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Les participants au régime et leur conjoint admissible recevront la carte de prestations du régime qui peut être utilisée pour le paiement d'un grand nombre des dépenses admissibles de l'assurance-maladie complémentaire du régime. L'utilisation de la carte de prestations permet d'éviter d'avoir à remplir un formulaire de demande de règlement et de payer immédiatement les dépenses admissibles.

Tous les participants au régime et leurs personnes à charge admissibles doivent être dûment inscrits à leur régime provincial d'assurance-maladie. La garantie d'assurance-maladie complémentaire ne rembourse pas les frais engagés qui sont admissibles en vertu d'un régime provincial d'assurance-maladie, que la personne y soit dûment inscrite ou non.

REMBOURSEMENT DES DÉPENSES ADMISSIBLES

Le régime remboursera 100 % des frais de soins de santé admissibles engagés par les participants au régime et leurs personnes à charge admissibles, sous réserve des règles de remboursement décrites ci-dessous.

LES DÉPENSES ADMISSIBLES DOIVENT ÊTRE NÉCESSAIRES SUR LE PLAN MÉDICAL

Le régime doit juger que les frais engagés pour les dépenses admissibles couvertes par le régime sont nécessaires sur le plan médical. Une ordonnance ou une recommandation d'un médecin est généralement requise.

LES PRESTATIONS SONT VERSÉES EN FONCTION DE FRAIS RAISONNABLES ET HABITUELS

Le régime prévoit le remboursement des frais de soins de santé admissibles selon le coût raisonnable et habituel des services ou des fournitures de soins de santé nécessaires sur le plan médical.

Lorsque les frais médicaux engagés sont supérieurs à ce que le régime considère comme raisonnable et habituel pour ce service ou cette fourniture, le participant au régime est responsable de la différence de coût entre les frais réels engagés et les frais raisonnables et habituels remboursés en vertu de la garantie d'assurance-maladie complémentaire.

DÉPENSES LIÉES AUX MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

Le régime rembourse les frais admissibles jusqu'à concurrence des frais raisonnables et habituels des médicaments sur ordonnance médicalement nécessaires qui, selon la loi, doivent être prescrits par un médecin pour traiter une maladie ou une blessure diagnostiquée et qui doivent être dispensés par un pharmacien ou médecin légalement autorisé à le faire. Les médicaments admissibles doivent être approuvés aux fins d'utilisation par Santé Canada et disposer à la fois d'un certificat de conformité de Santé Canada et d'un numéro d'identification du médicament (DIN).

Le régime peut également couvrir certains médicaments qui n'exigent pas d'ordonnance et qui sont considérés comme étant essentiels à la survie.

Le remboursement pour les médicaments biologiques et bioéquivalents nécessite une autorisation préalable de la part du régime et est versé selon le coût admissible le moins élevé entre un médicament biologique et son médicament bioéquivalent (lorsqu'un médicament bioéquivalent est disponible).

La carte de prestations du régime peut être utilisée dans les pharmacies participantes pour l'achat de la plupart des médicaments sur ordonnance. Le régime remboursera 100 % du coût du médicament de substitution le moins coûteux entre un médicament de marque ou biologique et un médicament générique ou bioéquivalent (si disponible).

Maximums pour des médicaments particuliers

- Dysfonctionnement érectile : 500 \$ par année civile
- Cessation du tabagisme : Maximum à vie de 400 \$
- Traitement à la méthadone : Maximum à vie de 1 000\$
- Médicaments contre la stérilité : Maximum à vie de 2 500 \$

Autres dépenses admissibles liées aux médicaments

- Insuline et fournitures pour diabétiques
- Sérums contre les allergies, vaccins et anatoxines
- Médicaments et vitamines injectables
- Traitements sclérosants (maximum de 20 \$ par visite)
- DIU et diaphragmes

Dépenses inadmissibles liées aux médicaments

- Les frais en sus des dépenses maximales ou particulières en médicaments qui ne sont pas couverts par le régime.
- Les vitamines non injectables, suppléments vitaminiques, suppléments diététiques ou aliments diététiques.
- Les médicaments pour la perte de poids.

- Les aliments et les produits alimentaires, y compris les préparations pour nourrissons et les aliments, le sel et les succédanés du sucre.
- Les produits généraux ou tout autre produit pouvant être vendus dans tout point de vente au détail, y compris, mais sans s'y limiter, des articles comme les produits d'entretien des lentilles cornéennes, les shampooings non médicamenteux, les dentifrices, les produits de protection cutanée, les émoullients et les savons.
- Tout achat unique de médicaments qui ne serait pas raisonnablement utilisé dans les 100 jours suivant la date d'achat.
- Les médicaments qui n'ont pas reçu un certificat de conformité ou un numéro d'identification du médicament de Santé Canada, qu'ils aient été approuvés ou non en vertu d'une liste des médicaments assurés par une province.
- Les médicaments achetés ou distribués pour gérer une maladie ou une invalidité découlant d'un accident de travail, d'une invalidité ou d'une blessure ou en raison d'un accident d'automobile.

Cannabis médicinal

Le cannabis médicinal est une dépense admissible assujettie à une prestation annuelle maximale de 500 \$, lorsque son utilisation est autorisée par un médecin légalement autorisé (MD) pour les personnes assurées âgées d'au moins 25 ans, pour le traitement d'états de santé dont la couverture est approuvée par le régime.

Toutes les demandes de règlement de cannabis médicinal sont assujetties au processus d'autorisation préalable des médicaments du régime.

Le remboursement du cannabis médicinal (y compris les taxes et les frais d'expédition applicables) sera considéré comme un traitement de dernier recours lorsque tous les autres médicaments et options de traitement standard, y compris les cannabinoïdes disponibles sur le marché et ayant reçu un DIN de Santé Canada, ont échoué ou ont été jugés inappropriés, et que le cannabis médicinal est :

- Sous une forme qui est considérée comme légale à des fins médicales, telle que définie par le Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales.
- Fourni par un producteur titulaire d'un permis de Santé Canada.

Aucun remboursement n'est accordé pour l'équipement ou les fournitures nécessaires à la culture ou à la récolte de plantes, ou à la production de toute forme de cannabis médicinal ou de cannabinoïde, que cette forme soit approuvée ou non par Santé Canada, ni pour les dispositifs nécessaires à l'administration du produit, tels que, notamment, les pipes ou les vaporisateurs.

Les dépenses seront considérées comme étant admissibles pour les états de santé approuvés par le régime, qui sont basées sur les lignes directrices des médecins de famille canadiens pour la prescription de cannabinoïdes médicinaux. Les états de santé admissibles sont les suivants :

- Douleur réfractaire dans les soins palliatifs du cancer

- Nausées et vomissements dus à une chimiothérapie anticancéreuse
- Spasticité dans la sclérose en plaques ou les lésions de la moelle épinière

SOINS DE LA VUE

Les frais engagés pour les soins de la vue admissibles énumérés ci-dessous seront remboursés jusqu'à concurrence de la prestation maximale indiquée.

Verres, montures et lentilles cornéennes

La prestation maximum qui sera versée pour chaque personne assurée est de 400 \$ par période de 24 mois consécutifs.

Les dépenses de soins de la vue admissibles (sous réserve du maximum prévu par le régime pour les soins de la vue) comprennent :

- Les verres sur ordonnance, y compris les teintés et les traitements antireflet.
- Les montures.
- Les lentilles cornéennes sur ordonnance.
- Les lunettes de soleil sur ordonnance.
- Les lunettes de sécurité industrielles sur ordonnance.

Examens de la vue

Le régime remboursera les frais d'un examen de la vue par personne assurée, tous les 12 mois, si la personne assurée n'est pas couverte par son régime provincial d'assurance-maladie.

Correction de la vue au laser

La prestation maximum qui sera versée pour chaque personne assurée est de 2 000 \$ au cours de la vie de la personne assurée.

Lunettes de sécurité industrielles (participants au régime uniquement)

Le régime remboursera les frais d'achat par un participant au régime de lunettes de sécurité industrielles sur ordonnance, jusqu'à concurrence de 200 \$ par période de 24 mois consécutifs. Cette garantie est fournie en plus de la garantie pour soins de la vue.

AUTRES SERVICES ET FOURNITURES DE L'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Professionnels paramédicaux

Les frais pour les services d'un orthophoniste, ostéopathe, chiropraticien, physiothérapeute, naturopathe ou d'un massothérapeute, ainsi que pour un psychologue ou podiatre/podologiste agréés sont inclus. La prestation maximum versée par personne assurée est de 500 \$ par professionnel et par année civile.

Les frais d'intervention chirurgicale effectuée par un podiatre sont assujettis à une prestation maximale de 200 \$ par personne, par année civile.

Radiographies chiropratiques

Les frais pour les radiographies requises par un chiropraticien sont assujettis à une prestation maximale de 45 \$ par personne assurée, par année civile.

Optométriste

Les frais pour les services d'un optométriste pour la rééducation orthoptique sont assujettis à une prestation maximale de 10 \$ par demi-heure.

Orthèses sur mesure

Les frais pour les orthèses plantaires faites sur mesure qui ont été spécialement conçues et moulées pour la personne assurée et qui sont nécessaires pour corriger une déficience physique diagnostiquée sont assujettis à une prestation maximale de 500 \$ par période consécutive de 24 mois.

Chaussures orthopédiques

Les frais pour les chaussures orthopédiques faites sur mesure qui ont été spécialement conçues et moulées pour la personne assurée et qui sont nécessaires pour corriger une déficience physique diagnostiquée sont assujettis à une prestation maximale de 500 \$ par période consécutive de 24 mois.

Prothèses auditives

Les frais pour l'achat de prothèses auditives (à l'exclusion des piles) sont assujettis à une prestation maximale de 500 \$ par période consécutive de 36 mois.

Analyses de laboratoire et radiographies

Les frais raisonnables et habituels pour les analyses de laboratoire et les radiographies, lorsqu'ils ne sont pas couverts par le régime provincial d'assurance-maladie de la personne assurée.

Hôpital de réadaptation

Le régime couvre les frais raisonnables et habituels pour un établissement hospitalier de réadaptation agréé lorsque la personne assurée est admise immédiatement après une hospitalisation d'au moins trois jours consécutifs à l'hôpital. La couverture est assujettie à des frais quotidiens maximaux de 30 \$ pour une chambre à deux lits et pour un maximum de 120 jours d'hospitalisation pour chaque invalidité. L'hospitalisation doit avoir lieu avant le 65^e anniversaire de naissance de la personne assurée et concerner le traitement continu de la même affection que celle pour laquelle la personne assurée a été hospitalisée.

Soins infirmiers privés

Les frais pour les services d'une infirmière autorisée (IA) qui sont rendus alors que la personne assurée n'est pas hospitalisée, sous réserve d'une prestation globale maximum de 10 000 \$ par année civile, à condition que cette infirmière ne soit ni résidente chez la personne assurée ni un membre de sa famille. Ces frais ne seront considérés comme des dépenses admissibles que s'ils sont recommandés par un médecin et seulement s'ils sont nécessaires sur le plan médical.

Équipement médical durable

Les frais pour la location (ou l'achat, au choix du régime) d'équipement médical ou chirurgical durables requis à des fins thérapeutiques et approuvés par le régime.

Autre équipement médical

Les frais de location ou d'achat, au choix du régime, de bretelles et de béquilles ainsi que l'achat de prothèses.

Bas de contention

Les frais pour les bonnets couvre-segment sont limités à 6 paires par année civile pour chaque personne assurée.

Autres bas

Les frais pour les bas de maintien sont limités à 2 paires par année civile pour chaque personne assurée.

Services ambulanciers

Les frais raisonnables et habituels pour les services ambulanciers professionnels, autres que ceux d'une compagnie aérienne, à destination et en provenance de l'hôpital le plus proche qualifié pour fournir les soins nécessaires.

Transport médical

Les frais de transport médical d'urgence par une compagnie aérienne dans la province de résidence de la personne assurée, à destination et en provenance de l'hôpital le plus proche qualifié pour fournir les soins médicaux nécessaires. Ce transport est assujéti au paiement d'une prestation maximum égale au tarif aérien en classe économique pour la personne assurée et, si cela est nécessaire sur le plan médical, un accompagnateur médical qui n'est ni un résident du domicile de la personne assurée ni un membre de sa famille.

Soins dentaires accidentels

Les frais pour les soins dentaires nécessaires requis à la suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles, à condition que l'accident se soit produit alors que la personne assurée est admissible aux prestations prévues dans le cadre du présent régime. Seuls les frais directement liés à cette blessure accidentelle (comme déterminé par le régime) sont considérés comme des frais médicaux couverts. La prestation maximum payable est de 5 000 \$ par accident dentaire. Pour être considérés comme des frais médicaux admissibles, les soins dentaires doivent être effectués dans les 12 mois suivant l'accident.

LIMITES ET EXCLUSIONS RELATIVES À L'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Les dépenses admissibles pour l'assurance-maladie complémentaire énumérées ci-dessus sont considérées admissibles sous réserve des limites ou des exclusions suivantes. Il convient également de mentionner les exclusions prévues par l'assurance-médicaments du régime. Le régime ne couvrira pas :

1. Les frais qui sont considérés comme des services assurés en vertu d'un régime provincial d'assurance-maladie ou d'un régime gouvernemental au moment de la délivrance la police ou du versement de la prestation, puis modifiés, interrompus ou supprimés.
2. Les frais des examens médicaux généraux et des examens requis pour les besoins d'un tiers.
3. Les frais d'une intervention ou d'un traitement chirurgical effectué principalement pour l'embellissement, ou les frais d'hospitalisation pour cette intervention ou ce traitement chirurgical.
4. Les frais pour un traitement médical ou une intervention chirurgicale réalisé par un médecin.
5. Les frais de transport ou de déplacement, autres que ceux qui sont expressément prévus au titre des dépenses admissibles.
6. Les frais pour les services ou les fournitures qui sont fournis sans la recommandation et l'approbation d'un médecin agissant dans le cadre de son permis d'exercice.
7. Les frais qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical pour les soins et le traitement de toute blessure, maladie ou grossesse existante ou soupçonnée.
8. Les frais découlant d'une blessure ou d'une maladie professionnelle couverte par une loi de la WSIB ou une loi semblable, y compris un accident de la route.
9. Les frais qui n'auraient normalement pas été engagés sans la présence de cette assurance ou pour lesquels la personne assurée n'est pas légalement tenue de payer.
10. Les frais que le régime n'est pas autorisé à couvrir en vertu d'une loi ou d'un règlement, y compris les règles établies par les fiduciaires.
11. Les frais pour les soins dentaires lorsqu'un tiers est responsable du paiement de ces frais.
12. Les frais pour blessures corporelles découlant directement ou indirectement d'une guerre ou d'un acte de guerre (déclaré ou non), d'une insurrection ou d'une émeute, ou d'hostilités de toute nature.
13. Les frais pour les services ou les fournitures découlant d'une blessure qu'une personne s'inflige volontairement.
14. Les frais pour les médicaments, sérums, médicaments injectables ou fournitures qui ne sont pas approuvés par Santé Canada avec un certificat de conformité ou qui ne disposent pas d'un numéro d'identification du médicament (DIN) ou dont l'utilisation est expérimentale ou limitée, que cette approbation soit ou non obtenue.

15. Les frais pour les médicaments, les sérums, les médicaments injectables ou les fournitures lorsqu'ils sont administrés en milieu hospitalier, qu'ils soient administrés aux patients hospitalisés ou en consultation externe, sauf dans les cas prévus par la garantie pour les dépenses hors Canada ou l'assistance-voyage en cas d'urgence.
16. Les frais pour les procédures médicales expérimentales ou les traitements non approuvés par l'Association médicale canadienne ou la Société de spécialisation médicale appropriée.
17. Les frais de déplacement, de rendez-vous non respectés, de communication, de remplissage de formulaires ou de fournitures médicales engagés par un médecin.
18. Les frais qui ne sont pas énoncés dans les listes précédentes en matière de dépenses admissibles de l'assurance-maladie complémentaire.
19. Les frais pour les services ou les fournitures découlant d'une blessure ou d'une maladie survenant pendant que le participant au régime est en service actif dans les forces armées d'un pays, d'un État ou d'une organisation internationale.
20. Les frais pour les services ou les fournitures découlant d'un accident survenu alors que le participant au régime conduisait un véhicule automobile et que son sang contenait plus de 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang (0,08 %) ou qu'il était supérieur au taux d'alcoolémie légal permis par le territoire de compétence où l'accident s'est produit.
21. Les frais pour les services ou les fournitures découlant d'une tentative ou d'une participation à la perpétration d'un acte criminel par le participant au régime.
22. Les frais admissibles découlant d'un accident de véhicule ne seront considérés comme étant admissibles qu'après avoir été soumis d'abord à votre assureur automobile (sous réserve de la législation applicable).

PROLONGATION DE LA COUVERTURE DE LA PRESTATION DE SURVIVANT POUR LES PERSONNES À CHARGE

Au décès d'un participant au régime admissible, les personnes à charge survivantes admissibles (conjoint et enfants) continueront d'être couvertes pour la garantie d'assurance-maladie complémentaire pendant une période maximum de 30 mois. Cette période commence après avoir épuisé le compte bancaire en dollars du participant au régime. Aucune prime ou cotisation ne sera exigée pour maintenir la couverture pendant cette période de prolongation des garanties.

CESSATION DE LA GARANTIE D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

La garantie d'assurance-maladie complémentaire d'un participant au régime prend fin le jour où il prend sa retraite et a épuisé le montant qui se trouve dans son compte bancaire en

dollars. La couverture du participant au régime et de toutes ses personnes à charge se terminera également, selon les modalités énoncées ci-dessus à la section **Renseignements concernant l'admissibilité** de la présente brochure.

DOCUMENTS DE DEMANDE DE RÈGLEMENT REQUIS POUR L'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Aucune prestation ne sera versée à un participant au régime à moins qu'un formulaire de demande de règlement dûment rempli et tous les autres documents requis ne soient soumis au bureau d'administration du régime (ou à l'entreprise à laquelle l'assureur a confié la prestation des services d'assistance-voyage en cas d'urgence) dans le délai prescrit pour présenter une demande. Veuillez consulter les dispositions relatives à la **date limite de présentation des demandes de règlement** à la section **Règles et dispositions générales du régime** de la présente brochure.

Aucun formulaire de demande de règlement n'est requis pour la carte de prestations ou la présentation en ligne d'une demande de règlement. Le bureau d'administration du régime peut demander aux participants au régime de présenter leurs reçus pour les demandes de règlement présentées par voie électronique. Ces vérifications aléatoires veillent à la protection du régime. Par conséquent, vous devez conserver vos reçus pendant 13 mois.

PRESTATION D'ASSISTANCE-VOYAGE EN CAS D'URGENCE

La garantie d'assistance-voyage en cas d'urgence du régime est offerte par Green Shield Canada (GSC). La couverture d'assistance-voyage en cas d'urgence médicale et les services d'assistance-voyage décrits ci-dessous sont offerts 24 heures par jour, 7 jours par semaine, par le service d'assistance-voyage de GSC, qui a recours à l'organisation internationale de services médicaux Allianz Global Assistance.

Il est très important de lire et comprendre les règles de la présente prestation avant votre départ.

La couverture d'assistance-voyage en cas d'urgence médicale vise les frais admissibles engagés à la suite d'une **urgence médicale** pendant que le participant au régime ou ses personnes à charge admissibles voyagent temporairement à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence habituelle pour des vacances, le travail ou les études. Cette garantie prévoit également une assistance-voyage et des services de conseil avant le départ et pendant le voyage.

Les participants admissibles au régime et ses personnes à charge qui sont des **résidents canadiens dûment inscrits au régime d'assurance-maladie de leur province ou de leur territoire** (ou l'équivalent) au moment où les frais pour l'urgence médicale sont engagés ont droit à la garantie d'assistance-voyage en cas d'urgence.

CARTE D'ASSISTANCE-VOYAGE EN CAS D'URGENCE

Les participants au régime et leur conjoint admissible recevront une carte de prestations qui comprend toutes les informations nécessaires sur le régime et les coordonnées de l'assistance-voyage en cas d'urgence afin d'avoir accès en tout temps à cette garantie, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Pour les personnes à charge qui voyagent sans un participant au régime ou un conjoint, le bureau d'administration du régime peut fournir une carte d'assistance-voyage en cas d'urgence supplémentaire.

GARANTIE D'ASSISTANCE-VOYAGE EN CAS D'URGENCE ET MAXIMUMS PAR VOYAGE

Couverture d'assistance-voyage en cas d'urgence

La couverture est assortie d'un **maximum de 5 000 000 \$ par personne assurée par incident** pour les frais engagés à la suite d'une urgence médicale soudaine et imprévue pendant un voyage à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence.

Il n'y a pas de limite quant au nombre de voyages qui peuvent être effectués, mais la couverture est offerte pour une **période maximale de 60 jours consécutifs par voyage**.

Couverture pour les services d'assistance-voyage en cas d'urgence

La couverture vise une gamme de services d'assistance-voyage et de conseils particuliers pour vous aider lors des préparatifs de voyages, ou pour les urgences liées aux voyages pendant un voyage à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence.

Couverture pour aiguillage médical

La couverture vise les aiguillages vers des services médicaux à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence lorsqu'ils ne sont pas facilement accessibles dans la province ou le territoire de résidence. La couverture est assujettie à un **maximum de 50 000 \$ par personne assurée, par année civile**.

PRENDRE CONTACT AVEC L'ASSISTANCE-VOYAGE DE GSC

Vous pouvez prendre contact avec l'équipe d'assistance-voyage de GSC aux numéros de téléphone qui figurent au verso de la carte de prestations du régime, qui sont également indiqués ci-dessous :

Au Canada et aux États-Unis : **1 800 936-6226**

Ailleurs dans le monde, à frais virés : **1 519 742-3556**

Lorsque vous appelez pour obtenir de l'assistance-voyage ou relativement à une urgence médicale, veuillez mentionner le numéro **4932 du groupe du régime pour l'assistance-voyage de GSC**. L'équipe d'assistance-voyage de GSC aura également besoin du **numéro d'identification GSC unique de participant au régime** de la personne assurée. Tous ces renseignements sont inscrits sur la carte de prestations du régime. De plus, le numéro du

régime provincial ou territorial d'assurance-maladie de la personne assurée peut être requis et il devrait être à portée de la main au moment de l'appel à l'assistance-voyage de GSC.

Vous pourriez avoir besoin d'un code d'appel Canada Direct pour appeler à frais virés lorsque vous voyagez à l'extérieur du Canada et des États-Unis. Si vous ne pouvez pas appeler à frais virés, conservez vos reçus pour les appels téléphoniques faits à l'assistance-voyage de GSC. Vous pouvez les présenter pour obtenir un remboursement dès votre retour au Canada.

Notez que lorsqu'une personne assurée est avisée de la nécessité de recevoir un traitement pour une blessure accidentelle ou une urgence médicale, **elle doit communiquer avec l'assistance-voyage de GSC avant d'obtenir un traitement médical d'urgence, ou demander à quelqu'un d'appeler l'assistance-voyage de GSC en son nom dans les 48 heures suivant le début du traitement**, s'il est impossible pour la personne assurée d'appeler GSC avant d'obtenir un traitement médical d'urgence.

SERVICES D'ASSISTANCE-VOYAGE AVANT LE DÉPART

La garantie d'assistance-voyage en cas d'urgence peut ne pas couvrir les frais liés à une urgence médicale lors d'un voyage, ou fournir des services d'assistance-voyage si la personne assurée voyage à une destination ou dans un pays qui se trouve en situation de crise.

Il faut prendre contact avec l'assistance-voyage de GSC avant le voyage, quelle que soit la destination, pour s'assurer que le pays constitue une destination où la couverture d'assistance-voyage en cas d'urgence est offerte. On peut également prendre contact avec l'assistance-voyage de GSC avant le départ pour obtenir des renseignements à jour sur les exigences en matière de passeport et de visa, de vaccination et d'inoculation pour le pays de destination prévu.

Bien qu'il ne remplace pas l'assistance-voyage de GSC, le site Web d'**Affaires mondiales Canada** (AMC) fournit des renseignements détaillés sur les diverses destinations et les endroits où le gouvernement fédéral canadien ne recommande actuellement pas aux Canadiens de voyager. Il est également recommandé de passer ces renseignements en revue avant le départ.

<https://voyage.gc.ca/voyager/avertissements>

PROCESSUS DE LA COUVERTURE EN CAS D'URGENCE MÉDICALE

Après que vous aurez pris contact avec l'assistance-voyage de GSC concernant une urgence médicale, un spécialiste multilingue de l'assistance vous orientera vers le meilleur établissement médical disponible ou le médecin légalement qualifié capable de fournir le traitement médical appropriés.

Au moment de l'admission à l'hôpital ou de la consultation d'un médecin ou d'un chirurgien légalement qualifié pour un traitement d'urgence majeure, l'assistance-voyage de GSC garantira au fournisseur (hôpital, clinique ou médecin) que la personne assurée bénéficie à la fois du régime provincial ou territorial d'assurance-maladie (si ces prestations sont fournies par le régime d'assurance-maladie du gouvernement), et des prestations d'assurance-voyage de GSC. Le fournisseur pourra facturer directement l'assistance-voyage de GSC pour ces services approuvés pour les montants supérieurs à 200 \$.

L'équipe médicale de l'assistance-voyage de GSC suivra l'évolution des soins médicaux pour s'assurer que la personne assurée reçoit le meilleur traitement médical disponible. Ces médecins sont également en communication constante avec votre médecin de famille et les membres de votre famille, selon la gravité de votre état.

PAIEMENT ET COORDINATION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Dans la plupart des cas, l'assistance-voyage de GSC coordonnera le paiement des demandes de règlement avec le fournisseur de services médicaux. L'assistance-voyage de GSC établira le montant payable en vertu du régime provincial ou territorial d'assurance-maladie de la personne assurée (le cas échéant) et remboursera le reste des frais admissibles.

Lorsqu'un hôpital ou un autre fournisseur de services médicaux exige un dépôt ou le paiement intégral pour les services rendus et que les frais sont supérieurs à 200 \$ (canadiens), l'assistance-voyage de GSC les réglera et coordonnera les demandes de règlement au nom de la personne assurée.

Le paiement et la coordination des frais tiendront compte du montant payable en vertu du régime provincial ou territorial d'assurance-maladie de la personne assurée (si ce régime fournit une telle couverture) et du présent régime, et remboursera le reste des frais admissibles.

S'il est déterminé par la suite que ces paiements dépassent le montant des prestations auxquelles la personne assurée a droit, Green Shield Canada aura le droit de recouvrer le montant excédentaire par la cession des prestations du régime provincial ou territorial d'assurance-maladie (le cas échéant) ou le remboursement auprès de la personne assurée.

Si le régime provincial ou territorial d'assurance-maladie de la personne assurée prévoit des prestations hors du Canada, les services hospitaliers et médicaux sont admissibles au titre de la garantie d'assistance-voyage en cas d'urgence uniquement si le régime provincial ou territorial d'assurance-maladie prévoit le paiement du coût des services engagés. Cette

limitation ne s'applique pas si vous résidez dans une province ou un territoire qui n'offre pas de couverture hors du Canada.

Dans le cas de dépenses admissibles de moins de 200 \$, la personne assurée doit payer directement le fournisseur de soins médicaux et ensuite présenter les reçus au régime pour se faire rembourser.

Pour présenter une demande de règlement, soumettez le nom du patient, son numéro du régime provincial ou territorial d'assurance-maladie et son numéro d'identification de GSC accompagnés d'une déclaration détaillée décrivant les services fournis et les frais facturés pour chaque service.

Si vous avez engagé des dépenses personnelles, **n'oubliez pas d'indiquer à l'assistance-voyage de GSC toutes les couvertures d'assistance-voyage dont vous disposez lorsque vous présentez une demande de règlement.** Les demandes de règlement doivent être soumises, accompagnées des reçus originaux à l'appui, à l'assistance-voyage de GSC qui coordonnera ensuite avec le régime provincial ou territorial d'assurance-maladie le remboursement des dépenses approuvées et admissibles de toutes les sources (p. ex., les régimes provinciaux qui offrent une couverture hors du Canada, le régime du conjoint, la couverture d'assistance-voyage fournie par votre carte de crédit, etc.)

Des **formulaires de demande de règlement**, y compris les formulaires de préautorisation (pour la couverture des aiguillages) et des renseignements utiles concernant la soumission des demandes de règlement, sont disponibles à **greenshield.ca**. Toutes demandes de règlement soumises manuellement doivent être reçues par GSC **dans les 12 mois** suivant la date à laquelle les dépenses admissibles ont été engagées.

Veuillez noter qu'en plus du formulaire de demande de règlement dûment rempli, **le remboursement des demandes de règlement nécessite l'original du reçu détaillé du paiement (les reçus en espèces ou les reçus de carte de crédit seuls ne sont pas acceptés)**. GSC se réserve le droit de demander des renseignements supplémentaires concernant la demande de règlement. Le fait de ne pas répondre à de telles demandes peut entraîner le refus de la demande de remboursement.

L'omission intentionnelle, la fausse déclaration ou la falsification d'informations relatives à une demande de règlement constituent une fraude. La soumission d'une demande de règlement frauduleuse constitue un acte criminel et sera signalée aux autorités policières ou aux organismes de réglementation compétents.

GSC se réserve le droit de recouvrer tous les montants résultant de demandes de règlement payées en trop ou non justifiées en déduisant ces montants des demandes futures, ou par tout autre moyen légal.

Les dépenses médicales admissibles relatives à la garantie d'assistance-voyage en cas d'urgence sont calculées selon les frais **raisonnables et habituels** dans la région où elles ont été reçues, moins le montant payable par le régime provincial ou territorial d'assurance-maladie applicable, si votre province ou territoire fournit une telle couverture.

Si vous êtes couvert pour l'assurance-maladie complémentaire et une garantie d'assurance frais dentaires dans le cadre de plus d'un régime, vos prestations d'assistance-voyage en cas d'urgence dans le cadre de ce régime seront coordonnées avec le ou les autres régimes afin que vous puissiez recevoir le remboursement de jusqu'à 100 % des frais admissibles engagés.

Les demandes de règlement doivent d'abord être soumises au premier payeur. Les soldes impayés devraient alors être soumis au ou aux régimes secondaires. Veuillez consulter la section Coordination des prestations de la présente brochure d'information à l'intention des participants au régime pour obtenir de plus amples renseignements.

Lorsque GSC est identifié comme assureur secondaire, soumettez l'original de l'explication des prestations du premier assureur et une copie du formulaire de demande de règlement afin de recevoir tout solde dû.

RENSEIGNEMENTS SUR LA COUVERTURE MÉDICALE D'URGENCE EN VOYAGE ET POUR AIGUILLAGE MÉDICAL

Important : Cette prestation d'assistance-voyage en cas d'urgence comprend des exigences, des limites et des exclusions qui peuvent avoir une incidence sur votre admissibilité ou sur le remboursement des dépenses engagées. Vous devez être exact et complet en tout temps dans vos relations avec l'assistance-voyage de GSC. Veuillez prendre le temps de lire cette garantie avant de voyager afin de vous assurer que vous êtes au courant des conditions générales, en prenant note de ce qui suit :

- À l'exception des « **services d'aiguillage** », la présente garantie d'assistance-voyage est une garantie médicale d'**urgence** uniquement et offre une couverture lorsque vous vous trouvez temporairement à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence habituelle pour des vacances, des études ou des raisons professionnelles. Elle ne couvre pas les traitements, les chirurgies, les interventions ou les autres services non urgents, facultatifs, cosmétiques ou expérimentaux qu'une personne assurée choisit de faire effectuer à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence, qu'ils soient planifiés ou non.
- GSC se réserve le droit d'examiner vos renseignements médicaux au moment de la demande de règlement. Toute intervention invasive ou d'investigation doit être approuvée au préalable par l'équipe d'assistance médicale de GSC. **Si la personne assurée est le patient et il est médicalement impossible pour elle d'appeler avant d'obtenir un traitement médical d'urgence, il est extrêmement important que quelqu'un appelle l'assistance-voyage de GSC au nom de la personne assurée dans les 48 heures.** Si l'assistance-voyage de GSC n'est pas avisée dans les 48 premières heures, le remboursement des frais engagés pourrait être limité au montant des frais engagés pendant les 48 premières heures qui suivent n'importe quel traitement incident **ou** le maximum du régime, selon le **moindre** des deux montants. Cela signifie que la personne assurée sera responsable de tous les frais par la suite.

Une **urgence** est un état de santé soudain et imprévu qui nécessite un traitement. Il n'y a plus d'urgence lorsque les preuves examinées par l'assistance voyage de GSC indiquent qu'aucun autre traitement n'est nécessaire à destination ou que vous êtes en mesure de retourner dans votre province ou territoire de résidence pour recevoir d'autres traitements. Si l'assistance voyage de GSC détermine que vous devez être transféré dans un autre établissement ou retourner dans votre province ou territoire de résidence, et vous choisissez de ne pas le faire, les prestations ne seront pas versées pour un traitement médical supplémentaire et la couverture sera limitée pour les événements non liés.

Une urgence exclut le traitement d'un **état de santé préexistant** qui n'était pas complètement **stable** pendant la **période de 90 jours** précédant le départ de la personne assurée.

Un **état de santé préexistant** signifie tout état médical qui existait avant la date du départ de la personne assurée.

État de santé signifie toute maladie ou blessure (y compris les symptômes d'états non diagnostiqués).

Un état de santé est considéré comme étant **stable** lorsque tous les énoncés suivants sont vrais pendant la **période de 90 jours** précédant la date du départ de la personne assurée.

- a) Aucun **nouveau traitement** n'a été prescrit ou recommandé, et le traitement existant n'a pas été modifié (y compris l'arrêt du traitement).
- b) L'état de santé **ne s'est pas aggravé**.
- c) Il n'y a pas eu de **nouveaux symptômes, ou de symptômes plus fréquents ou qui se sont aggravés**.
- d) Il n'y a eu **aucune hospitalisation** ni aiguillage vers un spécialiste.
- e) **Aucun test, aucune investigation ni aucun traitement** n'a été recommandé, mais pas encore réalisé, et il n'y a pas de résultats de tests en attente.
- f) Il n'y a **aucun traitement planifié ou en suspens**.
- g) Il n'y a eu **aucune modification d'un médicament sur ordonnance existant** (y compris une augmentation, une diminution ou un arrêt de la posologie prescrite), ni aucune recommandation ou mise en route d'un nouveau médicament sur ordonnance. Les éléments suivants ne sont pas considérés comme des modifications du traitement existant par médicament sur ordonnance.
 - i. Les ajustements de routine de la posologie de Coumadin, de warfarine ou d'insuline, tant que ces médicaments n'ont pas été nouvellement prescrits ou arrêtés.

- ii. Le passage d'un produit de marque à un produit générique équivalent, pour autant que la dose soit la même – y compris le passage d'un produit biologique à un produit bioéquivalent.
- iii. La diminution de la dose d'un médicament en raison de l'amélioration de l'état de santé.

Toutes les conditions susmentionnées doivent être satisfaites au cours de la période de 90 jours précédant le départ de la personne assurée pour qu'un état de santé soit considéré comme stable.

Traiter, traité, traitement désigne un acte prescrit, réalisé ou recommandé par un médecin pour un état de santé. Cela inclut, notamment, les médicaments sur ordonnance, les tests d'investigation et la chirurgie.

- Pour être admissible aux prestations, **le demandeur doit être dûment inscrit à son régime provincial ou territorial d'assurance-maladie** ou l'équivalent au moment où les frais sont engagés; sinon, il n'y a aucune couverture au titre de cette garantie.
- Les prestations d'assistance-voyage admissibles seront calculées selon les frais raisonnables et habituels dans la région où elles ont été reçues, moins le montant payable par le régime provincial ou territorial d'assurance-maladie applicable, si votre province ou territoire fournit une telle couverture.
- Tous les maximums et les limites en dollars sont exprimés en dollars canadiens. Le remboursement sera effectué en dollars canadiens ou en dollars américains aux fournisseurs de soins et aux participants au régime, selon le pays du bénéficiaire. Dans le cas des paiements qui exigent une conversion de devises, le taux de change utilisé sera le taux en vigueur à la date de signification de la demande.
- Les prestations admissibles sont limitées au nombre maximum de jours indiqué dans le Résumé des garanties, et la section PRESTATIONS MAXIMUMS D'ASSISTANCE-VOYAGE EN CAS D'URGENCE ci-dessus, à compter de la date de départ de votre province ou territoire de résidence. Si vous êtes hospitalisé lors du 60^e jour de la durée de votre voyage particulier, vos prestations seront prolongées jusqu'à la date du congé.

DÉPENSES MÉDICALES ADMISSIBLES POUR L'ASSISTANCE-VOYAGE EN CAS D'URGENCE

Les dépenses admissibles pour l'assistance-voyage en cas d'urgence médicale sont les suivantes :

L'hébergement et les services hospitaliers jusqu'à concurrence du taux établi pour les lits en salle dans un hôpital général public.

Les services médicaux ou chirurgicaux dispensés par un médecin ou un chirurgien légalement qualifié pour soulager les symptômes d'une maladie ou d'une blessure imprévue ou pour y remédier.

Transport d'urgence

- **Ambulance terrestre** jusqu'à l'établissement médical qualifié le plus proche.
- **Ambulance aérienne** – le coût de l'évacuation aérienne (y compris un accompagnateur médical au besoin) entre les hôpitaux et pour l'admission à l'hôpital au Canada, sur approbation préalable de votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie ou de l'établissement médical qualifié le plus proche.

Services d'aiguillage – (a) l'hébergement et les services hospitaliers jusqu'à concurrence du taux établi pour les lits en salle dans un hôpital général public, ou (b) les services médicaux ou chirurgicaux dispensés par un médecin ou un chirurgien légalement qualifié.

- **Avant le début de tout traitement d'aiguillage, vous devez obtenir l'autorisation préalable écrite** de votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie et de GSC. Il se peut que votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie couvre entièrement cette prestation d'aiguillage. Vous devez fournir à GSC une lettre de votre médecin traitant indiquant le motif de l'aiguillage, ainsi qu'une lettre du régime provincial ou territorial d'assurance-maladie qui décrit sa responsabilité. **Le fait de ne pas obtenir l'autorisation préalable se traduira par un non-paiement.**

Les services d'une infirmière autorisée privée jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année civile, au tarif raisonnable et habituel facturé par une infirmière autorisée (IA) qualifiée dans la province ou le territoire où le traitement est offert. Vous devez prendre contact avec l'assistance-voyage de GSC pour obtenir l'autorisation préalable.

Les tests diagnostiques de laboratoire et radiographies lorsque prescrits par le médecin traitant. Sauf en cas d'urgence, l'assistance-voyage de GSC doit préalablement approuver ces services (p. ex., cathétérisme cardiaque ou angiogramme, angioplastie et pontage coronarien).

Remboursement des ordonnances de médicaments, de sérums et de produits injectables qui, en vertu de la loi, exigent une ordonnance d'un médecin légalement qualifié (les vitamines, les médicaments brevetés et les spécialités pharmaceutiques sont exclus). Transmettre à l'assistance-voyage de GSC le reçu original du paiement du pharmacien, du médecin ou de l'hôpital à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence, en indiquant le nom du médecin traitant, le numéro de l'ordonnance et le nom de la préparation, ainsi que la date, la quantité et le coût total.

Les appareils médicaux, y compris les plâtres, les béquilles, les cannes, les écharpes, les attelles ou la location temporaire d'un fauteuil roulant lorsque cela est jugé nécessaire sur

le plan médical en raison d'un accident et lorsque ces appareils sont obtenus à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence.

Les traitements prodigués par un dentiste, seulement lorsqu'ils sont nécessaires en raison d'un coup direct et accidentel à la bouche, jusqu'à concurrence de 2 000 \$. Les traitements (avant et après le retour) doivent être dispensés dans les 90 jours suivant l'accident. Les renseignements sur l'accident doivent être fournis à l'assistance-voyage de GSC en même temps que les radiographies dentaires.

Retour au domicile – Lorsque votre maladie ou blessure urgente fait en sorte que :

- L'assistance-voyage de GSC précise par écrit que vous devez retourner immédiatement dans votre province ou territoire de résidence pour des soins médicaux immédiats, un remboursement sera effectué pour les frais supplémentaires engagés pour l'achat du billet d'avion pour un aller simple en classe économique, plus le coût d'un billet additionnel en classe économique si nécessaire pour accommoder un civière, pour votre rapatriement par l'itinéraire le plus court vers l'aéroport principal situé le plus près du point de départ dans votre province ou territoire de résidence.

Cette garantie suppose que vous n'êtes pas en possession d'un billet d'avion aller-retour valide. Les frais de surclassement, de taxes de départ, de pénalités d'annulation ou de billets d'avion pour les membres de la famille ou les amis accompagnateurs ne sont pas inclus.

- L'assistance-voyage de GSC ou la compagnie aérienne commerciale stipule par écrit que vous devez être accompagné d'un accompagnateur médical qualifié, un remboursement sera effectué pour les frais engagés pour un billet d'avion aller-retour en classe économique et les frais raisonnables et habituels facturés par un accompagnateur médical qui ne vous est pas apparenté par sa naissance, son adoption ou son mariage et est inscrit dans le territoire de compétence où le traitement est fourni, plus les frais d'hébergement et de repas de l'accompagnateur, le cas échéant.

Les frais de retour de votre véhicule utilisé à des fins personnelles à votre domicile ou à l'agence de location de véhicules appropriée la plus proche, lorsque vous ne pouvez le faire du fait d'une maladie, de blessures physiques ou de décès, jusqu'à concurrence d'un montant maximum de 1 000 \$ par déplacement. L'assistance-voyage de GSC exige les reçus pour les frais engagés (p. ex., l'essence, l'hébergement et les billets d'avion).

Les frais de repas et d'hébergement jusqu'à concurrence de 1 500 \$ (maximum de 150 \$ par jour pendant un maximum de 10 jours) seront remboursés pour les frais supplémentaires que vous engagez pour l'hébergement dans un hôtel commercial et les repas lorsque vous demeurez avec un compagnon de voyage ou une personne incluse dans la couverture familiale, lorsque le voyage est retardé ou interrompu pour cause de maladie, blessure ou décès accidentel d'un compagnon de voyage. Ceci doit être confirmé

par écrit par le médecin ou le chirurgien légalement qualifié et accompagné des reçus originaux d'une organisation commerciale.

Le transport au chevet, y compris le billet d'avion aller-retour en classe économique par l'itinéraire le plus direct à partir de votre province ou territoire de résidence, pour tout conjoint, parent, enfant, frère ou sœur, et jusqu'à 150 \$ par jour pendant un maximum de 5 jours pour les repas et l'hébergement dans un établissement commercial, seront payés pour ce membre de la famille :

- soit auprès de vous ou de votre personne à charge assurée pendant une hospitalisation. Cette garantie exige que la personne assurée soit éventuellement hospitalisée pendant au moins 7 jours à l'extérieur de sa province ou territoire de résidence, en plus de la confirmation écrite du médecin traitant indiquant que la situation était suffisamment grave pour exiger cette visite.
- identifie une personne décédée avant le rapatriement du corps.

Un billet d'avion de retour si votre véhicule à usage personnel ou celui de votre personne à charge assurée est volé ou rendu inutilisable à la suite d'un accident, le coût du voyage aller simple en classe économique pour votre retour par l'itinéraire le plus court à l'aéroport principal le plus près de votre point de départ dans votre province ou territoire de résidence sera remboursé. Un rapport officiel de perte ou d'accident est requis.

Le retour du défunt jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour couvrir les frais d'embaumement ou de crémation en vue du transport vers son domicile dans un contenant approprié pour vous-même ou votre personne à charge assurée lorsque le décès découle d'une maladie ou d'un accident. La dépouille sera rapatriée à l'aéroport principal le plus près du point de départ dans votre province ou territoire de résidence. La garantie exclut le coût d'un cercueil funéraire ou les frais liés aux funérailles, le maquillage, les vêtements, les fleurs, les cartes d'éloge funèbre, la location d'une église, etc.

SERVICES ADMISSIBLES DE L'ASSISTANCE-VOYAGE EN CAS D'URGENCE

Les services suivants sont également accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, par l'entremise de l'organisation internationale de services médicaux de l'assistance-voyage de GSC.

Ces services d'assistance-voyage comprennent :

- L'accès à l'assistance avant le voyage (avant le départ) : Les codes d'appel Canada Direct, renseignements sur les vaccins, avis aux voyageurs émis par le gouvernement et exigences en matière de visa et de documents pour entrer dans le pays de destination.
- L'assistance multilingue.
- De l'aide pour repérer les soins médicaux les plus appropriés à proximité.

- Les réseaux internationaux de fournisseurs privilégiés.
- La consultation et le suivi médicaux pour vérifier la pertinence et la qualité des soins médicaux.
- De l'aide pour prendre contact avec la famille, le médecin personnel et l'employeur, le cas échéant.
- Le suivi des progrès au cours du traitement et de la convalescence, et la confirmation que le patient est apte à être transporté sur le plan médical lorsqu'un transfert ou un rapatriement est nécessaire.
- Des services de transmission de messages d'urgence.
- Des services de traduction et des aiguillages vers des interprètes locaux, au besoin, relativement à l'urgence médicale.
- La vérification de la couverture pour faciliter l'accès et l'admission aux hôpitaux et aux autres fournisseurs de soins de santé.
- De l'aide particulière à l'égard de la coordination des demandes de règlement direct.
- La coordination des services de l'ambassade et du consulat.
- La gestion, l'organisation et la coordination des services de transport médical d'urgence et d'évacuation, le cas échéant.
- La gestion, l'organisation et la coordination du rapatriement des restes humains.
- De l'aide particulière pour prendre des dispositions en cas d'interruption ou de perturbation des plans de voyage découlant d'une situation d'urgence, pour comprendre :
 - Le retour de compagnons de voyage non accompagnés.
 - Les déplacements pour se rendre au chevet d'une personne en difficulté.
 - La réorganisation des billets en raison d'un accident, d'une maladie ou d'autres urgences liées au voyage.
 - Le retour du véhicule à usage personnel d'une personne en difficulté ou des effets personnels connexes.
- Des services d'aiguillage bien informés en matière d'aide juridique.
- La coordination de l'obtention de cautionnements pour libération conditionnelle et d'autres dispositions juridiques.

- Des conseils pour remplacer les documents de voyage perdus ou volés, y compris les passeports.
- De l'assistance de courtoisie pour obtenir l'aide accessoire et les autres services de voyage connexes.

RESTRICTIONS RELATIVES À L'ASSISTANCE-VOYAGE EN CAS D'URGENCE

1. La couverture entre en vigueur au moment où vous ou votre personne à charge traversez la frontière provinciale ou territoriale au départ de votre province ou territoire de résidence et se termine à son retour dans votre province ou territoire de résidence au retour à la maison. Lors d'un voyage aérien, la couverture entre en vigueur au moment du décollage de l'avion dans la province ou le territoire de résidence et se termine lorsque l'avion atterrit dans la province ou le territoire de résidence au retour à la maison.
2. **Il faut prendre contact avec l'assistance-voyage de GSC avant d'obtenir un traitement médical d'urgence pour que celle-ci puisse :**
 - confirmer la couverture.
 - préapprouver le traitement.

S'il est médicalement impossible pour la personne assurée d'appeler avant d'obtenir un traitement médical d'urgence, l'assistance-voyage de GSC exige que la personne assurée ou une personne en son nom appelle l'assistance-voyage de GSC dans les 48 heures suivant le début du traitement.

Si l'assistance-voyage de GSC n'est pas avisée avant la réception du traitement médical d'urgence, les prestations seront limitées au montant des frais engagés pendant les 48 premières heures qui suivent n'importe quel traitement ou incident **ou** le maximum du régime, selon **le moindre** des deux montants. Cela signifie que vous serez responsable de tous les frais par la suite.

3. Après le début de votre traitement médical d'urgence, l'assistance-voyage de GSC doit évaluer et approuver au préalable tout traitement médical supplémentaire. Si vous subissez des examens dans le cadre d'une investigation médicale, d'un traitement ou d'une intervention chirurgicale, ou si vous obtenez un traitement ou subissez une intervention chirurgicale qui n'est pas approuvée au préalable, votre demande de règlement ne sera pas payée. Cela inclut les tests invasifs, les interventions chirurgicales, le cathétérisme cardiaque, les autres procédures cardiaques, les transplantations, les IRM.
4. **Le rapatriement est obligatoire** lorsque l'assistance voyage de GSC détermine que la personne assurée doit être transférée dans un autre établissement ou retourner dans sa province ou son territoire de résidence pour y être traitée, ou à la fin de l'urgence. Si vous choisissez de ne pas retourner :

- Aucune prestation ne sera versée pour tout autre traitement médical.
 - Aucune prestation ne sera versée pour toute récurrence ou complication liée directement ou indirectement à l'état de santé qui a causé l'urgence.
 - Pour le reste du voyage, la couverture sera limitée aux états de santé qui n'ont aucun lien avec l'état de santé qui a causé l'urgence.
5. Les services d'ambulance aérienne ne seront admissibles que si :
- Ils sont préalablement approuvés par l'assistance-voyage de GSC.
 - Il est médicalement nécessaire que vous ou votre personne à charge soyez confiné sur une civière ou accompagné d'un accompagnateur médical pendant le voyage.
 - Vous ou votre personne à charge êtes admis directement dans un hôpital de votre province ou territoire de résidence.
 - Les rapports ou les certificats médicaux des médecins expéditeurs et destinataires légalement qualifiés sont présentés à l'assistance-voyage de GSC.
 - Une preuve de paiement (y compris les pièces justificatives des billets d'avion ou les factures des transporteurs aériens) est présentée à l'assistance-voyage de GSC.
6. Si vous prévoyez voyager dans des régions en proie à des troubles politiques ou civils, ou dans des régions où le gouvernement du Canada a émis un avertissement officiel concernant les voyages non essentiels, **prenez contact avec l'assistance-voyage de GSC pour obtenir des conseils avant votre départ, car nous pourrions ne pas être en mesure de garantir les services d'assistance.**
7. **GSC se réserve le droit, sans préavis, de suspendre, de réduire ou de restreindre ses services** dans toute région dans l'éventualité d'une des situations suivantes :
- Troubles politiques ou civils, notamment en cas de rébellion, d'émeute, de soulèvement militaire.
 - Conflit de travail ou grève.
 - Force majeure.
 - Refus des autorités d'un pays étranger de permettre à GSC de fournir ses services.

Cela comprend les voyages si, au moment de la réservation du voyage (y compris en cas de retard) ou avant la date de départ, **le gouvernement du Canada a émis un avertissement officiel conseillant aux Canadiens d'éviter soit tous les voyages, soit tout voyage non essentiel** dans ce pays, cette région ou cette ville, ou toute composante importante de vos préparatifs de voyage (p. ex., un bateau de croisière) en raison d'une épidémie ou pandémie probable ou réelle. Selon cette limitation, un

voyage non essentiel signifie tout événement autre qu'une urgence médicale ou familiale importante, comme le décès d'un membre de la famille.

EXCLUSIONS RELATIVES À L'ASSISTANCE-VOYAGE EN CAS D'URGENCE

En plus des exclusions relatives à l'assurance-maladie complémentaire fournies plus haut dans cette brochure d'information à l'intention des participants au régime, les demandes de règlement de frais de voyage ne seront pas payées pour ce qui suit :

1. Tous les frais engagés pour le traitement lié directement ou indirectement à un **état de santé préexistant** qui, au moment de votre départ de votre province/territoire de résidence et au cours de la **période de 90 jours précédant votre départ** de votre province ou territoire de résidence :
 - a) N'était pas complètement **stable** (de l'avis professionnel de l'équipe d'assistance voyage de GSC).
 - b) Lorsque les données médicales laissent raisonnablement présager qu'un traitement ou une hospitalisation pourrait être nécessaire lors du voyage.
 - c) Lorsqu'un médecin a recommandé à la personne assurée de ne pas voyager.

L'assistance-voyage de GSC se réserve le droit d'examiner les renseignements médicaux de la personne assurée au moment de la demande de règlement. **L'avis d'un médecin selon lequel la personne assurée était apte à voyager n'annule** ni n'élimine l'exigence selon laquelle la personne assurée doit satisfaire à toutes les conditions en matière d'état **stable**.

2. Toute dépense soumise si la personne assurée ou toute personne agissant au nom d'une personne assurée tente de tromper l'assistance-voyage de GSC, ou fait une déclaration ou présente une demande de règlement frauduleuse, fausse ou exagérée.
3. Tous les frais engagés pour des services reçus qui :
 - a) N'étaient pas requis pour traiter une **urgence**.
 - b) N'étaient pas recommandés par un médecin ou un chirurgien légalement qualifié.
 - c) Ne sont pas couverts par votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie.
 - d) Sont normalement couverts par les prestations de la couverture hors du Canada de votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie (le cas échéant), lorsque celui-ci a refusé de payer.
4. Tous les frais engagés pour des services reçus après que l'assistance médicale de GSC a déterminé que :
 - a) La personne assurée devait retourner dans la province ou le territoire de résidence pour y recevoir un traitement, mais elle a choisi de ne pas le faire.

- b) Les services pourraient être raisonnablement retardés jusqu'au retour de la personne assurée dans sa province ou son territoire de résidence.
 - c) L'urgence était terminée.
 - d) Les services sont destinés à une récurrence ou à une complication directement ou indirectement liée à l'urgence pour laquelle l'assistance-voyage de GSC a déterminé le point 3.a), b) ou c) ci-dessus.
5. Toute dépense engagée pour traiter un état de santé ou des complications d'un état de santé liés directement ou indirectement à une épidémie ou à une pandémie si, au moment de la réservation du voyage ou avant la date de départ, **le gouvernement du Canada a émis un avertissement officiel conseillant aux Canadiens d'éviter soit tous les voyages, soit tout voyage non essentiel** dans ce pays, cette région ou cette ville, ou toute composante importante de vos préparatifs de voyage (p. ex., un bateau de croisière).
- Pour afficher les avertissements aux voyageurs canadiens, visitez le site des voyages du gouvernement du Canada.
6. Tous les frais engagés pour des services pour traiter :
- a) Tout état de santé, y compris les symptômes de sevrage, résultant de la consommation chronique d'alcool, de drogues ou d'autres substances intoxicantes, ou y étant lié de quelque manière que ce soit, que ce soit avant ou pendant le voyage.
 - b) Tout état de santé survenant pendant le voyage et résultant de, ou lié de quelque manière que ce soit à, l'abus d'alcool entraînant un taux d'alcoolémie supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang, de drogues ou d'autres substances intoxicantes.
 - c) Tout état de santé résultant du non-respect du traitement tel que prescrit, y compris les médicaments sur ordonnance ou en vente libre.
7. Tous les frais liés à la **grossesse**, à l'accouchement ou à des complications de l'un ou l'autre, survenant au cours de la **période de 8 semaines précédant et suivant la date prévue** de l'accouchement.
8. Tous les frais engagés pour un enfant né pendant le voyage.
9. Tous les frais engagés lors de tout voyage effectué dans le but d'obtenir un diagnostic, un traitement, une intervention chirurgicale, des soins palliatifs ou toute thérapie de remplacement, ainsi que toute complication directement ou indirectement liée.

GSC n'assume aucune responsabilité quant aux conseils médicaux donnés, sans toutefois s'y limiter, par un médecin, un pharmacien ou tout autre fournisseur ou établissement de soins de santé recommandé par l'assistance-voyage de GSC et elle ne saurait être tenue responsable.

ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE DUPLICATIVE

Les frais admissibles couverts par la garantie d'assurance-maladie complémentaire qui sont engagés à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée (en cas d'urgence médicale en voyage) sont couverts par la garantie d'assistance-voyage en cas d'urgence et non par la garantie d'assurance-maladie complémentaire.

PROLONGATION DE LA COUVERTURE DE LA PRESTATION DE SURVIVANT POUR LES PERSONNES À CHARGE

Au décès d'un participant au régime admissible, les personnes à charge survivantes admissibles (conjoint et enfants) continueront d'être couvertes pour la garantie d'assistance-voyage en cas d'urgence pendant une période maximum de 30 mois. Cette période commence après avoir épuisé le compte bancaire en dollars du participant au régime. Aucune prime ou cotisation ne sera exigée pour maintenir la couverture pendant cette période de prolongation des garanties.

CESSATION DE LA GARANTIE D'ASSISTANCE-VOYAGE EN CAS D'URGENCE

Les garanties d'assurance-maladie complémentaire et d'assistance-voyage en cas d'urgence du participant au régime se terminent à la date à laquelle il prend sa retraite ou atteint l'âge de 65 ans. La couverture du participant au régime et de toutes ses personnes à charge se terminera également, selon les modalités énoncées ci-dessus à la section **Renseignements concernant l'admissibilité** de la présente brochure.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSISTANCE-VOYAGE EN CAS D'URGENCE REQUIS

Aucune prestation ne sera versée à un participant au régime à moins qu'un formulaire de demande de règlement dûment rempli et tous les autres documents requis (décrits ci-dessus) ne soient soumis au bureau d'administration du régime, ou à Green Shield Canada (ou l'entreprise retenue par Green Shield Canada), dans le délai prescrit pour présenter une demande de règlement. Veuillez consulter les dispositions relatives à la **date limite de présentation des demandes de règlement** à la section **Règles et dispositions générales du régime** de la présente brochure.

GARANTIE D'ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

Les participants au régime et leur conjoint admissible recevront une carte de prestations qui doit être utilisée pour le paiement d'un grand nombre des dépenses admissibles de la garantie d'assurance frais dentaires du régime. L'utilisation de la carte de prestations permet d'éviter d'avoir à remplir un formulaire de demande de remboursement et d'attendre le remboursement des dépenses admissibles.

REMBOURSEMENT DES DÉPENSES POUR SOINS DENTAIRES

Le régime prévoit le remboursement des frais de soins dentaires admissibles, comme indiqué ci-dessous. Lorsque les frais engagés sont supérieurs à ce qui est considéré comme admissible

à un remboursement, le participant au régime est responsable de la différence entre les frais réels engagés et les frais remboursés par la prestation d'assurance frais dentaires.

Niveau de remboursement

- 100 % pour les services de base
- 60 % pour les services majeurs
- 60 % pour les services d'orthodontie

Guide des honoraires des soins dentaires

Les prestations seront versées conformément au guide des honoraires de l'association dentaire en vigueur pour les généralistes de la province ou du territoire où les services dentaires sont dispensés à la date à laquelle les frais dentaires sont engagés.

Nécessité médicale et frais raisonnables et habituels

Les frais de soins dentaires admissibles sont également fondés sur la nécessité médicale et les frais raisonnables et habituels, le cas échéant.

PRESTATIONS DENTAIRES MAXIMALES PAYABLES

Services dentaires de base et majeurs

La prestation dentaire annuelle maximum payable en vertu du présent régime pour tous les services dentaires combinés (à l'exclusion des services d'orthodontie) est de 3 500 \$ par personne assurée, par année civile.

Services d'orthodontie

La prestation maximum à vie pour les services d'orthodontie payable pour chaque enfant à charge de moins de 19 ans est de 2 500 \$.

PRESTATION POUR LES AUTRES SOLUTIONS DE TRAITEMENT DENTAIRES

Lorsque plusieurs méthodes de traitement des blessures ou des maladies dentaires sont habituellement utilisées et adéquates sur le plan professionnel, le régime se réserve le droit de déterminer les frais admissibles en fonction de solution de traitement la moins coûteuse.

PRÉSENTATION D'UN PLAN DE TRAITEMENT DENTAIRE (PRÉDÉTERMINATION)

On recommande que le bureau d'administration du régime examine au préalable, au moyen de la présentation d'un plan de traitement dentaire, toute proposition de frais de soins dentaires dont on prévoit que le montant sera supérieur à 500 \$. La présentation d'un plan de traitement dentaire est requise avant le début de toute intervention d'orthodontie ou le versement des prestations.

À titre de service, le bureau d'administration du régime communiquera à l'avance le montant que le régime remboursera lorsqu'un traitement dentaire proposé comprend des services majeurs de restauration dentaire ou d'orthodontie.

Pour utiliser ce service, le dentiste de la personne assurée doit remplir un plan de traitement dentaire qui comprend des radiographies réalisées avant le traitement proposé si celui-ci comprend des couronnes ou des prothèses dentaires.

FRAIS DENTAIRE ADMISSIBLES

Les frais pour les services et fournitures dentaires suivants sont considérés comme des frais de soins dentaires admissibles à un remboursement.

SERVICES DENTAIRE DE BASE

Services de diagnostic

Les procédures requises pour l'évaluation ou les soins des problèmes existants et pour déterminer tout autre soin dentaire qui pourrait être nécessaire.

- Les examens buccaux de rappel, y compris le traitement au fluorure, une fois par période de 6 mois.
- Un examen buccal complet et de diagnostic une fois par période de 24 mois.
- Les radiographies.
- Les modèles d'étude.

Services préventifs

Les procédures visant à éliminer ou à réduire le besoin de traitements dentaires futurs.

- Les détartrages et le polissage (traitements préventifs) sont assujettis à un maximum de 8 unités (2 unités pour les enfants à charge de moins de 13 ans) par année civile (combinés au détartrage parodontal et au resurfaçage).
- Les traitements topiques au fluorure.
- Les dispositifs passifs de maintien d'espace, ceux qui ne déplacent pas les dents (pour les enfants à charge seulement).

Soins dentaires restaurateurs de base

Les procédures visant à rétablir la fonction normale des dents naturelles à l'aide d'amalgame d'argent, de silicate ou de restaurations synthétiques (obturations). Les pansements sédatifs sont également couverts.

Extractions

Les extractions dentaires simples.

Endodontie

Les interventions d'endodontie d'urgence et les traitements de canal conservateurs.

Parodontologie

- Les services auxiliaires sont les suivants : détartrage, resurfaçage (sous réserve du nombre maximum combiné d'unités indiqué ci-dessus sous services préventifs), infections aiguës, ajustement occlusal, attelle temporaire.
- Les services chirurgicaux sont les suivants : curetage gingival, gingivoplastie, gingivectomie ou chirurgie osseuse.
- Appareils parodontaux spéciaux.

Chirurgie buccale

Les interventions chirurgicales buccales de routine sont les suivantes : extraction chirurgicale des dents incluses, des racines résiduelles et des soins postopératoires associés.

Anesthésie

L'anesthésie, lorsqu'elle est raisonnablement et habituellement requise dans le cadre d'autres soins dentaires couverts.

Réparations, rebasage superficiel ou complet des prothèses dentaires

La réparation ou les rebasages superficiels ou complets de prothèses dentaires (une fois tous les 3 ans), y compris l'ajout de nouvelles dents, mais non le coût des prothèses, de leur remplacement ou duplication.

SERVICES DENTAIRE MAJEURS

Prothèses amovibles

La pose initiale de prothèses partielles ou complètes, sous réserve de l'état préexistant, des restrictions sur les dents perdues, extraites ou fracturées avant que la personne soit assurée. Le remplacement des prothèses dentaires existantes n'est pas couvert, sauf si :

- a) Le remplacement est nécessaire en raison de l'extraction, de la perte ou de la fracture d'une ou de plusieurs dents naturelles saines une fois que la personne devient couverte par le présent régime.
- b) Le remplacement a lieu plus de 12 mois après le moment où la personne assurée est couverte par le présent régime et les prothèses dentaires existantes ont au moins 5 ans et ne sont plus utilisables.

Le remplacement de prothèses dentaires perdues ou volées, la duplication de prothèses et la personnalisation ou la caractérisation des prothèses dentaires ne sont pas couverts.

Soins dentaires restaurateurs importants

Ces interventions, y compris les incrustations, les onlays et les couronnes en or, qui sont utilisées pour rétablir la fonction normale des dents naturelles lorsque celle-ci, à la suite de caries ou de fractures importantes, ne peuvent être restaurées par une obturation. Lorsque les dents peuvent être restaurées avec un amalgame d'argent, du silicate ou des restaurations synthétiques, la prestation payable sera déterminée selon les coûts habituels de cette

restauration. Ces restaurations sont assujetties à l'état préexistant, aux restrictions sur les dents perdues, extraites ou fracturées avant le moment où la personne devient couverte.

Prothèses fixes

La pose initiale de prothèses fixes, sous réserve de l'état préexistant, des restrictions sur les dents perdues, extraites ou fracturées avant le moment où la personne devient couverte. Les services de rescellement et de remplacement du parement ou du placage de la prothèse fixe sont des dépenses admissibles. Le remplacement de prothèses fixes existantes n'est pas admissible, sauf si

- (a) Le remplacement est nécessaire en raison de l'extraction, de la perte ou de la fracture d'une ou de plusieurs dents naturelles saines une fois que la personne devient couverte par le présent régime.
- (b) Le remplacement a lieu plus de 12 mois après le moment où la personne assurée devient couverte par le présent régime et les prothèses fixes existantes ont au moins 5 ans et ne sont plus utilisables.

SERVICES D'ORTHODONTIE

Les services d'orthodontie ne sont couverts que pour les enfants à charge âgés de moins de 19 ans. La couverture comprend le diagnostic et la correction des irrégularités dentaires et de la malocclusion des mâchoires, au moyen d'appareils métalliques, d'appareils orthodontiques ou d'autres aides mécaniques, communément appelés « redressement des dents ». Cela comprend les dispositifs actifs de maintien d'espace, ou les appareils orthodontiques, utilisés pour repositionner ou déplacer les dents.

Les prestations d'orthodontie ne sont payables que si le traitement est nécessaire pour une suroclusion d'au moins quatre millimètres, une occlusion croisée ou une relation en propulsion ou rétropulsion d'au moins une cuspide. Un plan de prétraitement d'orthodontie doit être présenté au bureau d'administration du régime et retourné au dentiste avant le début du traitement et faire état du montant estimé des prestations qui seront versées par le régime.

Le « plan de prétraitement orthodontique » est un rapport rédigé sur un formulaire jugé satisfaisant par le régime qui décrit le type et la durée recommandés du traitement, qui indique le coût estimé et qui est accompagné des clichés encéphalométriques, des modèles d'étude et des pièces justificatives pour le traitement proposé.

Les prestations seront versées lorsque le plan de prétraitement orthodontique aura été approuvé par le bureau d'administration du régime et que le traitement aura commencé.

Les frais d'orthodontie suivants ne sont en aucun cas admissibles :

1. Les frais d'une intervention pour laquelle un appareil actif a été installé avant que la personne assurée ne soit couverte par le régime.

2. Tous les frais engagés pendant que la couverture de la personne n'était pas en vigueur. Si des prestations ont été versées à la cessation de la couverture pour toute intervention d'orthodontie ayant commencé alors que la personne était couverte par le régime, les frais engagés pendant les 90 jours suivant la date de la cessation de la couverture seront remboursés. Les examens buccaux, les traitements de prophylaxie dentaire ou les radiographies diagnostiques ne sont pas considérés comme le début d'une procédure ou d'une série de traitements.

LIMITES ET EXCLUSIONS RELATIVES AUX SOINS DENTAIRES

Les prestations dentaires ne seront pas versées pour une intervention en cas de blessure ou de maladie dentaire pour laquelle la personne assurée a été avisée de recevoir un traitement ou pour laquelle le traitement a commencé avant que la personne ne soit couverte pour cette intervention dentaire.

Aucun paiement de prestations dentaires ne sera effectué pour une intervention dentaire relative à des dents extraites, perdues ou fracturées avant que la personne ne soit couverte pour cette intervention, à l'exception du remplacement d'un appareil dentaire, comme le précise la section Frais dentaires admissibles.

Aucun paiement ne sera versé pour l'installation initiale ou l'ajout de prothèses, à moins que cette installation ou cet ajout ne soit requis principalement en raison de la perte, de l'extraction ou de la fracture de dents après le moment où la personne devient couverte par le régime.

Outre les limites et les exclusions énoncées ci-dessus, le régime ne versera aucune prestation pour soins dentaires dans les cas suivants :

1. Les services ou les fournitures qui visent principalement les interventions de soins dentaires cosmétiques.
2. Les services ou fournitures qui ne sont pas dispensés par un dentiste, un hygiéniste ou un denturologiste légalement qualifié agissant dans le cadre de son permis d'exercice.
3. Tous les frais liés à une blessure découlant d'une guerre, d'une émeute, d'une insurrection ou d'une participation à un acte criminel.
4. Tous les frais divers, comme les frais de service de counseling ou d'instructions, les frais de déplacement, les rendez-vous non respectés, les frais de communication ou de formulaires à remplir.
5. Tous les frais découlant de toute blessure qu'une personne assurée s'inflige intentionnellement.
6. Tous les services couverts, en tout ou en partie, par un régime provincial d'assurance-maladie, les services pour lesquels aucuns frais ne sont exigés ou les services que la loi ne permet pas au régime de couvrir.
7. Tous les frais pour des services qui n'auraient normalement pas été engagés en l'absence de cette assurance, ou pour lesquels aucuns frais n'ont été engagés.

8. Tous les frais hospitaliers de chambre et de pension, ainsi que les services et fournitures connexes.
9. Tout examen dentaire exigé par un tiers.
10. Les interventions diagnostiques liées à toute catégorie de prestations exclues à titre de dépenses admissibles.
11. Les services ou les fournitures d'implantologie.
12. Les services ou fournitures qui ne sont nécessaires sur le plan médical pour les soins et le traitement de toute blessure ou maladie existante ou soupçonnée.
13. Les frais admissibles découlant d'un accident de véhicule ne seront considérés comme étant admissibles qu'après avoir été soumis d'abord à votre assureur automobile (sous réserve de la législation applicable).

PROLONGATION DE LA COUVERTURE POUR CERTAINES INTERVENTIONS DENTAIRES

Les paiements seront effectués pour les frais engagés après la cessation de la couverture du régime ou de la présente garantie, ou après la cessation de la couverture de la personne assurée en vertu de la présente garantie de soins dentaires, mis à part les interventions visant à terminer l'installation de prothèses ou de les frais dentaires liés aux prothèses, aux ponts ou aux couronnes, lorsqu'une empreinte a été réalisée ou qu'un traitement de canal a été entamé dans les 30 jours précédant la cessation de la couverture, à condition que l'empreinte ait été réalisée avant la cessation et que cette dépense soit couverte par le régime.

PROLONGATION DE LA COUVERTURE DE SOINS DENTAIRES DE LA PRESTATION DE SURVIVANT POUR LES PERSONNES À CHARGE

Au décès d'un participant au régime admissible, les personnes à charge survivantes admissibles (conjoint et enfants) continueront d'être couvertes pour la garantie d'assurance-maladie complémentaire pendant une période maximum de 30 mois. Cette période commence après avoir épuisé le compte bancaire en dollars du participant au régime. Aucune prime ou cotisation ne sera exigée pour maintenir la couverture pendant cette période de prolongation des garanties.

CESSATION DE LA GARANTIE D'ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

La garantie d'assurance frais dentaires d'un participant au régime prend fin le jour où il prend sa retraite et a épuisé le montant qui se trouve dans son compte bancaire en dollars. La couverture du participant au régime et de toutes ses personnes à charge se terminera également, selon les modalités énoncées ci-dessus à la section **Renseignements concernant l'admissibilité** de la présente brochure.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DE SOINS DENTAIRES REQUIS

Aucune prestation ne sera versée au participant au régime à moins qu'un formulaire de demande de règlement dûment rempli et tout autre document requis ne soient soumis au bureau d'administration du régime ou au régime dans le délai prescrit pour présenter une

demande. Veuillez consulter les dispositions relatives à la **date limite de présentation des demandes de règlement** à la section **Règles et dispositions générales du régime** de la présente brochure.

Aucun formulaire de demande de règlement n'est requis pour la carte de prestations ou la présentation en ligne d'une demande de règlement. Le bureau d'administration du régime peut demander aux participants au régime de présenter leurs reçus pour les demandes de règlement présentées par voie électronique. Ces vérifications aléatoires veillent à la protection du régime. Par conséquent, vous devez conserver vos reçus pendant 13 mois.

PRESTATION DU PROGRAMME D'AIDE AUX PARTICIPANTS

Le programme d'aide aux participants est un service confidentiel de counseling, d'information, de conseils et d'aiguillage offert aux participants au régime et à leurs personnes à charge admissibles.

Les services de counseling sont offerts par les Programmes d'aide aux employés de Services à la famille (**PAESF**). Les personnes assurées peuvent prendre contact directement avec le PAESF 24 heures par jour, 365 jours par année en composant le **1 800 668-9920**. Pour le service TTY, composez le 1 888 234-0414.

Bon nombre de personnes sont parfois submergées par leurs préoccupations personnelles et le stress de la vie quotidienne. Lorsqu'une situation de crise ou d'urgence survient ou que vous avez besoin d'une aide immédiate, il vous suffit de téléphoner à un conseiller professionnel du PAESF.

Cependant, tous les stress de la vie quotidienne ne constituent pas une situation d'urgence. Les participants au régime et les personnes à leur charge peuvent choisir d'aborder avec un conseiller du PAESF diverses questions personnelles quotidiennes comme l'anxiété, la dépression, les problèmes relationnels, les dépendances (y compris l'alcool et le jeu), ou de recevoir du soutien ou de l'information concernant les besoins en matière de soins, de garde d'enfants, de questions liées au travail, de cessation du tabac, de perte de poids, de nutrition et de préoccupations alimentaires, ou même pour obtenir de l'aide juridique ou financière.

Les demandeurs seront immédiatement mis en contact avec un conseiller qualifié du PAESF qui pourra leur fournir de l'aide ou prendre rendez-vous pour une consultation en personne. Le PAESF offre des services de counseling confidentiels partout au Canada et aux États-Unis.

Le personnel du PAESF comprend des travailleurs sociaux et des psychologues chevronnés. Si vous avez besoin de counseling spécialisé ou à plus long terme, le conseiller du PAESF vous aidera en vous aiguillant vers une autre ressource dans votre collectivité. Cet aiguillage peut entraîner des frais. Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements en ligne au :

- <https://paesf.ca/>
- Ouvrez une session en utilisant le nom du groupe : **toloc27map**
- Mot de passe : **myfseap1**

RÉSUMÉ DES SERVICES FOURNIS PAR LE PROGRAMME D'AIDE AUX PARTICIPANTS

Le programme d'aide aux participants offre un accès direct aux conseillers professionnels chevronnés du PAESF qui peuvent vous aider à trouver les réponses et les services qui conviennent. Vous trouverez ci-dessous la liste de certains des domaines pour lesquels le PAESF offre de l'aide confidentielle :

- Situations personnelles ou stress au travail
- Problèmes relationnels
- Dépression ou anxiété
- Dépendances (y compris l'alcoolisme, la toxicomanie et le jeu)
- Séparation et divorce
- Difficultés parentales
- Soins aux aînés et aux enfants
- Conciliation travail-famille
- Aide juridique et financière
- Consultation en matière de nutrition, d'alimentation et de perte de poids
- Cessation du tabac
- Counseling en cas de deuil

CESSATION DE LA GARANTIE DU PROGRAMME D'AIDE AUX PARTICIPANTS

La garantie du programme d'aide aux participants prend fin le jour où il prend sa retraite et a épuisé le montant qui se trouve dans son compte bancaire en dollars. La couverture du participant au régime et de toutes ses personnes à charge se terminera également, selon les modalités énoncées ci-dessus à la section **Renseignements concernant l'admissibilité** de la présente brochure.

GARANTIE EN CAS DE CONGÉ DE DEUIL OU PARENTAL

La garantie en cas de congé de deuil ou de congé parental vise à fournir aux participants une certaine aide financière en cas d'absence du travail en raison de certains événements de la vie.

La garantie en cas de congé parental et de deuil est autofinancée. Les règles d'admissibilité et de cessation sont les mêmes que celles en vigueur pour le régime d'assurance-maladie et de bien-être. Pour être admissible aux garanties, le participant au régime doit également être un membre en règle de la section locale 27 ou 1030 du syndicat.

PRESTATION EN CAS DE DEUIL

Dans le cas malheureux du décès d'un membre de la famille, le participant au régime est admissible à la prestation en cas de deuil du régime, à condition d'avoir travaillé le jour précédent le décès. Seuls les participants au régime sont admissibles à cette prestation. Les personnes à charge des participants au régime ne sont pas admissibles à cette prestation.

QUI EST UN « MEMBRE DE LA FAMILLE » ADMISSIBLE?

Aux fins de la prestation en cas de deuil, le régime définit un membre de la famille admissible du participant au régime comme étant :

- Son conjoint.
- Son enfant, y compris l'enfant de son conjoint.
- Son parent, y compris le parent de son conjoint.
- Son grand-parent.
- Son frère, y compris son beau-frère.
- Sa sœur, y compris sa belle-sœur.

GARANTIE EN CAS DE CONGÉ PARENTAL

Si le participant au régime a un nouveau-né, celui-ci a droit au congé parental à condition d'avoir travaillé la veille de la naissance de l'enfant et de s'être absenté du travail immédiatement après la naissance de ce dernier. Seuls les participants au régime sont admissibles à cette prestation. Les personnes à charge des participants au régime ne sont pas admissibles à cette prestation.

MONTANT DE LA PRESTATION

La prestation en cas de congé de deuil ou congé parental paie un maximum de 150 \$ par jour, jusqu'à concurrence de trois jours ouvrables. Aucune prestation ne sera versée pour un samedi ou un dimanche. Les prestations sont versées à compter du premier jour de perte de revenus à condition que le participant au régime ait été au travail la journée précédant le

décès ou la naissance. Aucune prestation en cas de deuil ne sera versée pour les congés après les funérailles, à moins que le participant au régime ne soit tenu de voyager pour assister aux funérailles.

CARACTÈRE IMPOSABLE DES PRESTATIONS

Les prestations en cas de congé de deuil ou congé parental constituent un revenu imposable du participant au régime dans l'année civile au cours de laquelle elles ont été versées.

En février de chaque année, un participant ayant reçu des prestations au cours de l'année civile précédente recevra un formulaire fiscal officiel indiquant le montant total des prestations lui ayant été versées au cours de l'année civile précédente.

Le participant au régime doit déclarer tout montant de prestation indiqué sur le formulaire fiscal officiel dans sa déclaration de revenus annuelle.

MODE DE PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT AU RÉGIME

Pour présenter une demande de règlement au titre de la garantie en cas de congé de deuil ou du congé parental du régime, le participant au régime doit remplir le formulaire de demande de règlement applicable et fournir une preuve suffisante, notamment :

- Une lettre de l'employeur ou de la section locale du syndicat indiquant que le participant au régime travaillait, le dernier jour de travail et les jours où il n'a pas travaillé en raison du congé.
- Un certificat de décès ou une déclaration du directeur funéraire (pour les prestations de deuil).
- Le certificat de naissance original de votre nouveau-né (pour les prestations de congé parental).

Les formulaires de demande de règlement sont disponibles au bureau d'administration du régime ou en ligne, sur le site Web pour les participants au régime.

Les demandes de règlement pour les prestations en cas de congé de deuil ou congé parental doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date de l'événement visé. Les demandes de règlement présentées en retard ne seront pas réglées.

CESSATION DE LA GARANTIE EN CAS DE CONGÉ DE DEUIL OU PARENTAL

La garantie en cas de congé de deuil ou parental prend fin le jour où il prend sa retraite et a épuisé le montant qui se trouve dans son compte bancaire en dollars. La couverture du participant au régime et de toutes ses personnes à charge se terminera également, selon les modalités énoncées ci-dessus à la section **Renseignements concernant l'admissibilité** de la présente brochure.

RÉGIME D'INDEMNITÉ DE VACANCES

SURVOL DU RÉGIME

Le régime d'indemnité de vacances de la section locale 1030 de Carpenters fournit aux participants au régime leur droit à toute indemnité de vacances accumulées en vertu des dispositions de la convention collective applicable de la section locale 1030, à chaque année de garanties. Le régime effectue un seul versement annuel régulier de l'indemnité de vacances au 1^{er} novembre de chaque année.

Les participants au régime peuvent également choisir de recevoir leur indemnité de vacances accumulées à un autre moment, à condition que le paiement facultatif demandé ne soit pas effectué dans les 60 jours précédant ou suivant le 1^{er} novembre.

La convention collective actuelle de la section locale 1030 exige que chaque entrepreneur ou employeur cotisant verse une contribution au fonds en fiducie pour le droit de vacances de la section locale 1030 de Carpenters. La cotisation pour le droit de vacances est exprimée en pourcentage des paiements bruts reçus au nom des participants au régime de la part des entrepreneurs ou employeurs cotisants.

Vous pouvez prendre connaissance du pourcentage actuellement en vigueur en consultant la convention collective actuelle.

FOIRE AUX QUESTIONS

Les renseignements suivants fournissent des réponses aux questions courantes concernant le fonctionnement du régime d'indemnité de vacances de la section locale 1030. Si vous éprouvez des difficultés à comprendre les règles du régime d'indemnité de vacances ou vos droits en vertu de celui-ci, le bureau d'administration du régime sera ravi de vous aider à répondre à toutes vos questions.

Comment fonctionne le régime d'indemnité de vacances?

Le bureau d'administration du régime établit et tient à jour un « compte » d'indemnité de vacances qui fait état de toutes les cotisations de vacances reçues au nom de chaque participant au régime par tout employeur ou entrepreneur signataire d'une convention collective applicable.

Ces comptes d'indemnité de vacances sont établis pour la période allant du 1^{er} septembre de chaque année au 31 août de l'année suivante, et ils comptabilisent les cotisations de vacances reçues entre le mois de travail de septembre pour une année et la fin du mois de travail d'août de l'année suivante.

Comment les cotisations au fonds en fiducie d'indemnité de vacances sont-elles investies?

Le Conseil de fiduciaires investit les contributions au fonds en fiducie d'indemnité de vacances dans des titres à court terme. Ce type de placement offre la meilleure combinaison de revenu en intérêts et de risque minimum de placement, ce qui permet de disposer rapidement des

fonds en cas de besoin. Le revenu d'intérêts gagné sert principalement à payer les frais d'exploitation du régime d'indemnité de vacances et du fonds en fiducie d'indemnité de vacances.

Les participants au régime reçoivent-ils 100 % de leurs cotisations à l'indemnité de vacances?

Les participants au régime reçoivent toujours 100 % des cotisations auxquelles ils ont droit au titre de l'indemnité de vacances, à condition que l'employeur ou l'entrepreneur concerné ait versé toutes les cotisations du participant au régime au fonds en fiducie d'indemnité de vacances, moins les frais d'administration applicables décrits ci-dessous.

Comment les participants au régime reçoivent-ils leur droit à l'indemnité de vacances?

Le régime prévoit un versement automatique en novembre de chaque année. Le ou vers le 1^{er} novembre de chaque année, le bureau d'administration du régime remet un chèque à la section locale 1030 pour chaque participant au régime admissible, qui comprend tout l'indemnité de vacances accumulées par le participant au régime et les cotisations versées en son nom pendant la période de 12 mois se terminant le 31 août. Le dépôt direct de ces prestations est également possible en prenant contact avec le bureau d'administration du régime.

Un relevé du compte d'indemnité de vacances du participant au régime pour la période de 12 mois précédente est fourni avec le chèque d'indemnité de vacances qui indique les cotisations de vacances reçues au nom du participant au régime et l'employeur ou l'entrepreneur qui les a versées.

Un droit à l'indemnité de vacances peut-il être payé avant le versement annuel automatique de novembre?

Les participants au régime peuvent choisir de recevoir un versement d'indemnité de vacances additionnel tous les ans. Pour obtenir ce versement facultatif, le participant au régime doit remplir le formulaire de demande d'indemnité de vacances, disponible au bureau d'administration du régime.

Le régime ne verse pas de paiements facultatifs au cours de la période de 60 jours précédant ou suivant le 1^{er} novembre (c.-à-d. que les paiements facultatifs ne seront pas versés par le régime entre le 1^{er} septembre et le 1^{er} février de l'année suivante). Le régime n'effectue aucun paiement pendant cette période, puisqu'il est en voie d'effectuer son versement automatique annuel. Des frais d'administration, qui sont établis par les fiduciaires, sont facturés par le régime pour tout versement facultatif.

Un chèque d'indemnité de vacances perdu ou périmé peut-il être réémis?

Lorsqu'un participant au régime perd son chèque d'indemnité de vacances ou qu'il devient périmé, le bureau d'administration du régime peut, sur demande, émettre un nouveau paiement.

Y a-t-il des frais liés à l'obtention du droit d'indemnité de vacances?

Des frais d'administration, qui sont établis par les fiduciaires, s'appliquent à tous les paiements d'indemnité de vacances.

L'indemnité de vacances est-elle assujettie à l'impôt sur le revenu?

Toutes les indemnités de vacances annuelles versées à un participant au régime sont considérées, en vertu des lois fiscales du Canada, comme un revenu imposable pour le participant au régime au cours de l'année civile où elles lui ont été payées

En février de chaque année, un participant ayant reçu une ou des indemnités de vacances au cours de l'année civile précédente recevra du régime un formulaire fiscal officiel indiquant le montant total lui ayant été versé au cours de l'année civile précédente.

RÉGIME DE SERVICES JURIDIQUES

Le régime de services juridiques vise à fournir aux participants au régime une aide financière pour divers services juridiques généraux d'usage courant.

TABLEAUX DES SERVICES COUVERTS

Les prestations du régime de services juridiques ne visent pas à couvrir le coût total des services juridiques qui peuvent être fournis par un avocat. Le tableau ci-dessous indique la prestation maximum payable pour les services juridiques couverts par le régime.

La nature, la portée et la quantité des services juridiques fournis sont une question qui doit être réglée entre le participant au régime et son avocat. Le régime de services juridiques, le fonds en fiducie pour les services juridiques et le Conseil de fiduciaires n'acceptent aucune responsabilité quant à la détermination d'honoraires juridiques raisonnables, au résultat des services juridiques ou au paiement par le participant au régime de tous frais juridiques engagés qui sont supérieurs au tableau des services couverts.

<i>Type de service juridique</i>	<i>Prestation annuelle maximale</i>
Testament – Participant au régime ou conjoint séparément	100 \$
Testament – Participant au régime et conjoint ensemble	150 \$
Codicille au testament – Participant au régime ou conjoint séparément	50 \$
Codicille au testament – Participant et régime ou conjoint ensemble	60 \$
Homologation d'un testament – Participant au régime ou conjoint*	250 \$
Achat, vente ou prêt hypothécaire de la résidence principale du participant au régime	500 \$
Renouvellement ou mainlevée hypothécaire de la résidence principale du participant au régime	50 \$
Rédaction ou examen du bail de la résidence principale du participant au régime	60 \$
Rédaction d'une procuration pour le participant au régime ou son conjoint	60 \$
Adoption d'un enfant par le participant au régime	250 \$
Infraction au Code de la route	300 \$

**ou l'administration de cette succession en l'absence de testament.*

PRESTATION ANNUELLE MAXIMUM GLOBALE POUR L'ANNÉE CIVILE

En plus de la prestation annuelle maximum pour chaque élément indiqué au tableau des services couverts ci-dessus, le régime prévoit également la prestation annuelle maximum globale suivant pour tous les éléments des services juridiques combinés par année civile.

Première année civile de participation au régime 400 \$

Deuxième année civile ou année civile subséquente de participation au régime 1 000 \$

Une année civile est la période de 12 mois commençant le 1^{er} janvier et se terminant le 31 décembre.

Sous réserve de la prestation annuelle maximum globale pour l'année civile, le participant au régime ne peut présenter une demande de règlement pour chaque type de service juridique décrit au tableau des services couverts qu'une fois par année civile. La prestation annuelle maximum globale pour l'année civile comprend toutes les sommes versées à l'égard des services juridiques fournis aux personnes à charge d'un participant au régime.

CHOIX DE L'AVOCAT

Le participant au régime choisit son propre avocat. Le régime de services juridiques ne fournit pas de conseils juridiques et ne recommande pas d'avocats. Le régime de services juridiques exige que l'avocat choisi soit dûment autorisé à exercer le droit dans la province de l'Ontario. Pour être orienté vers un avocat, le participant au régime peut prendre contact avec le Barreau du Haut-Canada au 416 947-3300.

Toutes les questions juridiques concernent strictement la relation entre le participant au régime et l'avocat de son choix, tout comme les honoraires juridiques qui seront facturés par l'avocat. Les fiduciaires ne formuleront aucune opinion quant au type ou à la qualité des services juridiques fournis par un avocat à un participant au régime.

COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Pour présenter une demande de règlement en vertu du régime de services juridiques, veuillez prendre contact avec le bureau d'administration du régime. Ils fourniront le formulaire de demande de règlement approprié que le participant au régime devra remplir. Le participant au régime doit fournir la facture complète de l'avocat retenu pour les services fournis qui sont visés par la demande, notamment :

- Les renseignements sur les services juridiques rendus.
- La date à laquelle les services juridiques ont été rendus.
- Le temps consacré à chaque service juridique rendu.
- Le coût total de chaque service juridique rendu.

Les demandes de règlement des frais juridiques engagés ne seront considérées comme admissibles qu'une fois que le service juridique rendu par l'avocat.

Les demandes de règlement des services juridiques doivent être présentées dans les 180 jours suivant la date à laquelle les dépenses ont été engagées. Les demandes de règlement présentées en retard ne seront pas réglées.

Les paiements provenant du régime de services juridiques ne sont versés qu'au participant. Le régime ne versera aucun paiement à qui que ce soit d'autre, y compris aux avocats ou aux cabinets juridiques.

CARACTÈRE IMPOSABLE DES PRESTATIONS

Toutes les prestations du régime de services juridiques versées à un participant au régime sont considérées, en vertu des lois fiscales du Canada, comme un revenu imposable pour le participant au régime au cours de l'année civile où elles lui ont été payées.

En février de chaque année, un participant ayant reçu des prestations du régime de services juridiques au cours de l'année civile précédente recevra du régime un formulaire fiscal officiel indiquant le montant total lui ayant été versé au cours de l'année civile précédente.

RÈGLES ET DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU RÉGIME

ÉNONCÉ DE LA POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ

Le régime d'assurance-maladie et de bien-être de Carpenters' Residential (et ses assureurs et fournisseurs, le cas échéant), le régime de congé de deuil ou parental, le régime d'indemnité de vacances et le régime de services juridiques (les « régimes ») ne recueillent, conservent et communiquent que les renseignements personnels considérés nécessaires pour l'administration du présent régime. Les renseignements personnels seront protégés conformément aux lois applicables.

Le régime peut utiliser certains renseignements personnels et les transmettre à des personnes ou à des organisations compétentes (syndicat, professionnels de la santé, institutions financières, organismes d'enquête, assureurs, réassureurs, organismes de réglementation, conseillers juridiques, etc.) dans le cadre de l'administration des régimes et de l'admissibilité aux prestations des régimes.

Les questions concernant la politique de confidentialité doivent être adressées au bureau d'administration du régime.

BÉNÉFICIAIRE DÉSIGNÉ

Le participant au régime a le droit de nommer (ou de changer) un bénéficiaire désigné sur sa carte de renseignements du participant, comme l'indique la section Description de la garantie d'assurance-vie de la présente brochure. Il est entendu que la personne désignée comme bénéficiaire en vertu des polices d'assurance du régime sera reconnue comme bénéficiaire désigné en vertu des polices, à moins qu'une autre désignation ait été effectuée afin de viser une ou plusieurs polices. En l'absence de cette désignation, toutes les prestations seront versées à la succession de la personne assurée.

Toutes les autres garanties de la police sont versées au participant au régime. Le participant au régime peut modifier en tout temps son bénéficiaire désigné, lorsque la loi le permet. Le régime et les assureurs n'assument aucune responsabilité quant à la validité de cette désignation ou du changement de bénéficiaire. Le participant au régime devrait revoir périodiquement sa désignation de bénéficiaire existante pour s'assurer qu'elle reflète ses intentions actuelles.

COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT AU RÉGIME

Lorsqu'un participant au régime ou une personne à charge admissible engage des frais admissibles qui sont couverts par l'une des garanties du régime, la demande de règlement doit être présentée au régime. La plupart des demandes de règlement peuvent être présentées au régime de différentes façons, mais toutes les demandes de règlement doivent être présentées correctement, accompagnées de tous les documents requis et avant la date limite de présentation des demandes de règlement.

Les demandes de règlement peuvent être présentées :

- **À la pharmacie, au fournisseur de soins de santé ou chez le dentiste, au moyen de la carte de prestations du régime.**
- **En ligne, en s'inscrivant auprès de Green Shield Canada à l'adresse benefits@carpentersresidential.ca**
- **Au bureau d'administration du régime, par courriel à l'adresse benefits@carpentersresidential.ca**
- **Au bureau d'administration du régime, par télécopieur au 1 905 946-2535**
- **En personne ou par la poste, à l'adresse**

**Régimes de prestations de Carpenters' Residential
45 McIntosh Drive
Markham (Ontario)
L3R 8C7**

Vous pouvez présenter une demande de règlement pour les demandes admissibles au titre de l'assurance-maladie complémentaire et de soins dentaires au moyen de la carte de prestations du régime. Ces demandes de règlement peuvent également être présentées en ligne à Green Shield Canada en suivant les directives indiquées dans la trousse de bienvenue fournie aux nouveaux participants au régime avec leur carte de prestations. Le bureau d'administration du régime peut demander aux participants au régime de présenter leurs reçus pour les demandes de règlement présentées par voie électronique. Ces vérifications aléatoires veillent à la protection du régime. Par conséquent, vous devez conserver vos reçus pendant 13 mois.

Les demandes de règlement des dépenses d'assistance-voyage en cas d'urgence peuvent être présentées soit directement à l'administrateur du régime (si elles sont inférieures à 200 \$), ou en composant le numéro de téléphone de l'assistance-voyage en cas d'urgence inscrit au verso de la carte de prestations.

De plus, ou pour tout autre type de demande de règlement, les participants au régime peuvent communiquer avec le bureau d'administration du régime, qui leur fournira le ou les formulaires de demande de règlement et l'aide nécessaires pour remplir et présenter la

demande de règlement au régime ou à l'assureur, selon les exigences. Afin de traiter rapidement les demandes de règlement, tous les formulaires doivent être remplis de manière exhaustive et claire et indiquer les renseignements suivants :

- Le nom complet, l'adresse postale résidentielle et la date de naissance du demandeur.
- Le nom complet, l'adresse postale résidentielle et la date de naissance du participant au régime.
- Le numéro d'identification du participant au régime.
- Le numéro du contrat d'assurance 10042 de la Financière Manuvie (anciennement les contrats 10077 et 901202) pour les demandes de prestations d'assurance-vie, d'assurance-vie des personnes à charge et d'invalidité de longue durée.
- Le numéro 4932 du groupe d'assistance-voyage de Green Shield Canada, le numéro d'identification du participant au régime et le numéro de la carte d'assurance-maladie du régime provincial du demandeur (pour les demandes d'assistance-voyage en cas d'urgence).
- Le numéro de contrat AB1040403501 de la Compagnie d'assurance-vie CHUBB du Canada (pour les demandes de règlement en cas de décès ou de mutilation par accident et en cas de maladie grave).

Toutes les demandes de règlement (avec les formulaires, les reçus originaux et toutes les pièces justificatives requises) doivent être présentées en ligne ou au bureau d'administration du régime sans tarder.

Le fait de présenter une demande de règlement au régime pour des dépenses qui relèvent de la responsabilité légitime d'une autre partie ou pour une dépense pour laquelle il n'y a eu aucune perte constitue une infraction grave. Par exemple, les demandes de règlement de frais pour une maladie ou une invalidité liée au travail doivent être présentées à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. Les fausses déclarations concernant l'admissibilité des personnes à charge constituent également une infraction grave.

Les fiduciaires prendront des mesures pour recouvrer les fonds versés à un participant au régime ou à un fournisseur de services ou de fournitures si des renseignements frauduleux ont été fournis ou si une demande frauduleuse a été présentée. Les fiduciaires peuvent mettre fin à toutes les garanties d'un participant au régime qui a présenté intentionnellement des réclamations inappropriées ou frauduleuses ou qui a fourni des renseignements inexacts ou trompeurs au régime.

DATES LIMITES DE PRÉSENTATION DES DEMANDES DE RÉGLEMENT

Toutes les demandes de règlement présentées au bureau d'administration du régime ou aux assureurs doivent être transmises avant la date limite.

Les demandes de règlement qui ne sont pas acheminées au régime ou aux assureurs du régime dans les délais prescrits ne seront pas considérées admissibles à un règlement. Par conséquent, nous recommandons que toutes les demandes de règlement soient présentées dès que possible après que les dépenses ou les pertes sont encourues.

GARANTIE	DATE LIMITE DE PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE RÉGLEMENT
Assurance-vie	Dans les 12 mois suivant la date du décès
Assurance-vie d'une personne à charge	Dans les 12 mois suivant la date du décès
Décès ou mutilation par accident	Dans les 30 jours suivant la date de l'accident
Maladie grave	Dans les 30 jours suivant la date du diagnostic
Indemnité hebdomadaire	Dans les 6 mois suivant la date de l'invalidité
Invalidité de longue durée	Dans les 6 mois suivant la fin du premier mois suivant la période d'invalidité de référence
Assurance-maladie complémentaire	Dans les 12 mois suivant la date de la dépense
Assistance-voilage en cas d'urgence	Dans les 48 jours suivant la date de la dépense
Soins dentaires	Dans les 12 mois suivant la date de la dépense
Programme d'aide aux participants	Sans objet
Congé de deuil ou parental	Dans les 12 mois suivant la date de l'événement
Régime de services juridiques	Dans les 180 jours suivant la date de la dépense
Régime d'indemnités vacances	Sans objet

Si vous omettez de fournir un avis ou une preuve de sinistre dans les délais indiqués ci-dessus et décrits dans la présente brochure, la demande de règlement ne sera pas non plus considérée comme nulle si la preuve ou l'avis est fourni sans tarder dans une mesure raisonnable et s'il est démontré que le délai prescrit pour la présentation de la demande de règlement n'était pas suffisant pour fournir l'avis ou la preuve de sinistre. Les assureurs ou le régime n'accepteront en aucun cas un avis de demande de règlement au-delà d'un (1) an.

Lorsqu'un participant au régime cesse d'être admissible aux garanties du régime, ou lorsqu'une garantie est résiliée en vertu du régime, ou lorsqu'un ou plusieurs des contrats d'assurance sont résiliés, une demande de règlement doit être présentée dans les 90 jours suivant la date de la cessation, sauf pour la garantie en cas de décès ou de mutilation par accident et la prestation en cas de maladie grave, pour lesquelles le délai demeure 30 jours, et 48 heures pour l'assistance-voyage en cas d'urgence.

ACTION EN JUSTICE

Un participant au régime ne peut tenter une action en justice contre les assureurs du régime ou le régime moins de 60 jours après le dépôt de la preuve de sinistre, comme il est indiqué à la section **DATES LIMITES DE PRÉSENTATION DES DEMANDES** de la présente brochure. Toutes les actions ou procédures intentées contre les assureurs du régime, ou contre le régime pour le recouvrement de sommes payables en vertu du présent régime, sont absolument interdites à moins qu'elles ne soient intentées dans le délai prévu par la Loi sur les assurances ou la législation applicable.

Les assureurs et le régime ont le droit et la possibilité de faire subir un examen à toute personne dont la blessure ou la maladie est à l'origine de la demande de règlement, au moment et aussi souvent que raisonnablement nécessaire pendant la période d'attente et de paiement, le cas échéant, de cette demande de règlement.

En Ontario, toutes les actions ou procédures intentées contre GSC pour le recouvrement de prestations payées en vertu du présent régime sont absolument interdites à moins qu'elles ne soient intentées dans le délai prévu par la *Loi de 2002 sur la prescription des actions*. En Colombie-Britannique, en Alberta et au Manitoba, toutes les actions ou procédures intentées contre GSC pour le recouvrement de prestations payées en vertu du présent régime sont absolument interdites à moins qu'elles ne soient intentées dans le délai prévu par la *Loi sur les assurances*.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Le paiement des prestations d'assurance-maladie complémentaire, d'assistance-voyage en cas d'urgence et de garantie d'assurance frais dentaires doit être coordonné de sorte que le total des prestations payables par tous les régimes disponibles (à un participant ou aux personnes à charge admissibles) ne dépasse pas 100 % du montant des frais admissibles de la demande de règlement.

À cette fin, les assureurs et le régime ont le droit de recevoir et de divulguer des renseignements sur la couverture des prestations et les paiements de prestations et, au besoin, de percevoir tout paiement en trop. Les procédures de présentation des demandes de règlement, convenues par les assureurs de soins de santé canadiens et les régimes d'avantages sociaux qui seront utilisés pour coordonner le versement des prestations en vertu du présent régime, sont les suivantes :

1. Si les dépenses visées par la demande de règlement ont été engagées par un participant au régime, la demande de règlement doit d'abord être transmise au présent régime. Lorsqu'un solde impayé demeure, la demande de règlement doit être présentée au régime du conjoint du participant en même temps que l'explication des prestations du régime afin que le régime du conjoint sache le montant versé au titre du présent régime.
2. Si les dépenses visées par la demande de règlement ont été engagées par le conjoint du participant au régime, la demande de règlement doit d'abord être présentée au régime du conjoint (si le conjoint est couvert par un régime). Lorsqu'un solde impayé demeure, la demande de règlement doit être présentée au présent régime avec l'explication des prestations du régime du conjoint afin que le régime sache le montant versé au titre du régime du conjoint.
3. Si un enfant à charge engage des dépenses au titre d'une demande de règlement, la demande doit d'abord être présentée au régime qui couvre le parent dont l'anniversaire de naissance survient plus tôt dans l'année civile. Lorsqu'un solde impayé demeure, la demande de règlement doit être présentée au deuxième régime (de l'autre parent) avec l'explication des prestations du premier régime afin que le deuxième sache le montant versé au titre du premier régime. Lorsque le conjoint d'un participant ne dispose pas d'un régime de garanties et que les frais de règlement ne peuvent être présentés qu'à un seul régime, la demande de règlement doit être transmise au présent régime.
4. Lorsqu'un participant au régime et son conjoint sont tous deux couverts par le présent régime à titre de participants au régime, une note explicative doit être jointe au formulaire de demande de règlement pour indiquer au bureau d'administration du régime le nom des participants et les numéros des certificats du régime (identification du participant au régime). Le bureau d'administration du régime réglera la demande de règlement en conséquence.

Le processus de présentation d'une demande de règlement énoncé ci-dessus est la procédure de coordination des prestations convenue par la plupart des régimes d'assurance collective canadiens. Si vous avez besoin de plus amples explications sur le fonctionnement des procédures de coordination des prestations, veuillez prendre contact avec le bureau d'administration du régime.

APPELS DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Lorsque le régime ou les assureurs du régime déterminent que les dépenses visées par les demandes de règlement présentées ne sont pas admissibles à un remboursement en vertu du régime, ou qu'elles ne sont pas nécessaires sur le plan médical, ou qu'elles ne sont ni raisonnables ni habituelles, la demande de règlement (ou une partie de celle-ci) peut être refusée.

Les participants au régime peuvent discuter de la décision rendue à l'égard du traitement de toute demande de règlement présentée dans le cadre du régime. Veuillez prendre contact avec le bureau d'administration du régime pour discuter du paiement ou du non-paiement de toute demande de règlement présentée au régime.

Veuillez écrire au conseil des fiduciaires, à l'attention du bureau d'administration du régime, si un participant au régime croit qu'il existe une circonstance particulière concernant une demande de règlement présentée et qu'il souhaite que la décision y afférent soit revue ou réexaminée (que la demande ait été payée ou non).

BUREAU D'ADMINISTRATION DU RÉGIME

Le conseil des fiduciaires a retenu les services d'un administrateur du régime, **Employee Benefit Plan Services Limited**, pour gérer les activités courantes du régime d'assurance-maladie et de bien-être de Carpenters' Residential, y compris l'administration du régime et le paiement des demandes de règlement pour bon nombre des garanties du régime.

Les fiduciaires s'appuient sur l'expérience de l'administrateur du régime en ce qui a trait à l'admissibilité aux garanties des régimes et à l'admissibilité des dépenses visées par les demandes de règlement présentées.

Les participants au régime peuvent prendre contact avec le bureau d'administration du régime s'ils ont des questions sur les garanties des régimes ou sur les règles administratives concernant le fonctionnement des régimes. Le bureau d'administration du régime est là pour aider les participants au régime. L'administrateur du régime est :

EMPLOYEE BENEFIT PLAN SERVICES LIMITED

45 McIntosh Drive
Markham (Ontario)
L3R 8C7

Numéro sans frais : 1 800 263-3564

Tél. : 905 946-9700

Télécopieur : 905 946-2535

Adresse courriel : benefits@carpentersresidential.ca

www.carpentersresidential.ca

