

PLANO DE SAÚDE E BEM-ESTAR RESIDENCIAL DA CARPENTERS



PLANO DE BENEFÍCIO MELHORADO MANUAL DE INFORMAÇÕES PARA MEMBROS DO PLANO

ATUALIZADO EM 1 DE JULHO DE 2021

WWW.CARPENTERSRESIDENTIAL.CA



ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
RESUMO DOS BENEFÍCIOS.....	2
RESUMO DA SÍNTESE DE BENEFÍCIOS	9
INFORMAÇÕES DE ELEGIBILIDADE.....	11
RECLAMAÇÕES DO SEGURO DE SEGURANÇA NO TRABALHO (WSIB).....	16
BENEFÍCIO DE SEGURO DE VIDA.....	19
BENEFÍCIO DE SEGURO DE VIDA DOS DEPENDENTES.....	20
BENEFÍCIO POR MORTE E DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL.....	21
BENEFÍCIO POR DOENÇA GRAVE.....	32
BENEFÍCIO DE INDEMNIZAÇÃO SEMANAL	36
BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO.....	41
BENEFÍCIO DE SAÚDE COMPLEMENTAR.....	48
BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM.....	56
BENEFÍCIO DE CUIDADOS DENTÁRIOS.....	72
BENEFÍCIO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS MEMBROS.....	79
BENEFÍCIO POR LUTO/LICENÇA PARENTAL.....	81
PLANO DE SUBSÍDIO DE FÉRIAS.....	91
PLANO DE SERVIÇOS JURÍDICOS.....	85
REGRAS E DISPOSIÇÕES GERAIS.....	88
ESCRITÓRIO DE ADMINISTRAÇÃO DO PLANO.....	94

INTRODUÇÃO

Caro Membro do Plano

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

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

O Plano de Saúde e Bem-estar Residencial da Carpenters, o Plano por Luto/Licença Parental, o Plano de Pagamento de Férias e o Plano de Serviços Jurídicos e os Fundos Fiduciários aplicáveis são regidos por Conselhos Fiduciários, nomeados pela Carpenters e Trabalhadores Associados Local 27 e/ou Local 1030 da Carpenters. Os Conselhos de Administração destes Fundos reservam-se o direito de alterar estes Planos a seu absoluto e total critério, conforme adequado e permitido por lei. Qualquer alteração a estes Planos será comunicada a todos os Membros do Plano e considera-se que estas alterações alteram e/ou modificam o Resumo de Benefícios do Plano e este Manual de Informações para Membros do Plano.

Todas as Prestações de Seguro de Vida e de Incapacidade de Longa Duração (LTD) descritas neste Manual e os respetivos direitos são regidos pelas disposições do Número da Apólice de Seguro da Manulife Financial 10042 (anteriormente 10077, 901202, 901857). Todos os benefícios por Morte e Desmembramento Acidental (AD&D) descritos neste Manual e os respetivos direitos são regidos pelas disposições da apólice de seguro CHUBB Life Insurance Company of Canada número AB10403501 (anteriormente, ACE/INA Apólice Número AB10403501). O Benefício de Assistência de Emergência em Viagem (ETA) é fornecido e administrado pela Green Shield Canada (GSC). O Programa de Assistência aos Membros (MAP) é administrado pelos Programas de Assistência aos Funcionários dos Serviços Familiares (FSEAP).

Todos os outros benefícios descritos neste Manual são autofinanciados e fornecidos através dos ativos dos Fundos e regidos pelas disposições dos Textos de Plano oficiais do Plano. As apólices de seguro, contratos e documentos do texto do plano fazem parte dos Documentos oficiais do plano, que estão disponíveis no escritório de administração do plano.

O Conselho Fiduciário contratou a Employee Benefit Plan Services Limited como Administradora do Plano para administrar aspetos do Plano de Saúde e Bem-estar Residencial da Carpenters, incluindo a administração do Plano e supervisão de pagamentos dos benefícios para muitos dos Benefícios do Plano. Leia este Manual de Informações para os Membros do Plano cuidadosamente e guarde-o num local seguro para consulta. Pode entrar em contacto com o Escritório de administração do plano caso tenha alguma dúvida sobre os Benefícios do Plano ou qualquer uma das regras ou procedimentos do Plano.

RESUMO DOS BENEFÍCIOS

Sujeitos às limitações e exclusões indicadas nos Documentos Oficiais do Plano, e conforme descrito neste Manual, os Membros do Plano elegíveis e os seus Dependentes elegíveis qualificam-se para receber os Benefícios do Plano de Benefícios Avançado que estão descritos nas páginas seguintes, a começar pelo resumo dos Benefícios mencionado abaixo.

Pode considerar que o Plano não cobre todas as despesas que pretende que o Plano pague. O Plano é estabelecido para fornecer a mais ampla gama de cobertura adequada para a participação no Plano. Há novos medicamentos e tratamentos que entram no ambiente dos cuidados de saúde ao longo do tempo e os Administradores reservam-se sempre o direito de cobrir, ou não, qualquer um destes e de acrescentar limitações e/ou exclusões à cobertura do Plano.

BENEFÍCIO DE SEGURO DE VIDA

Membro do plano: \$ 150.000

BENEFÍCIO DE SEGURO DE VIDA PARA DEPENDENTES

Cônjuge: \$ 50.000

Cada criança dependente: \$ 10.000

BENEFÍCIO POR MORTE E DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL (AD&D)

Membro do plano:	Soma principal	\$ 200.000
	Benefício por incapacidade permanente e total	\$ 200.000
	Benefício por AD&D no trabalho	\$ 100.000

Cônjuge:	Soma principal	\$ 50.000
-----------------	----------------	-----------

Cada	criança	dependente:	Soma	principal
\$				10.000

\$ 10.000 a

BENEFÍCIO POR DOENÇA GRAVE

Membro do plano: \$ 10.000 para 4 doenças graves específicas elegíveis

BENEFÍCIO DE INDEMNIZAÇÃO SEMANAL (IS)

O benefício máximo de WI devido é de \$ 500 por semana. Os pagamentos de benefícios são integrados nos benefícios de Seguro de desemprego e doenças. Para se qualificar para pagamentos de benefícios de indemnização semanal, o Membro do Plano tem de sofrer de "incapacidade total" (conforme a definição constante no Folheto Informativo aos Membros e no texto do Plano).

Os pagamentos de benefícios de IS são devidos a partir do primeiro dia de um acidente, ou após um período de internamento de 24 horas, ou no 8.º dia de doença, por um período máximo de 26 semanas consecutivas para qualquer causa de incapacidade.

BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO (LTD)

O benefício máximo por LTD devido é de \$ 1.000 por mês. Para se qualificar, o Membro do Plano tem de ter menos de 65 anos e sofrer de "incapacidade total" (conforme a definição constante no Folheto Informativo aos Membros do Plano e no contrato de seguro) por um período contínuo de 182 dias consecutivos. Os pagamentos de benefícios por LTD são devidos até ao dia anterior aos 65 anos de idade, recuperação ou morte.

BENEFÍCIO DE SAÚDE COMPLEMENTAR

Dedutível:	Nenhum
Reembolso:	100% para todos os serviços e materiais elegíveis
Máximo geral:	Ilimitado
Medicamentos sujeitos a receita médica:	Os medicamentos sujeitos a receita médica elegíveis têm de ter um Número de Identificação de Medicamento (DIN) e Certificado de Conformidade, ambos emitidos pela Health Canada
Reembolso:	Com base no custo elegível mais baixo entre um medicamento de marca e um medicamento genérico equivalente (se estiver disponível)
Medicamentos Biológico/biossimilar	O reembolso baseia-se na autorização prévia do custo mais baixo entre um medicamento biológico ou o seu medicamento biossimilar (se estiver disponível)
Valores máximos para medicamentos:	Tratamento com metadona \$ 1.000 vitalício; disfunção erétil \$ 500 por ano; medicamentos para fertilidade \$ 2.500 vitalício; cessação do tabagismo \$ 400 vitalício.
Cuidados oftalmológicos	<p>Lentes, armações e lentes de contacto: máximo de \$ 400 num período de 24 meses. Inclui prescrição óculos de segurança e de prescrição.</p> <p>Óculos de segurança industrial: Máximo de \$ 200 num período consecutivo de 24 meses (apenas Membros do Plano)</p> <p>Cirurgia ocular a laser: \$ 2.000 para toda a vida</p>

	Exames oftalmológicos:	1 exame oftalmológico a cada 12 meses
Especialistas paramédicos	máximo de \$ 500 por especialista por ano civil para quiroprático, psicólogo, massagista registado, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, naturopata, osteopata ou podólogo.	
Aparelhos auditivos	Benefício máximo de \$ 500 em qualquer período consecutivo de 36 meses para a compra de aparelhos auditivos (pilhas não incluídas).	
Ortóteses para pés	Benefício máximo de \$ 500 num período de 24 meses para ortóteses especialmente criadas e moldadas para a pessoa segurada, necessárias para corrigir uma incapacidade física diagnosticada.	
Outros serviços e suprimentos médicos	Ambulância, cuidados de convalescença, cuidados dentários acidentais, equipamentos médicos duradouros (cama hospitalar, cadeira de rodas, cintas, muletas), próteses, raios-X, testes de laboratório, meias cirúrgicas.	
Enfermagem no serviço privado	\$ 10.000 por ano civil	

BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM (ETA)

O Plano oferece cobertura de viagem em caso de **emergência** médica (acima do seu plano de saúde provincial/territorial) e serviços de assistência em viagem para os Membros do Plano e Dependentes elegíveis que sejam **residentes no Canadá, tenham menos de 65 anos e estejam registados no programa de saúde provincial**, e que estejam temporariamente fora da sua província de residência em férias, negócios ou educação.

É importante ler e compreender as regras deste benefício antes da viagem. O Benefício de Assistência de Emergência em Viagem inclui requisitos, limitações e exclusões que podem afetar a sua elegibilidade e/ou o reembolso de despesas médicas incorridas.

Consulte a secção do Benefício de Assistência de Emergência em Viagem deste Manual de Informações para os Membros do Plano para obter mais informações sobre as regras deste benefício. Todos os serviços do Benefício de Assistência de Emergência em Viagem (fornecidos pela Green Shield Canada (GSC)) estão disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Deve contactar a GSC Travel Assistance antes de viajar para qualquer destino, para garantir que você e/ou os seus Dependentes cumprem as condições para a cobertura do Benefício de Assistência de Emergência em Viagem, e que o destino é um país onde a cobertura do Benefício de Assistência de Emergência em Viagem será fornecida.

Para obter assistência, entre em contacto com a GSC Travel Assistance no Canadá e nos Estados Unidos pelo telefone 1-800-265-9977 ou ligue à cobrança para o 1-519-741-8450 se estiver noutro local. O Cartão de Benefícios do Plano inclui todas as informações necessárias para contactar a GSC Travel Assistance para falar sobre uma viagem, a sua elegibilidade ou a do seu Dependente para cobertura, para comunicar pedidos de indemnização por uma emergência médica, ou para receber assistência em viagem ou outras informações sobre a sua viagem.

Máximos de Cobertura de Emergência Médica em Viagem

\$ 5.000.000 por pessoa segurada, por incidente

Duração máxima da viagem de 60 dias consecutivos por viagem

Serviços de Assistência de Emergência em Viagem

É oferecida cobertura para uma série de serviços específicos de assistência e aconselhamento em viagem.

Máximo de Cobertura para Indicação Médica

\$ 50.000 por pessoa segurada, por ano civil (requer autorização prévia).

É extremamente importante contactar a GSC Travel Assistance antes de obter tratamento médico de emergência (se possível), ou pedir a alguém que ligue em nome da pessoa segurada no prazo de 48 horas se for clinicamente impossível que a própria pessoa segurada efetue a chamada.

Entende-se por **emergência** uma lesão súbita e inesperada, doença ou episódio agudo de uma doença que requer atenção médica imediata e que não poderia ter sido razoavelmente prevista com base na condição médica anterior do paciente.

Não deve haver uma doença **preexistente** presente. A pessoa segurada tem de estar em estado clínico **estável** durante o período de 90 dias antes da viagem.

BENEFÍCIO DE CUIDADOS DENTÁRIOS

Dedutível:	Nenhum
Reembolso:	100% para serviços odontológicos básicos; 60% para os principais serviços dentários; 60% para serviços ortodônticos.
Programa da Guia de honorários dentários:	Os benefícios dentários são reembolsados de acordo com a Guia de honorários sugeridos da Associação Dentária em vigor na data em que a despesa é incorrida, na província ou território onde o serviço é prestado.

Benefício odontológico máximo por Membro do Plano e por cada Dependente Elegível

Serviços dentários básicos e avançados:	\$ 3.500 por ano civil para serviços básicos e avançados combinados
Serviços ortodônticos:	\$ 2.500 vitalício. Apenas para crianças dependentes com menos de 19 anos de idade. Plano de pré-tratamento necessário.
Serviços básicos:	Diagnóstico, cuidados preventivos, cuidados restaurativos, cirurgia, obturações, anestesia, 1 série completa de radiografias, 1 conjunto de radiografias "bitewing", polimento, tratamento com flúor tópico, raspagem periodontal.
Exames de rotina:	1 exame de rotina a cada 6 meses
Exames completos:	1 exame oral completo a cada 24 meses
Serviços avançados:	Coroas, pontes, dentaduras pontes de substituição/próteses dentárias cobertas a cada 5 anos

BENEFÍCIO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS MEMBROS (MAP)

Há aconselhamento confidencial, informações, consultoria e serviços de indicação disponíveis para os Membros do Plano e os seus Dependentes elegíveis. Os serviços são fornecidos pelo FSEAP 24 horas por dia, todos os dias do ano. Entre em contacto diretamente com a FSEAP pelo telefone 1-800-668-9920 ou online pelo site www.myfseap.com (Nome do grupo: toloc27map / palavra-passe: myfseap1).

BENEFÍCIO DE SOBREVIVÊNCIA

Após a morte de um Membro elegível do Plano, os Dependentes sobreviventes elegíveis (p. ex., cônjuge e/ou filhos) continuarão a ser segurados pelo Plano de Cuidados de Saúde Complementares, Assistência de Emergência em Viagem, Cuidados Odontológicos e Benefícios do Programa de Assistência aos Membros por um período de 30 meses consecutivos que se iniciam após a conta bancária do Membro do Plano no Dollar Bank ter sido esgotada. Não será necessário nenhum pagamento para continuar a cobertura durante esta extensão do período de benefícios.

BENEFÍCIO POR LUTO/LICENÇA PARENTAL

Se sofrer a perda de um membro da família elegível, poderá receber o pagamento pela morte do familiar. Deve estar a trabalhar ativamente, obter uma carta do seu empregador a indicar o seu último dia de trabalho e os dias que não trabalhou como resultado, e fornecer uma certidão de óbito original ou declaração de óbito. Os membros da família elegíveis incluem cônjuge, filho/filha*, pai/mãe*, avô/avó, irmão*, irmã* (*ou quaisquer parentes diretos dos cônjuges).

O benefício é de no máximo \$ 150 por dia, por um máximo de até três dias úteis e é devido a partir do primeiro dia de rendimentos perdidos devido ao luto, considerando que estava no trabalho no dia anterior.

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

PLANO DE PAGAMENTO DE FÉRIAS

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

Os Membros do Plano também têm a opção de receber os seus benefícios de subsídio de férias auferidos num outro momento durante o ano de benefícios, desde que o pagamento opcional solicitado não esteja dentro de um período de 60 dias antes ou depois de 1 de novembro (ou seja, não serão emitidos pagamentos opcionais pelo Plano entre 1 de setembro e 1 de fevereiro do ano seguinte).

PLANO DE SERVIÇOS JURÍDICOS

Os benefícios do Plano de Serviços Jurídicos destinam-se a fornecer aos Membros do Plano assistência financeira para serviços jurídicos gerais, tais como redação de testamentos, procurações, transações imobiliárias, procedimentos de adoção, etc.

Leia o Programa de Benefícios na secção do Plano de Serviços Jurídicos do Folheto Informativo aos Membros do Plano para obter mais informações sobre os benefícios máximos anuais, que dependem do tipo de serviço jurídico utilizado. O Plano também tem os máximos do ano civil para todos os serviços jurídicos combinados, que dependem dos seus anos enquanto Membro elegível do Plano.

SÍNTESE DOS BENEFÍCIOS

As páginas seguintes deste Resumo dos Benefícios fornecem um resumo mais detalhado e de referência sobre os Benefícios disponíveis para os Membros do Plano elegíveis e as disposições que se aplicam.

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



Resumo do plano de benefícios avançado (a partir de 1 de janeiro de 2021)

Benefício/Prestação de benefícios	Cobertura/regra do plano de benefícios de saúde
Disposições gerais do plano	
Desembolso mensal do Dollar Bank	\$ 380
Limite máximo do Dollar Bank	\$ 4.560 (12 meses de benefícios)
Elegibilidade inicial	1º dia do 2º mês, após o mês, o associado acumula \$ 1.140 no Dollar Bank
Elegibilidade de reintegração	Se a reintegração ocorrer dentro de 12 meses, quando o associado tiver \$ 380 no Dollar Bank Se a reintegração ocorrer após 12 meses, aplica-se a regra de elegibilidade inicial
Opções de pagamento direto dos planos * (mais imposto provincial aplicável)	Plano A - Todos os benefícios, exceto WI e LTD - \$ 300 por mês* Plano B - Apenas seguro de vida - \$ 30 por mês*
Duração do Pagamento Direto	Máximo de 12 meses (WSIB até aos 65 anos)
Definição para dependentes - cônjuge	Casamento legal, lei comum com residência conjunta de 12 meses
Definição para dependentes - Filhos	Com idade inferior a 22 anos ou inferior a 25 anos caso esteja matriculado numa instituição de ensino.
Rescisão da cobertura	Reforma (salvo indicação em contrário em cada provisão de benefício)
Seguro de vida	
Valor do benefício	\$ 150.000
Rescisão da cobertura	Reforma (outras cláusulas de rescisão padrão aplicáveis)
Seguro de vida dos dependentes	
Valor do benefício do cônjuge	\$ 50.000
Valor do benefício dos filhos	\$ 10.000
Rescisão da cobertura	Reforma (outras cláusulas de rescisão padrão aplicáveis)
Morte e desmembramento acidental (AD&D)	
Valor principal do Membro	\$ 200.000
Valor principal do cônjuge	\$ 50.000
Quantia principal do filho	\$ 10.000
Benefício de incapacidade permanente e total	Soma global do benefício de \$ 200.000. "Qualquer profissão" definição de incapacidade. Termina aos 65 anos.
Relação de danos	Total
Benefícios de AD&D periféricos	Total
Rescisão da cobertura	Reforma (outras cláusulas de rescisão padrão aplicáveis)
AD&D no trabalho	
	\$ 100.000 - A mesma relação de danos do benefício AD&D. Termina aos 75 anos.
Doença grave	
	Montante fixo de \$ 10.000 por 4 doenças críticas elegíveis. Termina aos 65 anos.
Indemnização semanal	
Valor do benefício semanal	\$ 500
Período de qualificação	1º dia de internamento. 1º dia do acidente 8º dia da doença.
Definição de incapacidade	"Trabalhador independente"
Duração máxima do benefício	26 semanas
Compensações de benefícios diretos	Seguro de desemprego
Rescisão da cobertura	Reforma (outras cláusulas de rescisão padrão aplicáveis)
Incapacidade de longo prazo	
Valor mensal de benefício	\$ 1.000
Período de qualificação	26 semanas contínuas de incapacidade total.
Definição de incapacidade	"Trabalhador independente" durante os primeiros 24 meses de incapacidade, "Qualquer profissão" após 24 meses
Duração máxima do benefício	Até aos 65 anos
Compensações de benefícios diretos	Benefícios do WSIB
Compensações de benefícios indiretos	Várias fontes de rendimento - todo o limite da fonte 85% do rendimento bruto de pré-incapacidade
Limitação de condição preexistente	Incapacidades tratadas 90 dias antes podem não ser reclamadas durante os primeiros 6 meses
Rescisão da cobertura	65 anos ou reforma antecipada - (outras disposições de rescisão padrão aplicáveis)
Benefício de pagamento em caso de luto	
Benefício máximo e período de pagamento	Benefício máximo de \$ 150 por dia, máximo de 3 dias
Membros da família elegíveis	Cônjuge, filho(a), pai/mãe, avô/avó, irmão, irmã (ou quaisquer parentes diretos dos cônjuges).
Prova obrigatória da reclamação	Deve estar ativo no trabalho, fornecer nota do empregador e certidão de óbito
Benefício de licença parental	
Benefício máximo e período de pagamento	Benefício máximo de \$ 150 por dia, máximo de 3 dias
Membros da família elegíveis	Criança recém-nascida
Prova obrigatória da reclamação	Deve estar ativo no trabalho, fornecer nota do empregador e certidão de nascimento

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



Resumo do plano de benefícios avançado (a partir de 1 de janeiro de 2021)

Benefício/Prestação de benefícios	Cobertura/regra do plano de benefícios de saúde
Cuidados de saúde complementares	Deve estar devidamente registado no Plano provincial de saúde aplicável
Dedutível	Nenhum
Cosseguro	100% para todos os serviços e fornecimentos
Pagamento direto de medicamentos com cartão	Sim
Reembolso para medicamentos sujeitos à receita médica	Medicamentos de marca ou genéricos - 100% do medicamento alternativo de custo mais baixo. Medicamentos biológicos ou biossimilares (requerem autorização prévia) - 100% da alternativa de custo mais baixo (se disponível)
Taxa de distribuição máxima	N/A
Máximo para seguro de saúde vitalício geral	Ilimitado
Máximo para medicamentos com receita médica	Metadona \$ 1,000 vitalício; Disfunção erétil \$ 500 / ano; Medicação de fertilidade - \$ 2.500; Parar de fumar \$ 400 vitalícios. Inclui insulina e materiais para diabéticos, soros para alergias, vacinas e toxoides, medicamentos injetáveis, escleroterapia (máximo de \$ 20/consulta), DIU e diafragmas
Enfermagem em serviço privado	\$ 10.000 por ano civil
Serviços de paramédicos	\$ 500 por médico por cada ano civil - quiroprático, osteopata, podólogo, fisioterapeuta, naturopata, terapeuta da fala e terapeuta de massagens, psicólogo
Ortótese/Sapatos ortopédicos	\$ 500 /24 meses para ortopedia. \$ 500 /24 meses para calçado ortopédico.
Aparelhos auditivos	\$ 500 /36 meses
Cuidados oftalmológicos (receitados por um médico)	\$ 400/24 meses para lentes, armações, lentes de contacto, óculos de sol ou óculos de segurança industrial
Cirurgia ocular a laser	\$ 2.000 vitalícios para cirurgia a laser
Óculos de segurança industrial (com receita médica)	\$ 200/24 meses (apenas Membros do Plano)
Exames oftalmológicos	1 exame oftalmológico a cada 12 meses
Serviços de transporte médico	Ambulância de emergência
Serviços médicos e fornecimentos	Cuidados para convalescentes, equipamento médico duradouro (cama hospitalar, cadeira de rodas, cintas, muletas), próteses, raio-X, testes de laboratório, fornecimentos para diabéticos, meias cirúrgicas, etc.
Serviços odontológicos em caso de acidente	Sujeito a taxas e custos razoáveis
Benefício de sobrevivência (para dependentes)	Saldo do associado no Dollar Bank, além de uma extensão de 30 meses
Rescisão da cobertura	Reforma (outras cláusulas de rescisão padrão aplicáveis)
Assistência de viagem de emergência	Duração máxima da viagem de 60 dias - deve entrar em contacto com a Green Shield dentro de 48 horas
Benefício médico máximo de viagem de emergência	\$ 5.000.000 por incidente de emergência médica na província
Benefício máximo médico de referência	\$ 50.000 de cobertura de consulta fora da província por ano civil
Rescisão da cobertura	65 anos ou reforma antecipada - (outras disposições de rescisão padrão aplicáveis)
Cuidados dentários	
Dedutível	Nenhum
Serviços básicos de cosseguro	100 %
Serviços principais de cosseguro	60%
Serviços ortodônticos de cosseguro	60%
Serviços básicos máximos anuais	\$ 3.500
Serviços principais máximos anuais	Combinado com o máximo de serviços básicos
Serviços ortodônticos máximos vitalícios	\$ 2.500
Tabela de guia de taxas	Guia atual da taxa dentária de Ontário (ODA)
Serviços básicos incluídos	Diagnóstico, preventivo, restaurador, cirurgia, preenchimentos, anestesia
Exame completo	1 exame a cada 24 meses
Exames de rotina	1 exame a cada 6 meses
Radiografias	1 série completa a cada 12 meses
Raios X Bitewing	1 conjunto a cada 12 meses
Polimento	Coberto
Tratamento tópico com flúor	Coberto
Escala periodontal	8 unidades a cada ano civil
Principais serviços incluídos	Coroas, pontes, dentaduras
Pontes de substituição/dentaduras	Coberto a cada 5 anos
Serviços ortodônticos	Filhos com idade inferior a 19 anos. Plano de tratamento necessário.
Benefício de sobrevivência (para dependentes)	Saldo do associado no Dollar Bank, além de uma extensão de 30 meses
Rescisão da cobertura	Reforma (outras cláusulas de rescisão padrão aplicáveis)
Programa de assistência aos membros	Aconselhamento confidencial e serviços de consultoria. Termina na reforma

INFORMAÇÕES DE ELEGIBILIDADE

QUEM PODE SER ELEGÍVEL PARA OS BENEFÍCIOS DO PLANO

Os benefícios do Plano são fornecidos apenas aos Membros elegíveis em situação regular com o sindicato Local 27 ou Local 1030 do Carpenters' Union ou aos Diretores do sindicato Local 27 ou local 1030, em nome dos quais foram feitas contribuições ao Fundo e que cumprem os requisitos de elegibilidade para os benefícios do plano, conforme descrito neste Manual.

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

Todos os Membros do Plano elegíveis e os seus Dependentes elegíveis devem residir no Canadá e devem estar cobertos pelo plano de saúde do governo provincial aplicável.

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

Para se qualificar para os benefícios do Plano, um Membro do Plano deve primeiro preencher e enviar um Cartão de Informações de Membro para o Escritório de administração do plano. Os cartões de informações de membro estão disponíveis no Escritório do Sindicado ou no Escritório de administração do plano. É importante manter o seu Cartão de Informações de Membro atualizado e informar o Escritório de administração do plano se houver alguma alteração nas informações já fornecidas.

O Escritório de administração do plano estabelecerá uma conta bancária no Dollar Bank para cada membro do plano elegível e depositará nessa conta todas as contribuições do empregador para o Plano recebidas pelo Escritório de administração do plano.

A cobertura do Plano para os membros do plano e respetivos Dependentes elegíveis terá início no primeiro dia do segundo mês, após o mês em que o saldo da Conta no Dollar Bank de um Membro do Plano for de pelo menos três vezes a Dedução Mensal no Dollar Bank. Com base na Dedução Mensal do Dollar Bank requerida pelo Plano a partir da data em que este Manual de Informações para Membros do Plano foi preparado, o saldo inicial requerido da Conta do Dollar Bank é de \$ 1.140.

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

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

A cada mês, será deduzida uma quantia que representa o custo mensal dos benefícios do plano da conta do membro do plano no Dollar Bank. Esta quantia é referida como a dedução mensal do Dollar Bank. A partir da data em que este Manual de Informações para Membros do Plano foi preparado, a Dedução Mensal do Dollar Bank requerida é de \$ 380.

Um membro do plano permanecerá coberto pelos benefícios do plano (sujeito às disposições de elegibilidade e rescisão descritas neste Manual), considerando que o membro do plano tenha o valor mínimo de dedução mensal no Dollar Bank na sua Conta Bancária no Dollar Bank para cada mês de cobertura.

Em qualquer mês em que o administrador do plano receber contribuições em nome de um membro do plano que excedam a dedução mensal no Dollar Bank, o excesso permanecerá na conta do Dollar Bank do membro do plano, até um saldo máximo na conta do Dollar Bank de \$ 4.560.

O saldo máximo da Conta Bancária do Dollar Bank (que está sujeito a alterações conforme descrito previamente) representa 12 meses de deduções mensais do Dollar Bank. Um membro do plano que tenha o saldo máximo na conta do Dollar Bank permanecerá coberto pelo Plano por até 12 meses.

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

O Escritório de administração do plano enviará uma notificação a um membro do plano se o saldo da sua conta no Dollar Bank não tiver uma dedução mensal no Dollar Bank.

Nesse caso, um Membro qualificado do plano pode ser elegível para fazer pagamentos mensais por Pagamento Direto por até 12 meses consecutivos, para permanecer elegível aos benefícios. Apenas os Membros do Plano que permaneçam Membros em situação regular com o sindicato Local 27 ou Local 1030 do Carpenters' Union podem ser cobertos pela extensão de benefícios do Pagamento Direto.

O Escritório de administração do plano aconselhará os membros do plano qualificados sobre a sua opção de efetuar pagamentos pelo Plano de Pagamento Direto para o plano e o programa de pagamento obrigatório. Para permanecer como um membro do plano elegível, todos os pagamentos do plano de Pagamento Direto devem ser recebidos pelo plano quando devido e estão sujeitos aos impostos provinciais aplicáveis, atualmente 8% em Ontário (Imposto sobre vendas a retalho, RST).

A partir da data em que este Manual de Informações para os Membros do Plano foi preparado, um Membro do Plano qualificado tem a opção de prolongar a cobertura ao fazer pagamentos mensais por Pagamento Direto com base numa das seguintes opções de Pagamento Direto:

Plano A - um Plano de Pagamento Direto mensal de \$ 300 (mais impostos aplicáveis) que fornece todos os benefícios do Plano, excluindo os Benefícios de Indemnização Semanal e de Incapacidade de Longa Duração; ou

Plano B - um Plano de Pagamento Direto mensal de \$ 30 (mais impostos aplicáveis) que fornece apenas o benefício do Seguro de Vida aplicável aos Membros do Plano (não para quaisquer Dependentes elegíveis).

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

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

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

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

Se a cobertura de um membro do plano foi encerrada por um período de 12 meses consecutivos ou mais, o membro do plano será novamente elegível para benefícios no primeiro dia do segundo mês, após o mês em que o saldo da conta do membro no Dollar Bank for pelo menos 3 vezes a dedução mensal necessária do Dollar Bank descrita acima.

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

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

Os Dependentes elegíveis de um Membro do Plano deverão incluir apenas as seguintes pessoas que são residentes no Canadá e que estejam cobertas pelo seu plano de saúde provincial aplicável:

Cônjuge

- a) o cônjuge de um membro do plano inclui uma pessoa legalmente casada com o membro do plano como resultado de uma cerimónia civil ou religiosa válida e exclui uma pessoa divorciada ou separada do membro do plano; ou
- b) companheiro(a) de um membro do plano com o qual o membro do plano tem coabitado continuamente e representado publicamente como o seu cônjuge casado por um período não inferior a 12 meses consecutivos, imediatamente antes da data dos serviços para os quais é feito um primeiro pedido.

Filho/filhos

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

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

- c) Um Filho com incapacidade funcional, coberto como Dependente, permanecerá coberto além de qualquer idade limite para Dependentes, desde que o Filho seja incapaz de obter um emprego autossustentável e seja totalmente dependente do Membro do Plano para apoio e manutenção.

QUANDO É QUE A ELEGIBILIDADE PARA OS BENEFÍCIOS DO PLANO TERMINA?

A cobertura de um Membro do Plano, incluindo cobertura para quaisquer Dependentes elegíveis, terminará, no âmbito do Plano de Saúde e Bem-estar, na primeira das seguintes datas:

1. o primeiro dia do mês para o qual um membro do plano tenha menos do que a dedução mensal no Dollar Bank necessária na sua conta no Dollar Bank;
2. o primeiro dia do mês para o qual o membro do plano não efetuou o pagamento por Pagamento Direto necessário ou para o qual o membro do plano deixa de ser elegível para efetuar pagamentos pelo Pagamento Direto;
3. o dia em que um membro do plano deixar de ser um membro em situação regular com o sindicato Local 27 ou Local 1030 e for suspenso ou expulso, e enquanto o membro do plano permanecer suspenso ou expulso;
4. o dia em que um membro do plano inicia o serviço ativo nas Forças Armadas de qualquer país, estado ou organização internacional;
5. a data em que a cobertura ou apólice termina em relação ao(s) benefício(s) coberto(s) por essa apólice;
6. o dia em que um membro do plano se aposenta e esgotou o montante na sua conta no Dollar Bank;
7. para o Benefício por Incapacidade Permanente e Total, Doença Grave, Benefícios por Incapacidade de Longa Duração e Assistência de Emergência em Viagem, no dia anterior ao dia em que um Membro do Plano atinge os 65 anos ou se reforma. Se o membro do plano cumprir completamente o Período de Incapacidade Elegível para incapacidade de longa duração com 64 anos de idade e for considerado elegível para benefícios por incapacidade, os pagamentos de benefícios por incapacidade de longa duração podem ser devidos por um período máximo de 12 meses;
8. para o benefício por AD&D no trabalho, no dia anterior ao dia em que um Membro do Plano atinge a idade de 75 anos ou se aposenta;
9. a data de término estabelecida de acordo com qualquer disposição de rescisão descrita em cada descrição de benefício ao longo deste Manual.

A cobertura para os Dependentes elegíveis de um Membro do Plano será encerrada ao mesmo tempo que a cobertura de um Membro do Plano será rescindida conforme descrito acima. Além disso, a cobertura de um Dependente será rescindida se/quando o Dependente deixar de se qualificar como um Dependente elegível, conforme descrito acima.

Tenha em conta que determinados benefícios podem ser prolongados pelas Seguradoras a um Membro do Plano com incapacidades (além do término de benefícios do Membro do Plano e/ou além do término do Plano de benefícios). Consulte a **secção Descrição dos benefícios** deste Manual para mais informações.

SEGURO DE SEGURANÇA NO TRABALHO

da Compensação do Trabalhador (WSIB) são devidos de acordo com a Lei de Segurança e Seguros no Local de Trabalho em Ontário, a Conta do Membro do Plano no Dollar Bank será congelada e o mesmo e os seus Dependentes elegíveis permanecerão cobertos pelos Benefícios do Plano enquanto o Membro do Plano estiver a receber os benefícios do WSIB durante um período máximo de 12 meses.

Embora o Escritório de administração do plano tenha organizado um processo com empregadores contribuintes e o Escritório do Sindicato para receber notificações de qualquer incapacidade relacionada com o trabalho, o facto é que um membro do plano que receba os benefícios do WSIB pode ser negligenciado e pode não receber o seu devido crédito no âmbito do plano.

Os Membros do Plano que sofrem de uma incapacidade relacionada com o trabalho devem notificar o Escritório de administração do plano diretamente, fornecer comprovativos de que estão a receber benefícios por WSIB, fornecer a data da incapacidade e, se conhecida, a data esperada de recuperação para garantir que o crédito do WSIB aplicável é recebido no âmbito do plano.

ASSISTÊNCIA COM RECLAMAÇÕES DE SEGURANÇA E SEGURO NO LOCAL DE TRABALHO (WSIB)

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

O que fazer se tiver um acidente de trabalho

1. Relate os danos ao seu empregador imediatamente.
2. Consulte um médico ou outro profissional de saúde e certifique-se de que preenchem um "**Relatório do profissional de saúde (Formulário 8)**".
3. Entre em contacto com o Sindicato do Local 27 ou 1030 para comunicar o acidente. Nancy Amico, através do número (905) 652-4140, extensão 606, dá assistência aos Membros do Plano na candidatura aos benefícios do WSIB.
4. Preencha o "**Relatório de lesões do trabalhador (Formulário 6)**". Devem ser enviadas cópias do **Formulário 6** preenchido para o WSIB e para o seu empregador. O Sindicato Local 27 ou 1030 pode ajudá-lo com isso.
5. Entre em contacto com o Escritório de Administração do Plano para relatar o acidente e apresentar uma reclamação para o benefício de Incapacidade de Longo Prazo do Plano;
6. Candidate-se a benefícios por incapacidade pelo EI e/ou CPP.

Recursos de reclamação do WSIB

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

Obrigação do empregador de reemprego e do seu regresso ao trabalho

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

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

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

Perda de benefícios de rendimento e informações fiscais

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

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

Contactar o escritório do Sindicato Local 27 ou 1030 para Assistência do WSIB

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

Para perguntas e representações relativas a **recursos de reclamações do WSIB** e/ou **questões relativas ao regresso ao trabalho** ou reuniões de trabalho, pode entrar em contacto com **Sally Chiappetta-Scapin em (905) 652-4140, extensão 239, ou Michael Farago em (905) 652-4140, extensão 222**.

A Sally e o Michael representam os trabalhadores nas reuniões de regresso ao trabalho do WSIB e nos recursos de reclamações do WSIB, perante o Conselho de Segurança e Seguro no Local de Trabalho e o Tribunal da Recursos.

DESCRIÇÃO DOS BENEFÍCIOS

BENEFÍCIO DE SEGURO DE VIDA

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

DESIGNAÇÃO DE UM BENEFICIÁRIO

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

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

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

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

PRIVILÉGIO DE CONVERSÃO DE BENEFÍCIO DE SEGURO DE VIDA

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

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

TRIBUTAÇÃO DO PRÉMIO DO SEGURO DE VIDA PAGO

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

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

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

TÉRMINO DO BENEFÍCIO DE SEGURO DE VIDA

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

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE SEGURO DE VIDA OBRIGATÓRIO

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

BENEFÍCIO DE SEGURO DE VIDA PARA DEPENDENTES

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

PRIVILÉGIO DE CONVERSÃO DO SEGURO DE VIDA DOS DEPENDENTES

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

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

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

TRIBUTAÇÃO DO PRÉMIO DO SEGURO DE VIDA DOS DEPENDENTES PAGO

Quaisquer prémios de Seguro de Vida dos dependentes pagos pelo Fundo em nome de um Membro do Plano são considerados, de acordo com as leis tributárias canadianas, como um benefício tributável para o Membro do Plano no ano civil em que foi pago.

Em fevereiro de cada ano, um Membro do Plano coberto pelo Benefício de Seguro de Vida dos Dependentes do plano no ano civil anterior receberá um formulário de imposto oficial do Plano que indica o valor total do prêmio do Seguro de Vida dos Dependentes pago (juntamente com quaisquer outros prêmios tributáveis) em nome do Membro do Plano pelo Fundo no ano civil anterior.

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

TÉRMINO DO BENEFÍCIO DE SEGURO DE VIDA DOS DEPENDENTES

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

FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO DE SEGURO DE VIDA DOS DEPENDENTES OBRIGATÓRIO

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

BENEFÍCIO POR MORTE E DESMEMBRAMENTO

BENEFÍCIO POR MORTE ACIDENTAL (MEMBROS DO PLANO E DEPENDENTES)

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

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

Os Dependentes elegíveis de um Membro do Plano também são cobertos pelo Benefício por Morte Acidental.

As Quantias Principais para um Cônjuge e cada Filho Dependente estão indicadas na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual e são pagas ao Membro do Plano.

BENEFÍCIO POR MORTE ACIDENTAL NO TRABALHO (APENAS PARA MEMBROS DO PLANO)

Dentro de 365 dias após a morte acidental no trabalho, e após a receção do devido comprovativo de perda satisfatório para a Seguradora, o Beneficiário Designado do Membro do Plano receberá o Benefício por Morte Acidental no Trabalho indicado na

secção **Resumo de Benefícios** deste Manual. Uma morte acidental no trabalho é o resultado de um acidente que ocorre quando um membro do Plano, que tem menos de 75 anos, está:

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

BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE TOTAL PERMANENTE (APENAS PARA MEMBROS DO PLANO)

Após um ano (12 meses) de "**Incapacidade Total Continuada**", se o Membro do Plano com menos de 65 anos se tornar "**Permanente e Totalmente Incapacitado**", a Seguradora pagará o Benefício Total de Incapacidade Permanente indicado na secção **Resumo dos Benefícios** deste Manual para o membro do plano. A Seguradora deduzirá quaisquer pagamentos feitos no âmbito do Programa de Perda de Benefício por Desmembramento Acidental (consultar mais abaixo), por conta destes danos.

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

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

BENEFÍCIO POR DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL (MEMBROS DO PLANO E DEPENDENTES) E BENEFÍCIO POR DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL NO TRABALHO (MEMBROS DO PLANO)

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

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

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

Além do Benefício por Desmembramento Acidental, a Seguradora também paga 200% da Soma Principal do Desmembramento Acidental no Trabalho aplicável descrita na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual ao Membro do Plano no caso de o Membro do Plano, que tem menos de 75 anos, sofrer qualquer das perdas acidentais listadas abaixo devido a um Acidente no trabalho.

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

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

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

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

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

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

A Seguradora paga 25% da Soma Principal do Desmembramento Acidental aplicável descrita na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual ao Membro do Plano no caso de um Membro do Plano sofrer as perdas acidentais listadas abaixo. Além do Benefício por Desmembramento Acidental, a Seguradora também paga 25% da Soma Principal do Desmembramento Acidental no Trabalho aplicável descrita na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual ao Membro do Plano no caso de o Membro do Plano, que tem menos de 75 anos, sofrer qualquer das perdas acidentais listadas abaixo devido a um Acidente no trabalho.

- Perda de todos os dedos do mesmo pé

DEFINIÇÕES DE DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BENEFÍCIOS ADICIONAIS POR AD&D (MEMBROS DO PLANO E DEPENDENTES)

BENEFÍCIO POR EXPOSIÇÃO E DESAPARECIMENTO

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

BENEFÍCIO DE REPATRIAÇÃO

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

BENEFÍCIO DE REABILITAÇÃO

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

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

BENEFÍCIO DE TRANSPORTE DE FAMILIARES

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

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

BENEFÍCIO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CÔNJUGE

Quando os danos a um Membro do Plano resultarem num pagamento a ser feito pela Seguradora no âmbito do Benefício por Morte Acidental, além disso, a Seguradora pagará as despesas realmente incorridas, dentro de 365 dias da data do acidente, pelo Cônjuge do Membro do Plano num programa formal de formação profissional com o propósito de qualificar especificamente tal Cônjuge para obter um emprego ativo numa profissão para a qual o Cônjuge não teria qualificações suficientes. O máximo devido não deve exceder o valor de \$ 15.000.

BENEFÍCIO DE ALTERAÇÃO EM CASA E DE MODIFICAÇÃO DO VEÍCULO

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

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

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

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

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

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

BENEFÍCIO DE CRECHE

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

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

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

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

BENEFÍCIO ESPECIAL DE EDUCAÇÃO

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

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

BENEFÍCIO DE LUTO

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

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

BENEFÍCIO DE RENDIMENTO MENSAL DURANTE O INTERNAMENTO NO HOSPITAL

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

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

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

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

BENEFÍCIO POR DESFIGURAÇÃO ESTÉTICA

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

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

Canela (abaixo do joelho)	3	9,0%	27,0%
---------------------------	---	------	-------

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

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

BENEFÍCIO DO CINTO DE SEGURANÇA

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

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

BENEFÍCIO DE IDENTIFICAÇÃO

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

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

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

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

PRIVILÉGIO DE CONVERSÃO

Na data de cessação do benefício por Morte e desmembramento acidental ou durante o período de 31 dias após a cessação, uma Pessoa Coberta poderá converter o seu seguro numa apólice de seguro individual único de Morte e desmembramento acidental (excluindo Cláusula Adicional de Doença Grave) da Seguradora.

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

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

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

LIMITAÇÕES E EXCLUSÕES POR MORTE E DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL

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

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

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

- a) enquanto está a ser utilizado para qualquer teste ou propósito experimental; ou
- b) enquanto a Pessoa Coberta estiver a trabalhar, a aprender a trabalhar ou servir como membro da tripulação do mesmo; ou
- c) enquanto estiver a ser operado por ou sob a direção de qualquer autoridade militar, exceto aeronaves tipo transporte operadas pelo Comando de Transporte Aéreo das Forças Armadas do Canadá ou por um serviço semelhante de transporte aéreo de qualquer outro país; ou
- d) qualquer aeronave ou dispositivo que seja de propriedade ou alugado por ou em nome do Sindicato ou entidade patronal ou qualquer subsidiária ou filial, ou por uma Pessoa Coberta ou qualquer membro da sua família; ou
- e) enquanto está a ser utilizado para combate a incêndios, inspeção de canalização, inspeção de linha elétrica, fotografia aérea ou exploração.

Os "**Benefícios adicionais por Morte e desmembramento acidental**" descritos anteriormente (além dos benefícios por Morte acidental, Desmembramento acidental, Morte acidental no trabalho e Desmembramento acidental no trabalho) serão

limitados a apenas uma (1) apólice de seguro caso os benefícios estejam contidos em duas (2) ou mais apólices emitidas pela Seguradora cobrindo a mesma Pessoa Coberta.

TRIBUTAÇÃO DO PRÉMIO DE MORTE E DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL PAGO

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

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

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

CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO POR MORTE E DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL

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

FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO POR MORTE E DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL OBRIGATÓRIO

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

Se, enquanto um Membro do Plano estiver segurado no âmbito do Benefício por Doença Grave, mas apenas após a cobertura de seguro ter entrado em vigor para um Membro do Plano por um período de 90 dias (aplicável apenas ao Cancro), um Membro do Plano com idade inferior a 65 anos que seja diagnosticado com **Cancro, Ataque Cardíaco, Insuficiência Renal ou AVC** e o Membro do Plano sobreviver por um período de 30 dias a partir desse momento, a Seguradora pagará o Benefício por Doença Grave indicado na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual.

BENEFÍCIO POR DOENÇA GRAVE

SOBREVIVÊNCIA DE 30 DIAS

Se, enquanto a cobertura do seguro estiver em vigor, um Membro de Plano sofrer de Cancro, Ataque Cardíaco, Insuficiência Renal ou AVC e o Membro de Plano sobreviver por um período de 30 dias, a Seguradora pagará o valor do benefício conforme descrito acima.

DISPOSIÇÃO DE PROBLEMA MÉDICO JÁ EXISTENTE

Significa uma doença ou lesão sofrida por um Membro do Plano para o qual ele solicitou ou recebeu aconselhamento, consulta, investigação, diagnóstico médico ou para o qual o tratamento foi requerido ou recomendado por um médico durante os 24 meses imediatamente anteriores à data de início efetivo para elegibilidade dos Benefícios do Membro do Plano (ou para qualquer quantia aumentada de seguro, se aplicável) que, direta ou indiretamente, faça com que a condição ocorra dentro dos primeiros 24 meses da data de início de vigência do Membro do Plano (ou para qualquer quantia aumentada de seguro, se aplicável).

DEFINIÇÕES DE DOENÇA GRAVE

"**Cancro**": significa um tumor maligno caracterizado pelo crescimento descontrolado e disseminação de células malignas e invasão de tecido. Inclui Leucemia, Doença de Hodgkin e Melanoma Invasivo, mas não inclui:

- Carcinoma in situ
- Sarcoma de Kaposi ou outros cancros relacionados com SIDA e cancro na presença do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)
- Cancro da pele ou melanoma que não seja invasivo e não exceda 0,75 mm de profundidade
- Cancro de próstata diagnosticado como T1 N0 M0 ou numa fase equivalente
- uma recorrência ou metástase de um cancro que foi originalmente diagnosticado antes da data efetiva de cobertura

Um médico certificado como oncologista deve confirmar o diagnóstico por escrito.

"**Ataque cardíaco**": significa um diagnóstico definitivo da morte do músculo cardíaco devido à obstrução do fluxo sanguíneo que resulta na ascensão e queda de marcadores cardíacos bioquímicos para níveis considerados em diagnóstico de enfarte do miocárdio, com pelo menos um dos seguintes:

- a) sintomas de ataque cardíaco; ou
- b) novas alterações no eletrocardiograma (ECG) consistentes com um ataque cardíaco; ou
- c) desenvolvimento de novas ondas Q durante ou imediatamente após um procedimento cardíaco intra-arterial incluindo, entre outros, angiografia coronária e angioplastia coronária.

O diagnóstico de ataque cardíaco deve ser realizado por um especialista.

Exclusões de ataque cardíaco: Nenhum benefício será pago sob esta condição relativamente a:

- a) marcadores cardíacos bioquímicos elevados com um:
 - i) Nível de troponina inferior a 1
 - ii) Nível CK-Mb inferior a 4, ou
- b) Alterações no eletrocardiograma que sugiram um enfarte do miocárdio prévio e que não cumpram com a definição de ataque cardíaco conforme descrito acima.

"**Insuficiência Renal**": significa doença renal em fase terminal devido à insuficiência crónica irreversível da capacidade de funcionamento de ambos os rins, exigindo que o membro do plano seja submetido a hemodiálise regular, diálise peritoneal ou transplante renal. Um médico certificado em Nefrologia deve confirmar o diagnóstico por escrito.

"**Acidente Vascular Encefálico (AVC)**": significa que o Membro do Plano sofreu um incidente cerebrovascular, excluindo ataque isquémico transitório (AIT), dando origem a um enfarte do tecido cerebral devido a trombose, hemorragia de vaso intracraniano ou embolização provocada por uma fonte extracraniana. Deve haver provas de deficit neurológico permanente que persista durante 30 dias consecutivos, suportado por evidências de que o deficit é resultante do AVC, confirmado por escrito por um médico certificado como neurologista.

EXCLUSÃO POR CANCRO DURANTE 90 DIAS

O período de exclusão por Cancro é de 90 dias a partir da data mais tardia entre as seguintes:

- a) da data efetiva da cobertura de um Membro do Plano, ou;
- b) a data da última reintegração da apólice de seguro.

Dentro deste período de exclusão, não haverá cobertura para o cancro se um diagnóstico de qualquer tipo de cancro, incluído ou excluído no âmbito da apólice de seguro, for feito ou se quaisquer sintomas ou problemas médicos se manifestarem, ou a persistência ou reincidência do mesmo, que subsequentemente resultem numa investigação que leva ao diagnóstico de cancro.

No caso de tal diagnóstico, o Benefício por Doença Grave permanecerá em vigor, mas o cancro não voltará a ser considerado como uma condição segurada, exceto no caso de diagnóstico posterior de um cancro não relacionado.

LIMITAÇÕES E EXCLUSÕES DO BENEFÍCIO POR DOENÇA GRAVE

A Seguradora não pagará um Benefício por Doença Grave em qualquer das seguintes circunstâncias:

1. por lesão ou doença, que não seja uma das doenças cobertas, mesmo que tal lesão ou doença possa ter sido agravada por uma das doenças cobertas;
2. uma complicação da infeção do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) ou qualquer variação da mesma, incluindo SIDA e o complexo relacionado com SIDA;
3. a utilização, existência ou fuga de armas nucleares, material ou radiação ionizante ou contaminação por radioatividade de qualquer combustível nuclear ou resíduos da combustão de combustível nuclear;
4. danos intencionalmente autoinfligidos, suicídio ou qualquer tentativa de suicídio, em estado mental são ou demente;
5. guerra declarada ou não declarada ou qualquer ato daí proveniente;
6. a comissão ou tentativa de comissão por um Membro do Plano de qualquer ato que, se julgado por um tribunal, seria considerado como sendo um ato ilegal sob as leis da jurisdição onde o ato foi cometido;
7. utilização indevida de medicamentos ou abuso de drogas ou intoxicantes;
8. qualquer Problema Médico Preexistente, exceto quando a cobertura estiver em vigor por um período de 24 meses consecutivos após a data de início de vigência da Elegibilidade do Membro do Plano para os Benefícios do Plano.

TRIBUTAÇÃO DO PRÉMIO PAGO POR DOENÇA GRAVE

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

Durante o mês de fevereiro de cada ano, um membro do plano coberto pelo benefício de doença grave do plano no ano civil anterior receberá um formulário de imposto oficial do plano que indica o valor total do prêmio de doença grave pago (juntamente com quaisquer outros prêmios tributáveis pagos) em nome do membro do plano pelo fundo no ano civil anterior.

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

CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO POR DOENÇA GRAVE

O Benefício por Doença Grave de um Membro do Plano será rescindido no dia anterior ao dia de reforma do Membro do Plano ou ao dia em que complete 65 anos, o que ocorrer antes. A cobertura para um Membro do Plano também será rescindida conforme descrito anteriormente na secção **Informações de elegibilidade** deste Manual.

FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO DE DOENÇA GRAVE OBRIGATÓRIO

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

BENEFÍCIO DE INDEMNIZAÇÃO SEMANAL (WI)

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

DATA DE INÍCIO DE PAGAMENTO DO BENEFÍCIO SEMANAL DE WI

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

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

PERÍODO MÁXIMO DE PAGAMENTO DO BENEFÍCIO SEMANAL DE WI

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

O período de pagamento de benefícios semanais de WI máximo de 26 semanas inclui o período de 15 semanas em que os Benefícios do Seguro de Desemprego (EI) em caso de Acidente de Trabalho e Doença são devidos, se aplicável. A duração total dos pagamentos dos benefícios semanais de WI fornecidos pelo Plano e EI combinados é de 26 semanas.

PAGAMENTO MÁXIMO DO BENEFÍCIO SEMANAL DE WI DEVIDO

O valor máximo do benefício semanal de WI a pagar é de \$ 500 por semana. Este pagamento será dividido proporcionalmente com base no número de dias de incapacidade durante a semana, caso se trate de um período inferior a uma semana.

Para os propósitos de determinar o benefício semanal de WI devido a um Membro do Plano, a data em que um Membro do Plano é considerado como Totalmente incapacitado não deverá ser anterior à data em que o Membro do Plano primeiro consulta um Médico ou Especialista relativamente á incapacidade.

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

REDUÇÕES NO PAGAMENTO DO BENEFÍCIO SEMANAL DE WI

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

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

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

TRIBUTAÇÃO DOS PAGAMENTOS DO BENEFÍCIO SEMANAL DE WI

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

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

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

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

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

Se um Membro do Plano não estiver capacitado para trabalhar devido a uma incapacidade não relacionada com o trabalho, o Membro do Plano deverá realizar imediatamente uma solicitação de indemnização por incapacidade para receber o Benefício de WI do Plano, bem como os benefícios por Acidente e Doença do EI.

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

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

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

Um Membro do Plano que permaneça Totalmente Incapacitado após o período de benefício do EI de 15 semanas é elegível para receber pagamentos de benefícios semanais de WI, desde que o Membro do Plano apresente as declarações médicas necessárias que suportem a reclamação do Membro do Plano de que continua Totalmente Incapacitado para o Escritório de Administração do Plano.

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

INCAPACIDADES DE WI RECORRENTES

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

Nestas circunstâncias, o Período máximo do benefício de WI do Plano de 26 semanas (descrito anteriormente) continuará a basear-se na data inicial (anterior) da incapacidade. A única exceção a esta regra é se a ausência subsequente no trabalho por parte do Membro do Plano se dever a uma nova incapacidade não relacionada, que teve início depois do Membro do Plano ter regressado ao trabalho (ou ficou disponível para trabalhar) durante pelo menos um dia inteiro.

SUB-ROGAÇÃO DE PAGAMENTOS DE BENEFÍCIO SEMANAIS DE WI

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

Se, como resultado do incidente que causou ou contribuiu para a incapacidade de um Membro do Plano, o Membro do Plano tiver direito a recuperar uma Compensação por perda de rendimentos de um terceiro, o Plano será sub-rogado a todos os direitos do Membro do Plano de recuperação das perdas de rendimentos. O valor a ser recuperado pelo Plano não excederá a soma dos pagamentos de benefícios semanais de WI pagos ou que sejam devidos pelo Plano.

Caso um Membro do Plano comprove ao Plano que o Membro do Plano não recuperou a Compensação total por perda de rendimentos, o Plano determinará a proporção de danos efetivamente recuperados pelo Membro do Plano e partilhará esse valor pro rata.

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

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

LIMITAÇÕES E EXCLUSÕES DO BENEFÍCIO DE INDEMNIZAÇÃO SEMANAL

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

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

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

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

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

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

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

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

FORMULÁRIO OBRIGATÓRIO DE PEDIDO DE INDEMNIZAÇÃO SEMANAL

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

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

BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO

ou empregado, após este período, o membro do plano é considerado totalmente incapacitado se não puder executar qualquer e todas as tarefas de qualquer atividade para a qual o Membro do Plano seja razoavelmente elegível através de formação, estudos ou experiência.

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

DATA DE INÍCIO DE PAGAMENTO DO BENEFÍCIO MENSAL POR LTD

Os pagamentos de benefícios mensais por LTD podem ser devidos a um Membro do Plano por qualquer período contínuo de incapacidade durante o qual um Membro do Plano permaneça Totalmente Incapacitado após o Período de Incapacidade Elegível, que é de 26 semanas contínuas ou após o término de quaisquer pagamentos de benefícios mensais por WI devidos ao Membro do Plano (o que for mais longo), concluído antes de atingir os 65 anos.

Se o período inicial de incapacidade não for contínuo durante o Período de Incapacidade Elegível de 26 semanas, o número de dias em que um Membro do Plano estiver incapacitado será acumulado para satisfazer o Período de Incapacidade Elegível de 26 semanas desde que:

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

PERÍODO DE PAGAMENTO MÁXIMO DO BENEFÍCIO MENSAL POR LTD

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

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

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

PAGAMENTO MÁXIMO DO BENEFÍCIO MENSAL POR LTD DEVIDO

O pagamento do benefício mensal por LTD máximo devido é de \$ 1 000 por mês. Este pagamento do benefício mensal por LTD será dividido proporcionalmente com base no número de dias de incapacidade durante o mês, caso se trate de um período inferior a um mês.

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

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

REDUÇÕES DE PAGAMENTOS DE BENEFÍCIOS MENSAL POR LTD

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

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

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

REDUÇÕES DIRETAS AO PAGAMENTO DE BENEFÍCIOS MENSIS POR LTD

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

REDUÇÕES INDIRETAS AO PAGAMENTO DE BENEFÍCIOS MENSIS POR LTD - Limite de Rendimentos de Todas as Fontes

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

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

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

- a) pagamentos de benefícios mensais por LTD devidos no âmbito deste Plano; e
- b) benefícios de rendimento por incapacidade do WSIB acima descritos em “Redução de Benefícios Diretos”; e
- c) salários ou benefícios por aposentação devidos pelo seu empregador, incluindo o plano de aposentação ou reforma do seu empregador ou de trabalho por conta própria; e
- d) qualquer tipo de pagamentos de benefícios recebidos do Plano de Pensões do Canadá ou do Quebec (benefícios principais ou de familiares); e
- e) qualquer rendimento ou benefício devido no âmbito de qualquer outro plano ou programa de qualquer governo ou coroa ou qualquer subdivisão ou agência do governo ou da coroa, incluindo qualquer plano ou programa estabelecido de acordo com uma Lei de Seguro de Automóveis provincial, quando aplicável; e
- f) rendimentos ou benefícios devidos no âmbito de qualquer outro plano ou programa fornecido ao Membro do Plano pelo ou através do empregador. Esse plano ou programa inclui qualquer benefício por incapacidade permanente e total do seguro de grupo para o qual o Membro do Plano poderia ter optado por não se inscrever.

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

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

TRIBUTAÇÃO DOS PAGAMENTOS DE BENEFÍCIOS MENSIS POR LTD

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

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

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

INCAPACIDADES DE LTD RECORRENTES

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

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

PROGRAMA DE EMPREGO DE REABILITAÇÃO

Se um Membro do Plano estiver a receber pagamentos de benefícios mensais por LTD, a Seguradora poderá recomendar e exigir que o Membro do Plano participe num Programa de Emprego de Reabilitação e/ou Formação adequada, que teria em conta a natureza da incapacidade e as competências profissionais do Membro do Plano. Detalhes adicionais serão fornecidos aos Membros do Plano aplicáveis no caso de serem elegíveis para um Programa de Emprego de Reabilitação.

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

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

SUB-ROGAÇÃO DOS PAGAMENTOS DE BENEFÍCIOS MENSIS POR LTD

Como parte do processo de submissão de reclamações, a Seguradora requer que um Membro do Plano que submeta uma reclamação por incapacidade para elegibilidade para o Benefício por Incapacidade de Longa Duração do Plano deve preencher e enviar um Acordo de Reembolso.

Se, como resultado do incidente que causou ou contribuiu para a incapacidade de um Membro do Plano, o Membro do Plano tiver direito a recuperar uma Compensação por perda de rendimentos de um terceiro, a Seguradora será sub-rogado a todos os direitos do Membro do Plano de recuperação das perdas de rendimentos.

O valor a ser recuperado pela Seguradora não excederá a soma dos pagamentos de benefícios mensais por LTD pagos ou que sejam devidos pela Seguradora.

Caso um Membro do Plano comprove à Seguradora que o Membro do Plano não recuperou a Compensação total por perda de rendimentos, a Seguradora determinará a proporção de danos efetivamente recuperados pelo Membro do Plano e partilhará esse valor pro rata.

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

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

EXCLUSÃO DE INCAPACIDADE PREEXISTENTE

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

LIMITAÇÕES E EXCLUSÕES DO BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO

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

1. por qualquer parte de um período de incapacidade durante o qual o Membro do Plano não esteja a receber acompanhamento/tratamento contínuo por parte de um médico ou especialista licenciado considerado apropriado pela Seguradora para a condição causadora da incapacidade;
2. por qualquer parte de um período de incapacidade durante o qual o Membro do Plano esteja a receber tratamento apenas por parte de um Terapeuta, exceto se o tratamento em questão seja recomendado por um médico ou especialista licenciado e considerado apropriado pela Seguradora para a condição causadora da incapacidade;
3. por incapacidades resultantes de abuso de substâncias, incluindo alcoolismo e dependência de drogas, exceto se o Membro do Plano estiver a participar num programa reconhecido de desintoxicação considerado apropriado pela Seguradora para a condição causadora da incapacidade;
4. por qualquer parte de um período de incapacidade durante o qual o Membro do Plano não esteja a participar num programa de reabilitação e/ou tratamento recomendado por um médico ou especialista licenciado considerado apropriado pela Seguradora para a condição causadora da incapacidade;

5. para incapacidades resultantes de lesões intencionalmente autoinfligidas ou doença ou tentativa de autodestruição, a menos que a evidência médica estabeleça que as lesões estão relacionadas com uma doença mental;
6. por incapacidades resultantes da tentativa ou participação do Membro do Plano no cometimento de uma infração penal;
7. por incapacidades resultantes de um acidente que ocorreu enquanto o Membro do Plano estava a conduzir um veículo motorizado e o seu sangue contém mais de 80 miligramas de álcool em 100 mililitros de sangue (0,08%) ou mais do que o limite legal de álcool no local de ocorrência do acidente;
8. por qualquer parte de um período de incapacidade durante o qual o Membro do Plano permanece preso numa instituição penal ou internado num hospital, ou instituição semelhante, como resultado de um processo penal;
9. por incapacidades resultantes de lesão ou doença que ocorram enquanto o Membro do Plano estiver em serviço ativo nas Forças Armadas de qualquer país, estado ou organização internacional;
10. por incapacidades que sejam resultado da participação do Membro do Plano numa guerra, motim ou insurreição;
11. por incapacidades para as quais uma reclamação não tenha sido apresentada dentro de doze (12) meses a contar a partir da data da incapacidade;
12. na data em que o Membro do Plano se recusar ou deixar de preencher e devolver ou cumprir com os termos do Contrato de Reembolso, de acordo com a disposição da SUB-ROGAÇÃO DE PAGAMENTOS DE BENEFÍCIOS MENSAIS POR LTD;
13. sujeito à legislação aplicável, o Plano não cobre incapacidades decorrentes de um acidente com um veículo motorizado;
14. por qualquer parte de um período de incapacidade durante qualquer Licença sem Vencimento (incluindo Licença de Maternidade).

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

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

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

RESCISÃO DO BENEFÍCIO POR LTD E PAGAMENTOS DE BENEFÍCIOS MENSAIS

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

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

FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO DE INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO OBRIGATÓRIO

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

BENEFÍCIO DE SAÚDE COMPLEMENTAR

O benefício elimina a necessidade de preencher um formulário de reclamação e fornece o pagamento imediato das despesas elegíveis.

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

REEMBOLSO DAS DESPESAS ELEGÍVEIS

O Plano reembolsará 100% dos encargos elegíveis com assistência médica incorridos pelos Membros do Plano e os seus Dependentes elegíveis, sujeitos às regras de reembolso conforme descrito abaixo.

AS DESPESAS ELEGÍVEIS DEVEM SER MEDICAMENTE NECESSÁRIAS

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

OS BENEFÍCIOS SÃO PAGOS COM BASE EM CUSTOS RAZOÁVEIS E HABITUAIS

O Plano oferece o reembolso de despesas de saúde elegíveis com base nos custos razoáveis e habituais dos serviços ou suprimentos médicos necessários.

Se a despesa médica incorrida for maior do que a considerada pelo Plano como razoável e habitual para aquele serviço ou suprimento, o Membro do Plano será responsável pela diferença de custo entre as despesas reais incorridas e as despesas Razoáveis e Habituais que o benefício de Cuidados de Saúde Complementares irá reembolsar.

DESPESAS DE MEDICAMENTOS COM RECEITA MÉDICA

O Plano reembolsa as despesas elegíveis até às despesas razoáveis e habituais de medicamentos com receita clinicamente necessários que, por lei, devem ser receitados por um médico para o tratamento de uma doença ou lesão diagnosticada e que devem ser distribuídos por um farmacêutico ou médico detentor de uma licença legal. Os medicamentos elegíveis devem ser aprovados para utilização pela Health Canada e possuir um certificado de conformidade com o Health Canada e um Número de Identificação de Medicamento (DIN).

O Plano também pode abranger determinados medicamentos não sujeitos à receita médica, que são considerados como sendo de sustentação de vida.

O reembolso para medicamentos Biológicos e Biossimilares requer uma Autorização Prévia do Plano e é feito com base no menor custo elegível entre um Medicamento Biológico e o seu Medicamento Biossimilar, onde um Medicamento Biossimilar está disponível.

O Cartão de Benefícios do Plano pode ser utilizado nas farmácias aderentes para a aquisição da maioria dos medicamentos receitados. O Plano reembolsará 100% do custo da alternativa com menor custo entre um medicamento sujeito à receita médica (de marca)/biológico e um medicamento genérico/biossimilar (se disponível).

Máximo para medicamentos específicos

- Disfunção erétil: \$ 500 por ano civil
- Cessação do tabagismo: Máximo de \$ 400 vitalício
- Tratamento com metadona: Máximo de \$ 1.000 vitalício
- Medicamentos de fertilidade: Máximo de \$ 2.500 vitalício

Outras Despesas com Medicamentos Elegíveis

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

Despesas com Medicamentos Não Elegíveis

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

Canábis Medicinal

A Canábis Medicinal é uma despesa elegível sujeita a um benefício anual máximo de \$ 500, quando a sua utilização é autorizada por um médico legalmente autorizado (MD) para pessoas cobertas que têm pelo menos 25 anos de idade, para o tratamento de condições médicas aprovadas pelo Plano para cobertura.

Todas as reclamações em relação à canábis medicinal estão sujeitas ao processo de autorização prévia de medicamentos do Plano.

O reembolso da canábis medicinal (incluindo impostos aplicáveis e taxas de envio) será considerado como tratamento de último recurso quando todos os outros medicamentos e opções de tratamento padrão, incluindo os canabinoides comercialmente disponíveis que foram emitidos um DIN pela Health Canada, falharam ou foram considerados inadequados, e a canábis medicinal é:

- Uma forma que seja considerada legal para efeitos médicos, conforme definido pelo Regulamento de Acesso à Canábis para Efeitos Médicos; e
- Dispensada por um produtor licenciado pela Health Canada

O reembolso não será feito por nenhum equipamento ou material necessário para cultivar ou colher quaisquer plantas, ou produzir qualquer forma de canábis ou canabinoide medicinal, independentemente de tal forma ser aprovada para utilização pela Health Canada, ou quaisquer dispositivos necessários para administrar o produto, tais como, mas não limitados a cachimbos ou vaporizadores.

As despesas serão consideradas elegíveis para as condições médicas aprovadas pelo Plano, que se baseiam nas Diretrizes Canadianas para Prescrever Canabinoides Médicos de Família. As condições médicas elegíveis são:

- Dor refratária no tratamento de cancro paliativo
- Náuseas e vômitos devidos à quimioterapia do cancro
- Espasticidade na esclerose múltipla ou lesão medular

CUIDADOS OFTALMOLÓGICOS

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

Lentes, armações e lentes de contacto

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

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

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

Exames oftalmológicos

O Plano reembolsará as despesas de um exame oftalmológico por Pessoa Coberta, a cada 12 meses, quando não coberto pelo plano de saúde provincial da Pessoa Coberta.

Cirurgia de correção a laser

O pagamento máximo de benefício que será pago por cada pessoa coberta é de \$ 2.000 durante toda a vida de uma Pessoa Coberta.

Óculos de segurança industrial (apenas para membros do plano)

O Plano reembolsará os custos dos óculos de segurança industrial de um Membro do Plano até um máximo de \$ 200 em qualquer período consecutivo de 24 meses. Este Benefício é fornecido em adição ao Benefício de Cuidados com a Visão.

OUTROS SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE CUIDADOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES

Paramédicos

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

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

Radiografias de quiropraxia

As despesas de radiografias solicitadas por um quiroprático podem atingir um pagamento máximo de benefícios de \$ 45 por pessoa coberta, por ano civil.

Optometrista

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

Ortopedia personalizada

Despesas de ortopróteses personalizadas para pés especialmente concebidas e moldadas para a pessoa coberta e que são necessárias para corrigir uma incapacidade física diagnosticada, sujeitas a um pagamento máximo de benefícios de \$ 500 em qualquer período consecutivo de 24 meses.

Sapatos ortopédicos

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

Aparelhos auditivos

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

Testes laboratoriais e radiografias

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

Hospital de reabilitação

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

Enfermagem em serviço privado

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

Equipamento médico duradouro

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

Outro equipamento médico

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

Meias cirúrgicas

As despesas de meias para cotos são limitadas a 6 pares por ano civil para cada pessoa coberta.

Outras meias

As despesas de meias elásticas são limitadas a 2 pares por ano civil para cada pessoa coberta.

Serviços ambulatoriais

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

Transporte médico

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

Odontologia em caso de acidente

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

LIMITAÇÕES E EXCLUSÕES DE CUIDADOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES

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

1. despesas que são consideradas um serviço segurado de qualquer plano de saúde provincial ou plano governamental no momento em que a apólice/benefício foi emitido(a) e subsequentemente modificado(a), suspenso(a) ou descontinuado(a);
2. despesas para exames de saúde geral e exames necessários para a utilização por parte de um terceiro;
3. despesas por um procedimento cirúrgico ou tratamento realizado principalmente para embelezamento ou cobranças pelo internamento hospitalar devido ao procedimento cirúrgico ou tratamento em questão;
4. despesas de tratamento médico ou procedimento cirúrgico realizado por um médico;

5. despesas de transporte ou viagem, salvo as especificamente previstas nas despesas elegíveis;
6. despesas de serviços ou suprimentos fornecidos sem a recomendação e aprovação de um médico a exercer funções no âmbito da sua licença;
7. despesas que não são medicamente necessárias para o cuidado e tratamento de qualquer lesão, doença ou gravidez existente ou suspeita;
8. despesas que resultam de uma lesão ou doença no trabalho coberta por qualquer lei do WSIB ou legislação semelhante, inclusive de um acidente de viação;
9. despesas que geralmente não seriam feitas, exceto pela presença deste seguro ou as quais a Pessoa Coberta não é obrigada a pagar;
10. despesas não permitidas no Plano, de acordo com quaisquer leis ou regulamentos, incluindo regras para cobrir estabelecidas pelos administradores;
11. despesas de trabalho odontológico em que um terceiro é responsável pelo pagamento de tais despesas;
12. despesas de lesões físicas resultantes direta ou indiretamente de guerra ou ato de guerra (declarado ou não declarado), insurreição ou motim, ou hostilidades de qualquer tipo;
13. despesas por serviços ou suprimentos resultantes de quaisquer lesões intencionalmente autoinfligidas;
14. despesas de medicamentos, soros, medicamentos injetáveis ou materiais que não são aprovados pela Health Canada com um certificado de conformidade ou que não têm um Número de Identificação do Medicamento (DIN) ou são experimentais ou de utilização limitada, sejam ou não aprovados;
15. despesas de medicamentos, soros, medicamentos injetáveis ou material administrado em ambiente hospitalar, sejam administrados em regime de internamento ou ambulatório, exceto nos casos previstos no benefício de Despesas fora do Canadá/Assistência de Emergência em Viagem;
16. despesas de procedimentos médicos experimentais ou tratamentos não aprovados pela Associação Médica Canadiana ou pela sociedade de especialidades médicas apropriadas;
17. despesas cobradas por um médico por viagens, consultas interrompidas, custos de comunicação, preenchimento de formulários ou suprimentos médicos;
18. despesas não especificadas nas listas anteriores de despesas elegíveis nos Cuidados de saúde complementares;
19. despesas por serviços ou materiais resultantes de lesão ou doença que ocorram enquanto o Membro do Plano estiver em serviço ativo nas Forças Armadas de qualquer país, estado ou organização internacional;
20. despesas por serviços ou fornecimentos resultantes de um acidente que ocorre enquanto o Membro do Plano estava a conduzir um veículo motorizado e o seu sangue contém mais de 80 miligramas de álcool em 100 mililitros de sangue (0,08%) ou mais do que o limite legal de álcool no local de ocorrência do acidente;

21. despesas por serviços ou suprimentos resultantes da tentativa ou reclamação do Membro do Plano no cometimento de uma infração penal;
22. as despesas elegíveis resultantes de um Veículo Motorizado apenas serão consideradas elegíveis após terem sido apresentadas pela primeira vez à sua seguradora automóvel (sujeito à legislação aplicável).

EXTENSÃO DA COBERTURA DO BENEFÍCIO DO SOBREVIVENTE PARA DEPENDENTES

Em caso de morte de um Membro elegível do Plano, os Dependentes sobreviventes elegíveis (cônjuge e filhos) continuarão a receber cobertura do benefício de cuidados de saúde complementar durante um período de até 30 meses. Esse período é iniciado após a conta bancária do membro do plano no Dollar Bank ter sido esgotada. Nenhum prêmio ou contribuição será necessário para continuar a cobertura durante o período de Extensão de Benefício do Sobrevivente.

RESCISÃO DO BENEFÍCIO DOS CUIDADOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES

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

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A RECLAMAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES

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

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

BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM (ETA)

O benefício de Assistência de Emergência em Viagem (ETA) do Plano é prestado pela Green Shield Canada (GSC). A cobertura de Viagens de Emergência Médica e os serviços de Assistência em Viagem descritos abaixo estão disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana na Assistência em Viagem da GSC, que utiliza a organização internacional de serviços médicos Allianz Global Assistance.

É muito importante ler e compreender as regras deste benefício antes da sua viagem.

A cobertura de Viagens de Emergência Médica é fornecida para despesas elegíveis que surgem como resultado de uma **emergência médica** enquanto os Membros do Plano e/ou os seus Dependentes elegíveis estão a viajar temporariamente fora da província/território de residência regular por motivo de férias, profissional ou de educação. Este benefício também fornece Assistência em Viagem e serviços de aconselhamento, tanto antes da partida como durante a viagem.

São elegíveis para o benefício ETA os Membros e Dependentes Qualificados do Plano que sejam **residentes no Canadá e estejam devidamente inscritos nos seus respetivos planos de seguro de saúde do governo provincial/territorial** (ou equivalente) no momento em que as despesas médicas de emergência forem incorridas.

CARTÃO DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM

Os Membros do Plano e o seu Cônjuge elegível receberão um Cartão de Benefícios que inclui todas as informações de contacto do Plano e ETA para aceder ao benefício ETA do plano a qualquer momento, 24 horas por dia. No caso de Dependentes elegíveis que estão a viajar sem um Membro do Plano ou um Cônjuge, o Escritório de Administração do Plano pode fornecer um Cartão de Benefícios ETA adicional.

VALORES MÁXIMOS DE VIAGEM E DO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM

Cobertura de Emergência Médica em Viagem

É fornecida cobertura com um máximo de \$ **5.000.000 por Pessoa Coberta, por incidente**, para despesas incorridas como resultado de uma emergência médica súbita e imprevista durante a viagem fora da sua província/território de residência.

Não há limitação para o número de viagens que podem ser feitas; no entanto, a cobertura é fornecida por um **período máximo de 60 dias consecutivos por viagem**.

Cobertura dos serviços de assistência de emergência em viagem

A cobertura é fornecida para uma variedade de assistências específicas de viagem e serviços de aconselhamento para ajudar com quaisquer planos de viagem, ou emergências relacionadas com viagens enquanto viaja fora da sua província/território de residência.

Cobertura de indicação médica

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

COMO CONTACTAR A ASSISTÊNCIA EM VIAGEM DA GSC

Pode contactar a equipa de Assistência em Viagem da GSC através dos números de telefone fornecidos no verso do Cartão de Benefícios do Plano, que também são mencionados abaixo:

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

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

Ao ligar para a assistência em viagem, ou em relação a um pedido de emergência médica, cite o **Número do plano de grupo de Assistência em Viagem da GSC 4932** do Plano. A equipa de Assistência em viagem da GSC também necessitará o **Número de**

Identificação da GSC de Membro de Plano da Pessoa Coberta único. Todas estas informações aparecem no Cartão de Benefícios do Plano. Além disso, o número do plano de saúde provincial/territorial da Pessoa Coberta pode ser necessário e deve estar disponível no momento da chamada para a Assistência em Viagem da GSC.

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

Tenha em conta que quando uma Pessoa Coberta é avisada da sua necessidade de receber tratamento para uma lesão acidental ou uma emergência médica, **a Pessoa Coberta deve contactar a Assistência em Viagem da GSC antes de obter tratamento de emergência, ou pedir a alguém que ligue para a Assistência em Viagem da GSC em nome da Pessoa Coberta dentro de 48 horas após o início do tratamento**, se for medicamente impossível para a Pessoa Coberta ligar para a GSC antes de obter tratamento médico de emergência.

SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA EM VIAGEM ANTES DA PARTIDA

O benefício ETA pode não cobrir despesas relacionadas com uma emergência médica durante a viagem ou fornecer serviços de assistência em viagem se a Pessoa Coberta for viajar para um destino/país que esteja sob coação.

A Assistência em Viagem da GSC deve ser contactada antes de viajar para qualquer destino, de modo a garantir que o destino seja um país onde será fornecida a cobertura ETA. A Assistência em Viagem da GSC também pode ser contactada antes da partida para obter informações atualizadas sobre os requisitos de passaporte, visto, vacinação e inoculação para o país de destino pretendido.

Embora não seja um substituto para entrar em contacto com a Assistência em Viagem da GSC, o sítio Web da **Global Affairs Canada** (GAC) fornece informações detalhadas sobre vários destinos e se determinadas viagens não são atualmente recomendadas a canadianos pelo governo federal canadiano. Recomenda-se ainda que estas informações sejam revistas antes da partida.

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

PROCESSO DE COBERTURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA

Após contactar a Assistência em Viagem da GSC em caso de emergência médica, um Especialista em Assistência em Viagem multilingue dará orientações para as melhores instalações médicas disponíveis ou um médico legalmente qualificado capaz de fornecer o tratamento médico apropriado.

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

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

PAGAMENTO E COORDENAÇÃO DE RECLAMAÇÕES

Na maioria dos casos, a Assistência em Viagem da GSC coordenará o pagamento de reclamações com o prestador de serviços médicos. A Assistência em Viagem da GSC avaliará o valor devido de acordo com o plano de saúde provincial/territorial da Pessoa Coberta (se aplicável) e fornecerá o reembolso do valor de quaisquer despesas elegíveis.

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

O pagamento e a coordenação das despesas elegíveis terão em conta o montante a pagar ao abrigo do plano de saúde provincial/territorial da Pessoa Coberta (se esse plano provincial/territorial proporcionar tal cobertura) e deste Plano, e providenciarão o reembolso do saldo de quaisquer despesas elegíveis.

Se estes pagamentos forem subsequentemente determinados como estando a exceder a quantidade de benefícios aos quais a Pessoa Coberta tem direito, a Green Shield Canada terá o direito de recuperar o montante em excesso por atribuição de benefícios do plano de saúde provincial/territorial (se aplicável) e/ou reembolso da Pessoa Coberta.

Se o plano de seguro de saúde provincial/territorial da Pessoa Coberta incluir benefícios fora do Canadá, os serviços hospitalares e médicos são elegíveis sob a prestação ETA apenas se o plano de seguro de saúde provincial/territorial proporcionar o pagamento do custo dos serviços incorridos. Esta limitação não se aplica caso resida numa província/território que não forneça cobertura fora do Canadá.

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

Para fazer um pedido de reclamação, envie o nome do paciente, número do plano de saúde provincial/territorial, morada e número de identificação da GSC com uma declaração detalhada que apresente os serviços prestados e as taxas cobradas por cada serviço.

Se tiver incorrido em despesas imediatas, **não se esqueça de informar a Assistência em Viagem da GSC sobre toda a cobertura de viagem que tem ao apresentar um pedido de reclamação.** Os pedidos de reclamação devem ser apresentados juntamente com os recibos originais comprovativos à Assistência em Viagem da GSC, que irá então coordenar com o plano de seguro de saúde provincial/territorial o reembolso das despesas elegíveis aprovadas, de todas as fontes (por exemplo, planos provinciais

que fornecem cobertura fora do Canadá, um plano de cônjuge, cobertura de viagem fornecida através do seu cartão de crédito, etc.)

Os **formulários de pedido de reclamação**, incluindo os formulários de pré-autorização (para a cobertura de indicação), e informações valiosas de apresentação de pedidos de reclamação, estão disponíveis em **greenshield.ca**. Todos os pedidos de reclamação apresentados manualmente devem ser recebidos pela GSC no máximo de **12 meses** a partir da data em que a despesa elegível foi incorrida.

Tenha em conta que, além de um formulário de reclamação preenchido, o **reembolso da reclamação requer o recibo original pago (não são aceites recibos em numerário ou de cartão de crédito)**. A GSC reserva-se o direito de solicitar informações suplementares sobre reclamações. A falta de resposta a tais pedidos pode resultar na recusa da reclamação.

A omissão intencional, deturpação ou falsificação de informações relativas a qualquer reclamação constitui fraude. A apresentação de uma reclamação fraudulenta é um delito criminal e será comunicada às autoridades de aplicação da lei e/ou reguladoras aplicáveis.

A GSC reserva-se o direito de recuperar todos os montantes resultantes de créditos pagos em excesso ou não suportados para benefícios, deduzindo tais montantes de créditos futuros e/ou através de quaisquer outros meios legais.

As despesas médicas ETA elegíveis serão consideradas com base nas despesas **razoáveis e habituais** na área onde foram recebidas, menos o montante a pagar pelo plano de seguro de saúde do governo provincial/territorial aplicável, se a sua província/território fornecer tal cobertura.

Se estiver coberto por benefícios de Cuidados de Saúde Suplementares e Dentários ao abrigo de mais de um plano, os seus benefícios ETA ao abrigo deste Plano serão coordenados com o(s) outro(s) plano(s) para que possa ser reembolsado(s) até 100% das despesas elegíveis incorridas.

As reclamações devem ser apresentadas primeiro ao pagador principal. Qualquer saldo por pagar deve então ser submetido ao(s) plano(s) secundário(s). Para mais informações, consulte a Secção de Coordenação de Benefícios deste Manual de Informações para Membros do Plano.

Quando a GSC for identificada como uma transportadora secundária, apresente a declaração de Justificação de Benefícios original do transportador primário e uma cópia do formulário de reclamação para receber qualquer saldo em dívida.

DETALHES DA COBERTURA DE INDICAÇÃO E MÉDICA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM

Importante: Este Benefício de Assistência de Emergência em Viagem inclui requisitos, limitações e exclusões que podem afetar a sua elegibilidade e/ou o reembolso de despesas incorridas. Deve apresentar-se sempre preciso e completo na sua conduta com a Assistência em Viagem da GSC. Reserve algum tempo para ler este benefício antes de viajar para garantir que está consciente dos termos e condições, tomando nota do seguinte:

- À exceção dos "Serviços de Indicação", este benefício de viagem é apenas um benefício médico de **emergência** e fornece cobertura enquanto estiver temporariamente fora da sua província/território de residência habitual por motivos de férias, educação ou negócios. Não cobre qualquer tratamento não emergencial, eletivo, cosmético ou experimental, cirurgia, procedimento ou qualquer outro serviço que uma Pessoa Coberta opte por realizar fora da sua província/território de origem - seja previamente planeado ou não.
- A GSC reserva-se o direito de analisar as suas informações médicas no momento da reclamação. Quaisquer procedimentos invasivos ou de investigação devem ser aprovados previamente pela Assistência em Viagem da GSC. **Se a Pessoa Coberta for o paciente e for medicamente impossível para a Pessoa Coberta ligar antes de obter tratamento de emergência, é extremamente importante que alguém ligue para a Assistência em Viagem da GSC em nome da Pessoa Coberta dentro de 48 horas.** Se a Assistência em Viagem da GSC não for notificada dentro das primeiras 48 horas, o reembolso das despesas incorridas pode ser limitado ao **menor** dos valores apenas das despesas incorridas dentro das primeiras 48 horas de qualquer e cada tratamento/incidente **ou** do máximo do plano. Isto significa que a Pessoa Coberta será responsável por todas as despesas daí em diante.

Emergência significa uma condição médica súbita e imprevista que requer tratamento. Uma emergência deixa de existir quando as provas analisadas pela Assistência em Viagem da GSC indicam que não é necessário tratamento adicional no destino ou que o próprio pode regressar à sua província/território de residência para tratamento adicional. Se a Assistência em Viagem da GSC determinar que se transfira para outro estabelecimento ou regresse à sua província/território de residência e optar por não o fazer, os benefícios não serão pagos para tratamentos médicos adicionais e a cobertura será limitada para eventos não relacionados.

A Emergência exclui o Tratamento de uma **Condição Preexistente** que não era completamente **Estável** durante o período de **90 dias** imediatamente anterior à partida da Pessoa Coberta.

Condição Preexistente significa qualquer condição médica que exista antes da data da partida da Pessoa Coberta.

Condição médica significa qualquer doença, enfermidade ou lesão (incluindo sintomas de condições não diagnosticadas).

Uma Condição Médica é considerada **Estável** quando todas as declarações seguintes forem verdadeiras durante o período de **90 dias** imediatamente anterior à data da partida da Pessoa Coberta.

- a) Não houve qualquer **novo tratamento** prescrito ou recomendado, ou alteração(ões) ao tratamento existente (incluindo a interrupção do tratamento), e
- b) A Condição Médica **não se agravou** e
- c) Não tem havido quaisquer **sintomas novos, mais frequentes ou mais graves** e
- d) **Não houve internamento** nem encaminhamento para um especialista e
- e) **Não houve quaisquer testes, investigações ou tratamentos** recomendados, mas ainda não realizados, nem quaisquer resultados de testes pendentes e
- f) **Não há quaisquer tratamentos planeados ou pendentes** e
- g) Não houve **quaisquer alterações a um medicamento prescrito existente** (incluindo um aumento, diminuição ou interrupção da dose prescrita), ou qualquer recomendação ou início de um novo medicamento prescrito. Não são consideradas alterações ao tratamento medicamentoso prescrito existente.

- i. Ajustes de rotina na dosagem de Coumadin, Varfarina ou insulina, desde que estes medicamentos não tenham sido prescritos nem interrompidos recentemente;
- ii. Uma mudança de uma marca para um produto genérico equivalente desde que a dosagem seja a mesma - incluindo uma transição de um produto biológico para um produto biossimilar;
- iii. Uma diminuição na dosagem de um medicamento devido à melhoria de uma condição

Todas as condições acima devem ser cumpridas durante o período de 90 dias antes da partida da Pessoa Coberta para que uma Condição Médica seja considerada Estável.

Tratar, Tratado, Tratamento significa um procedimento prescrito, realizado ou recomendado por um Médico para uma Condição Médica. Isto inclui mas não se limita à medicação prescrita, testes de investigação e cirurgia.

- Para se qualificar para os benefícios, os **requerentes devem estar cobertos pelo seu respetivo plano de saúde provincial/territorial** ou equivalente no momento em que as despesas são incorridas; caso contrário, não há cobertura ao abrigo deste benefício.
- Os benefícios de viagem elegíveis serão considerados com base nas despesas razoáveis e habituais na área onde foram recebidas, menos o montante a pagar pelo seu plano de saúde provincial/territorial, se a sua província/território fornecer tal cobertura.
- Todos os valores máximos e limitações em dólares são indicados na moeda canadiana. O reembolso será feito em fundos canadianos ou em fundos dos EUA, tanto para os prestadores de serviços médicos como para os membros do plano, com base no país do beneficiário. Para pagamentos que requerem conversão de divisas, a taxa de câmbio utilizada será a taxa em vigor na data do serviço da reclamação.
- Os benefícios elegíveis são limitados ao máximo de dias por viagem apresentados no Resumo de Benefícios e na secção VALORES MÁXIMOS DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA DE VIAGEM acima, começando com a data de partida da sua província/território de residência. Se for hospitalizado no 60.º dia da sua viagem específica, os seus benefícios serão prorrogados até à data em que receber alta.

DESPESAS MÉDICAS ELEGÍVEIS PARA ASSISTÊNCIA EM VIAGEM DE EMERGÊNCIA

As despesas de viagem médica de emergência elegíveis incluem o seguinte:

Serviços hospitalares e internamento até uma taxa de enfermaria padrão num hospital geral público;

Serviços médicos e/ou cirúrgicos prestados por um médico ou cirurgião legalmente qualificado para aliviar os sintomas ou tratar uma doença ou lesão imprevista;

Transporte de emergência

- **Ambulância terrestre** para as instalações médicas qualificadas mais próximas
- **Ambulância aérea** - o custo de transporte aéreo (incluindo um assistente médico, quando necessário) entre hospitais e para internamento hospitalar no Canadá, quando aprovado previamente pelo seu plano de saúde provincial/territorial ou para as instalações médicas qualificadas mais próximas.

Serviços de encaminhamento - (a) serviços hospitalares e alojamento, até uma taxa normal de enfermaria num hospital geral público, e/ou (b) serviços médicos cirúrgicos prestados por um médico ou cirurgião legalmente qualificado;

- **Antes do início de qualquer tratamento indicado, uma autorização prévia por escrito deve ser obtida** por parte do seu plano de seguro de saúde provincial/territorial e da GSC. O seu plano de seguro de saúde provincial/territorial pode cobrir este benefício de encaminhamento na sua totalidade. Deve fornecer à GSC uma

carta do seu médico assistente a explicar o motivo da indicação e uma carta do seu plano de saúde provincial/territorial a delinear a sua responsabilidade. **O não cumprimento na obtenção de uma autorização prévia resultará em não pagamento.**

Serviços de um enfermeiro privado registado até um máximo de \$ 5.000 por ano civil, na taxa razoável e habitual cobrada por um Enfermeiro Registado (R.N.) qualificado, registado na jurisdição em que o tratamento é prestado. Deve entrar em contacto com a Assistência em Viagem da GSC para a pré-aprovação;

Testes laboratoriais de diagnóstico e radiografias quando prescritos pelo médico assistente. Exceto em situações de emergência, a Assistência em Viagem da GSC deve aprovar previamente estes serviços (por exemplo, cateterismo cardíaco ou angiografia, angioplastia e cirurgia de bypass);

Reembolso de receitas de medicamentos, soros e medicamentos injetáveis que, por lei, requerem receita médica e são receitados por um médico legalmente qualificado (vitaminas, medicamentos proprietários e patenteados não estão incluídos). Enviar à Assistência em Viagem da GSC o recibo original pago ao farmacêutico, médico ou hospital fora da sua província/território de residência, contendo o nome do médico que passou a receita, o número da receita, o nome da preparação, a data, a quantidade e o custo total;

Aparelhos médicos, incluindo gesso, muletas, bengalas, lingas, talas e/ou o aluguer temporário de uma cadeira de rodas quando considerados clinicamente necessários e requeridos devido a um acidente que ocorra e quando os dispositivos forem obtidos fora da sua província/território de residência;

Tratamento realizado por um dentista apenas quando necessário devido a um golpe acidental direto na boca até um máximo de \$ 2.000. Os tratamentos (antes e depois do regresso) devem ser fornecidos no prazo de 90 dias após o acidente. Os detalhes do acidente devem ser facultados à Assistência em Viagem da GSC juntamente com radiografias dentárias;

Voltar para casa - quando a sua doença ou lesão de emergência é tal que:

- A Assistência em viagem da GSC especifica por escrito que deve regressar imediatamente à sua província/território de residência para a prestação de cuidados médicos imediatos; será efetuado o reembolso do custo adicional incorrido na aquisição de uma passagem aérea, mais uma passagem aérea adicional, se necessário, para acomodar uma maca, para o fazer regressar pela rota mais direta até ao terminal aéreo mais próximo do ponto de partida na sua província/território de residência

Este benefício pressupõe que não é portador de uma passagem aérea de regresso em aberto válida. Não são incluídas despesas de upgrade, impostos de embarque, coimas por cancelamento ou tarifas aéreas para familiares ou amigos acompanhantes;

- A Assistência em Viagem da GSC ou a companhia aérea estipula por escrito que o próprio deve ser acompanhado por um assistente médico qualificado; será efetuado um reembolso pelo custo incorrido relativo a uma passagem aérea económica de ida e volta e pela taxa razoável e habitual cobrada por um assistente médico que não seja o seu parente por nascimento, adoção ou casamento e que esteja registado no foro em que o tratamento é fornecido, além de despesas com refeições e estadia, se requerido pelo assistente

Custo de devolução do seu veículo motorizado de utilização pessoal à sua residência ou à agência de aluguer de veículos mais próxima quando não puder devido a doença, lesão física ou morte, até um máximo de \$ 1.000 por viagem. A Assistência em Viagem da GSC requer recibos originais dos custos incorridos (ou seja, gasolina, alojamento e passagens aéreas);

Refeições e alojamento até \$ 1.500 (máximo de \$ 150 por dia por até 10 dias) serão reembolsados pelos custos adicionais de alojamento em hotel comercial e refeições incorridas por si quando permanecer com um companheiro de viagem ou uma pessoa incluída na cobertura "família", quando a viagem for atrasada ou interrompida devido a uma doença, lesão acidental ou morte de um companheiro de viagem. Isto deve ser verificado por escrito pelo médico ou cirurgião legalmente qualificado e comprovado com os recibos originais de uma organização comercial;

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

- estar consigo ou com o seu dependente coberto quando confinado no hospital. Este benefício requer que a Pessoa Coberta seja, eventualmente, um paciente internado durante pelo menos 7 dias fora da sua província/território de residência, além da verificação por escrito do médico assistente de que a situação é suficientemente grave para justificar a visita
- identificar uma pessoa antes da libertação do corpo

Tarifa aérea de regresso se o seu veículo automóvel de utilização pessoal ou o seu dependente coberto for roubado ou ficar inutilizado devido a um acidente, será reembolsado o custo de uma tarifa aérea de ida e volta económica para o seu regresso pela rota mais direta ao aeroporto principal mais próximo do seu ponto de partida na sua província/território de residência. É necessário um relatório oficial da perda ou acidente;

Devolução de falecido até um máximo de \$ 5.000 para o custo de embalsamar ou cremação em preparação para o transporte para casa num contentor apropriado de si próprio ou do seu dependente coberto quando a morte for causada por doença ou acidente. O corpo será devolvido ao aeroporto mais próximo do ponto de partida na sua província/território de residência. O benefício exclui o custo de um caixão funerário ou quaisquer despesas relacionadas ao funeral, maquilhagem, roupas, flores, cartões de homenagem, aluguer de igreja, etc.;

SERVIÇOS DE VIAGEM ELEGÍVEIS PARA ASSISTÊNCIA EM VIAGEM DE EMERGÊNCIA

Os seguintes serviços estão disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana, através da organização internacional de serviços médicos de Assistência em viagem da GSC.

Estes serviços de Assistência em Viagem incluem:

- Acesso à assistência pré-viagem (antes da partida): Códigos de chamadas da Canada Direct; informações sobre vacinas; avisos de viagem emitidos pelo governo; e vistos/documentos necessários para a entrada no país de destino
- Assistência multilíngue
- Assistência na localização do local de atendimento médico mais próximo e adequado
- Redes internacionais de prestadores preferidas
- Consulta médica e monitorização para rever a adequação e qualidade dos cuidados médicos
- Assistência no estabelecimento de contacto com família, médico pessoal e entidade patronal, conforme apropriado
- Monitorização do progresso durante o tratamento e recuperação e confirmação quando o paciente está clinicamente apto para o transporte quando é necessária uma transferência ou repatriação
- Serviços de transmissão de mensagens de emergência
- Serviços de tradução e encaminhamento a intérpretes locais, conforme necessário, relacionados com a emergência médica
- Verificação de cobertura que permite a entrada e admissão em hospitais e outros prestadores de cuidados médicos
- Assistência especial relativa à coordenação do Pagamento Direto de reclamações
- Coordenação de serviços consulares e de embaixadas
- Gestão, organização e coordenação de transporte médico de emergência e evacuação, conforme necessário
- Gestão, organização e coordenação do repatriamento de restos mortais
- Assistência especial na organização de planos de viagem interrompidos resultantes de situações de emergência,

incluindo:

- regresso de companheiros de viagem não acompanhados
 - viagem para o acompanhamento em caso de internamento de uma pessoa impossibilitada de viajar
 - reorganização de emissão de bilhetes devido a acidente ou doença e outras emergências relacionadas com viagens
 - regresso de um veículo motorizado pessoal ocioso e pertences relacionados
- Assistência de indicação legal informada
 - Coordenação da obtenção de fianças e outros instrumentos legais
 - Orientação na substituição de documentos de viagem perdidos ou roubados, incluindo passaportes
 - Assistência de cortesia para garantir auxílio em caso de incidente e outros serviços relacionados com viagens
 -

LIMITAÇÕES DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM

1. A cobertura entra em vigor no momento em que o próprio ou o seu Dependente cruza a fronteira provincial/territorial a partir da sua província/território de residência e termina quando cruza a fronteira de regresso à sua província/território de residência no regresso a casa. Se a pessoa estiver a viajar de avião, a cobertura entrará em vigor no momento em que o avião descolar na província/território de residência e terminará quando o avião aterrar na província/território de residência no regresso a casa.
2. **A Assistência em Viagem da GSC deve ser notificada antes de obter o Tratamento de Emergência para que a Assistência em Viagem da GSC possa:**
 - confirmar a cobertura; e
 - fornecer a pré-aprovação do tratamento.

Se for medicamento impossível para a Pessoa Coberta telefonar antes de obter Tratamento de Emergência, a Assistência em Viagem da GSC requer que a Pessoa Coberta ou alguém em nome da Pessoa Coberta telefone para a Assistência em Viagem da GSC dentro de 48 horas após o início do tratamento.

Se a Assistência em Viagem da GSC não for notificada antes do início do Tratamento de Emergência, os benefícios serão limitados ao **menor** dos valores apenas das despesas incorridas dentro das primeiras 48 horas de qualquer e cada tratamento/incidente **ou** do máximo do plano. Isto significa que o próprio será responsável por todas as despesas daí em diante.
3. Após o início do tratamento da sua emergência médica, a Assistência em Viagem da GSC deve avaliar e aprovar previamente quaisquer tratamentos médicos adicionais. Se se submeter a testes como parte de uma investigação médica, tratamento ou cirurgia, obter tratamento ou submeter-se a cirurgia que não seja previamente aprovada, o seu pedido de reclamação não será pago. Isto inclui testes invasivos, cirurgia, cateterismo cardíaco, outros procedimentos cardíacos, transplantes e/ou ressonância magnética.
4. **A repatriação é obrigatória** quando a Assistência em Viagem da GSC determinar que a Pessoa Coberta deve ser transferida para outra instalação ou regressar à província/território de residência para tratamento ou no final da emergência. Se optar por não voltar:
 - não será pago qualquer benefício por qualquer tratamento médico adicional;
 - não será pago qualquer benefício por qualquer recorrência ou complicações direta ou indiretamente

- relacionadas com a condição médica que causou a emergência; e
- durante o resto da viagem, a cobertura será limitada a Condições Médicas completamente alheias à Condição Médica que causou a emergência.
5. Os serviços de ambulância aérea apenas serão elegíveis se:
- forem previamente aprovados pela Assistência em Viagem da GSC
 - Se existir uma necessidade médica de o próprio ou o seu Dependente ficar confinado a uma maca ou de um assistente médico o acompanhar durante a viagem
 - o próprio ou o seu Dependente são internados diretamente num hospital da sua província de residência, e
 - os relatórios ou certificados médicos dos médicos emissores e receptores legalmente qualificados forem enviados à Assistência em Viagem da GSC
 - for enviado um comprovativo de pagamento (incluindo comprovativos de passagens aéreas ou faturas de transportadoras aéreas) à Assistência em Viagem da GSC
6. Se estiver a planear viajar para áreas de agitação política ou civil, ou para zonas onde o governo do Canadá tenha emitido um aviso formal em relação a viagens não essenciais, **contacte a Assistência em Viagem da GSC para obter alguns conselhos antes da sua viagem, uma vez que podemos não conseguir garantir os serviços de assistência.**
7. A GSC reserva-se o direito, **sem aviso prévio, de suspender, restringir ou limitar os seus serviços** em qualquer área, caso ocorra alguma das seguintes situações:
- agitação política ou civil, incluindo rebelião, motim, revolta militar;
 - distúrbios laborais ou greve;
 - desastres naturais; ou
 - recusa das autoridades de um país estrangeiro em permitir que a Assistência em Viagem da GSC preste serviço.

Isto inclui viajar se, ao reservar a viagem (incluindo o atraso da viagem), ou antes da data de partida, **o governo do Canadá tiver emitido um aviso formal de viagem a aconselhar os canadianos a evitarem todas as viagens ou todas as viagens não essenciais** em relação ao país, região, cidade ou outros componentes-chave da sua viagem (por exemplo, navio de cruzeiro) devido a uma provável ou real epidemia ou pandemia. Nesta limitação, viagens não essenciais significam qualquer atividade que não seja uma emergência médica ou familiar significativa, como a morte de um membro da família).

EXCLUSÕES DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM

Além das Exclusões de Cuidados de Saúde Suplementares fornecidas anteriormente neste Manual de Informações para Membros do Plano, os pedidos de reclamação de viagem não serão pagos para o seguinte:

1. Quaisquer despesas incorridas com o tratamento relacionadas direta ou indiretamente com uma **Condição Médica Preexistente** que, no momento da sua saída da sua província/território de residência e no **período de 90 dias imediatamente anterior à sua saída da sua província/território de residência**:
 - a) não era completamente **estável** na opinião profissional da Equipa de Assistência em Viagem da GSC;
 - b) onde a evidência médica sugeriu uma expectativa razoável de que o tratamento ou internamento poderia ser necessário durante a viagem; ou
 - c) um médico aconselhou a pessoa coberta a não viajar.

A Assistência em Viagem da GSC reserva-se o direito de rever as informações médicas da Pessoa Coberta no momento da reclamação. **A opinião de um médico de que a Pessoa Coberta estava apta a viajar não anula** nem elimina o pedido de a Pessoa Coberta satisfazer todas as condições da classificação **Estável**.

2. Quaisquer despesas submetidas se a Pessoa Coberta ou qualquer pessoa a agir em nome de uma Pessoa Coberta tentar enganar a Assistência em Viagem da GSC, ou fizer uma declaração ou reclamação fraudulenta, falsa ou exagerada.
3. Quaisquer despesas incorridas por quaisquer serviços recebidos que:
 - a) não eram obrigados a tratar uma **emergência**;
 - b) não foram recomendados por um médico ou cirurgião legalmente qualificado;
 - c) não estão cobertos pelo seu plano de seguro de saúde provincial/territorial; ou
 - d) estão normalmente cobertos pelos benefícios fora do Canadá da cobertura do seu plano de saúde provincial/territorial fora do Canadá (quando aplicável), quando o plano provincial/territorial tiver recusado o pagamento;
4. Quaisquer despesas incorridas por serviços recebidos após a Assistência em Viagem da GSC ter determinado o seguinte:
 - a) a Pessoa Coberta devia regressar à província/território de residência para tratamento, mas a Pessoa Coberta optou por não regressar à província/território de residência;
 - b) os serviços podem ser razoavelmente atrasados até que a Pessoa Coberta regresse à província/território de residência;
 - c) a emergência havia sido terminada; ou
 - d) os serviços são para uma recorrência ou complicação direta ou indiretamente relacionada com a emergência que a Assistência em Viagem da GSC determinou em 3.a), b), ou c) acima.
5. Quaisquer despesas incorridas com serviços para tratar uma condição médica ou complicações de uma condição médica direta ou indiretamente relacionada com uma epidemia ou pandemia se, quando a viagem foi reservada, ou antes da data de partida, **o governo do Canadá tiver emitido um aviso oficial de viagem a aconselhar os canadianos a evitar qualquer viagem ou qualquer viagem não essencial** relativa a qualquer país, região, cidade ou outros componentes-chave dos seus preparativos de viagem (por exemplo, navio de cruzeiro).

Para ver os guias de viagem canadianos, visite o sítio Web do *Government of Canada Travel*.

6. Quaisquer despesas incorridas com serviços a tratar:
 - a) qualquer condição médica, incluindo sintomas de abstinência, resultante ou de alguma forma relacionada com a utilização crónica de álcool, drogas ou outros intoxicantes, antes ou durante a viagem;
 - b) qualquer condição médica que surja durante a viagem, resultante ou de alguma forma relacionada com o abuso de álcool que resulte num nível de álcool no sangue superior a 80 miligramas em 100 mililitros de sangue, drogas ou outros intoxicantes; ou
 - c) qualquer condição médica resultante de não seguir o tratamento prescrito, incluindo medicação sujeita à receita médica ou de venda livre.
7. Quaisquer despesas relacionadas com **gravidez**, parto ou complicações de ambos, que surjam durante o período de 8

semanas antes e depois da data prevista do parto.

8. Quaisquer despesas incorridas do nascimento de uma criança durante a viagem.
9. Quaisquer despesas incorridas durante qualquer viagem efetuada com o objetivo de obter um diagnóstico, tratamento, cirurgia, cuidados paliativos ou qualquer terapia alternativa, bem como qualquer complicação direta ou indiretamente relacionada com qualquer um destes elementos.

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

COBERTURA COMPLEMENTAR DE SAÚDE DUPLICADA

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

EXTENSÃO DA COBERTURA DO BENEFÍCIO DO SOBREVIVENTE PARA DEPENDENTES

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

CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM

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

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM VIAGEM OBRIGATÓRIO

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

BENEFÍCIO DE CUIDADOS DENTÁRIOS

necessidade de preencher um formulário de solicitação e de esperar pelo reembolso das despesas.

REEMBOLSO DE DESPESAS DENTÁRIAS

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

Nível de Reembolso

- 100% para Serviços Básicos
- 60% para Serviços Avançados
- 60% para Serviços Ortodônticos

Guia de taxas dentárias

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

Necessidade Médica e Custos Razoáveis e Habituais

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

BENEFÍCIOS DE CUIDADOS DENTÁRIOS MÁXIMOS DEVIDOS

Serviços Dentários Básicos e Avançados

O benefício máximo anual de Cuidados Dentários devido por este Plano por todos os serviços de cuidados dentários combinados (excluindo serviços ortodônticos) é de \$ 3.500 por Pessoa Coberta, por ano civil.

Serviços Ortodônticos

O Benefício Ortodôntico Vitalício Máximo devido por cada Filho Dependente com idade inferior a 19 anos é de \$ 2.500.

BENEFÍCIOS DENTÁRIOS ALTERNATIVOS

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

APRESENTAÇÃO DE UM PLANO DE TRATAMENTO DENTÁRIO (PREDETERMINAÇÃO)

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

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

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

DESPESAS DENTÁRIAS ELEGÍVEIS

Os encargos com seguintes serviços e materiais odontológicos são considerados despesas com atendimento odontológico que são elegíveis para reembolso.

SERVIÇOS DENTÁRIOS BÁSICOS

Serviços de Diagnóstico

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

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

Serviços Preventivos

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

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

Odontologia Restauradora Básica

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

Extrações

Remoção simples de dentes.

Endodontia

Procedimentos endodônticos de emergência e terapia conservadora do canal radicular.

Periodontia

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

Cirurgia Oral

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

Anestesia

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

Reparações, Realinhamento e Redesenho de Próteses

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

SERVIÇOS DENTÁRIOS AVANÇADOS

Dispositivos Protéticos Removíveis

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

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

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

Odontologia Restauradora Extensa

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

Dispositivos Protéticos Fixos

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

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

SERVIÇOS DENTÁRIOS DE ORTODONTIA

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

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

Um "Plano de Pré-Tratamento Ortodôntico" é um relatório (num formato satisfatório para o Plano) que descreve o tipo e a duração recomendados do tratamento, indica os custos estimados e é acompanhado por radiografias cefalométricas, moldes de estudo e outras evidências de apoio do tratamento proposto.

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

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

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

EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES DOS CUIDADOS DENTÁRIOS

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

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

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

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

1. serviços ou materiais para efeitos de odontologia estética;
2. serviços ou materiais que não sejam fornecidos por um dentista, higienista ou protesista legalmente qualificado que trabalhe no âmbito da sua licença;
3. quaisquer custos por lesões resultantes de guerra, motim, insurreição ou participação em atos criminosos;
4. quaisquer custos diversos, tais como por aconselhamento ou instrução, viagens, compromissos interrompidos, custos de comunicação ou preenchimento de formulários;
5. quaisquer custos resultantes de danos autoinfligidos intencionalmente;
6. quaisquer serviços cobertos, no todo ou em parte, por um plano de saúde provincial, serviços para os quais não se efetue qualquer cobrança ou serviços que o Plano não está permitido por lei a cobrir;
7. quaisquer custos por serviços que normalmente não teriam sido incorridos, se não fosse a contratação deste seguro, ou para os quais não foram incorridos custos;
8. quaisquer despesas hospitalares por alojamento e alimentação e serviços e materiais relacionados;
9. exames odontológicos exigidos por terceiros;
10. procedimentos de diagnóstico relacionados com categorias de benefícios que estão excluídos como despesas elegíveis;
11. serviços ou materiais para implantologia;
12. serviços ou materiais que não sejam clinicamente necessários para o tratamento de uma lesão ou doença existente ou suspeita;
13. as despesas elegíveis resultantes de um Veículo Motorizado apenas serão consideradas elegíveis após terem sido apresentadas pela primeira vez à sua seguradora automóvel (sujeito à legislação aplicável).

EXTENSÃO DA COBERTURA PARA PROCEDIMENTOS DENTÁRIOS ESPECÍFICOS

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

EXTENSÃO DA COBERTURA DO BENEFÍCIO DE CUIDADOS DENTÁRIOS DO SOBREVIVENTE PARA DEPENDENTES

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

CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO DE CUIDADOS DENTÁRIOS

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

DOCUMENTOS PARA O FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO DE CUIDADOS DENTÁRIOS OBRIGATÓRIO

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

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

BENEFÍCIO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS MEMBROS (MAP)

O Programa de Assistência aos Membros (MAP) é um serviço confidencial de aconselhamento, informação e indicação que se encontra disponível para os Membros do Plano e Dependentes elegíveis.

Os serviços de aconselhamento são fornecidos pelos Programas de Assistência aos Funcionários dos Serviços Familiares (FSEAP). Uma Pessoa Coberta pode contactar o FSEAP 24 horas por dia, todos os dias do ano ao ligar diretamente para **1-800-668-9920**. Para serviços de TTY, ligue para o 1-888-234-0414.

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

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

As chamadas serão transferidas imediatamente para um conselheiro qualificado do FSEAP, que poderá fornecer assistência por telefone ou providenciar uma consulta de aconselhamento presencial. O FSEAP fornece aconselhamento confidencial no Canadá e nos Estados Unidos.

Os funcionários do FSEAP incluem assistentes sociais e psicólogos experientes. Se for necessário aconselhamento a longo prazo ou especializado, o conselheiro do FSEAP irá encaminhá-lo para outro especialista da sua comunidade. Esta indicação poderá implicar taxas. Para obter mais informações, visite:

- www.myfseap.com
- Iniciar sessão com o nome do grupo: **toloc27map**
- Palavra-passe: **myfseap1**

RESUMO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS MEMBROS

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

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

CESSAÇÃO DOS BENEFÍCIOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS MEMBROS

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

BENEFÍCIO POR LUTO/LICENÇA PARENTAL

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

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

BENEFÍCIO DE LUTO

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

QUEM SE QUALIFICA COMO "FAMILIAR"

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

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

BENEFÍCIO DE LICENÇA PARENTAL

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

VALOR DO BENEFÍCIO

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

TRIBUTAÇÃO DOS PAGAMENTOS DE BENEFÍCIOS

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

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

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

COMO AS RECLAMAÇÕES SÃO APRESENTADAS

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

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

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

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

CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO POR LUTO/LICENÇA PARENTAL

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

PLANO DE PAGAMENTO DE FÉRIAS

DESCRIÇÃO GERAL DO PLANO

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

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

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

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

PERGUNTAS FREQUENTES

As informações que se seguem fornecem respostas a perguntas comuns sobre o funcionamento do Plano de Subsídio de Férias do Sindicato Local 1030. Se tiver alguma dificuldade em compreender as regras do Plano de Subsídio de Férias ou os seus direitos no âmbito do Plano, o Escritório de Administração do Plano terá todo o prazer em responder às suas perguntas.

Como funciona o Plano de Subsídio de Férias?

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

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

Como são investidas as contribuições para o Fundo fiduciário de subsídio de férias?

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

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

Os Membros do Plano recebem sempre 100% das contribuições de Férias a que têm direito, desde que o Empregador/Parte Contratante aplicável tenha remetido todas as contribuições de Férias do Membro do Plano para o Fundo Fiduciário de Férias, menos qualquer taxa administrativa aplicável, conforme descrito abaixo.

Como é que os Membros do plano exercem o seu direito ao subsídio de férias?

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

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

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

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

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

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

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

Há taxas associadas ao direito de Subsídio de Férias?

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

O Subsídio de Férias está sujeito ao Imposto de Rendimentos?

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

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

PLANO DE SERVIÇOS JURÍDICOS

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

PROGRAMA DE SERVIÇOS COBERTOS

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

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

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

**ou administração do património caso não haja testamento*

BENEFÍCIO MÁXIMO ANUAL GLOBAL POR ANO CIVIL

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

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

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

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

SELEÇÃO DO ADVOGADO

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

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

COMO APRESENTAR RECLAMAÇÕES

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

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

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

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

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

TRIBUTAÇÃO DOS BENEFÍCIOS

Quaisquer pagamentos do Plano de Serviços Jurídicos emitidos para um Membro do Plano são considerados, de acordo com as leis tributárias canadianas, um rendimento tributável ao Membro do Plano no ano civil no qual foi pago.

Em fevereiro de cada ano, o Membro do Plano que recebeu o(s) pagamento(s) do Plano de Serviços Jurídicos no ano civil anterior receberá uma declaração de impostos oficial do Plano que indica o valor total pago ao Membro do Plano no ano civil anterior.

REGRAS E DISPOSIÇÕES GERAIS DO PLANO

DECLARAÇÃO SOBRE A POLÍTICA DE PRIVACIDADE

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

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

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

BENEFICIÁRIO DESIGNADO

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

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

COMO APRESENTAR UMA RECLAMAÇÃO

Quando um Membro do Plano ou um Dependente elegível incorre em despesas elegíveis cobertas por um dos benefícios do Plano, a reclamação deve ser enviada aos responsáveis pelo Plano para reembolso. A maioria dos tipos de reclamações pode ser enviada aos responsáveis pelo Plano de várias formas, mas todas as reclamações têm de ser enviadas de forma adequada, com todos os documentos em anexo exigidos e antes do Prazo de Apresentação de reclamações.

As reclamações podem ser enviadas:

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

**Planos de benefícios residenciais da Carpenters
45 McIntosh Drive
Markham ON
L3R 8C7**

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

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

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

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

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

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

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

PRAZOS DE APRESENTAÇÃO DE RECLAMAÇÕES

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

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

BENEFÍCIO

PRAZO PARA APRESENTAÇÃO DAS RECLAMAÇÕES

Seguro de Vida	No prazo de 12 meses a contar da data da morte
Seguro de Vida de Dependentes	No prazo de 12 meses a contar da data da morte
Morte e desmembramento acidental	No prazo de 30 dias a contar da data do acidente
Doença grave	No prazo de 30 dias a partir da data do diagnóstico
Indemnização Semanal	No prazo de 6 meses a contar da data da incapacidade
Incapacidade a Longo Prazo	No prazo de 6 meses após a cessação do primeiro mês após o período de incapacidade elegível
Cuidados de Saúde Complementares	No prazo de 12 meses a contar da data da despesa
Assistência de Emergência em Viagem	Dentro de 48 horas a partir da Data da Despesa
Cuidados Dentários	Dentro de 12 meses a partir da Data da Despesa

Programa de Assistência aos Membros	Não Aplicável
Licença por Luto/Licença Parental	No prazo de 12 meses a partir da Data do Evento
Plano de Serviços Jurídicos	No prazo de 180 dias a contar da Data da Despesa
Plano de Subsídio de Férias	Não Aplicável

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

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

AÇÃO LEGAL

Um Membro do Plano não poderá iniciar uma ação legal contra a(s) Seguradora(s) do Plano, ou o Plano, menos de 60 dias após a apresentação da perda conforme descrito na secção **PRAZOS DE APRESENTAÇÃO DE PARTICIPAÇÕES** deste Manual. Todas as ações ou processos contra a(s) Seguradora(s) do Plano, ou o Plano, para a recuperação de dinheiro devido de acordo com este Plano são totalmente proibidas a menos que sejam iniciados dentro do prazo estabelecido pela Lei de Seguros ou legislação aplicável.

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

Em Ontário, todas as ações ou procedimentos contra a GSC para recuperação do pagamento de benefícios ao abrigo do Plano estão absolutamente proibidos, a menos que tenham sido iniciados dentro do prazo estabelecido na *Lei de Limitações de 2002*. Na Colômbia Britânica, Alberta e Manitoba, todas as ações ou procedimentos contra a GSC para recuperação do pagamento de benefícios ao abrigo do Plano estão absolutamente proibidos, a menos que tenham sido iniciados dentro do prazo estabelecido na *Lei de Seguros*.

COORDENAÇÃO DE BENEFÍCIOS (CDB)

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

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

1. se a despesa da reclamação tiver sido incorrida por um Membro do Plano, envie primeiro a reclamação para este Plano. Se ainda houver um saldo não pago, envie a reclamação para o plano do Cônjuge do Membro do Plano, juntamente com a Explicação dos Benefícios deste Plano, para que o plano do Cônjuge saiba quanto já foi pago por este Plano.
2. Se a despesa da reclamação tiver sido incorrida pelo Cônjuge do Membro do Plano, envie primeiro a reclamação ao plano do Cônjuge (se o Cônjuge tiver um plano). Se ainda houver um saldo não pago, envie a reclamação para este Plano juntamente com a Explicação dos Benefícios do plano do Cônjuge, para que este Plano saiba quanto já foi pago pelo plano do Cônjuge.
3. Se um Filho Dependente incorrer numa despesa de reclamação, envie primeiro a reclamação ao plano que cobre o progenitor que tem a data de nascimento anterior no ano civil. Se ainda houver um saldo não pago, submeta a despesa da reclamação não paga ao segundo plano (do outro progenitor), juntamente com a Explicação dos Benefícios do primeiro plano, para que o segundo plano saiba quanto já foi pago pelo primeiro plano. Se um Cônjuge do Membro do Plano não tiver um plano de benefícios e a despesa da reclamação apenas puder ser submetida a um plano, submeta a reclamação para este Plano.
4. Se um Membro do Plano e o seu Cônjuge estiverem ambos cobertos por este Plano como Membros do Plano, deve ser anexada uma nota ao formulário de reclamação a informar o Escritório de Administração do Plano sobre os nomes dos Membros do Plano e ambos os Números de Certificados do Plano (Identificação do Membro do Plano). O Escritório de administração do plano irá liquidar a reclamação em conformidade.

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

RECURSOS DE RECLAMAÇÃO

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

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

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

ESCRITÓRIO DE ADMINISTRAÇÃO

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

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

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

EMPLOYEE BENEFIT PLAN SERVICES LIMITED

45 McIntosh Drive
Markham, Ontário
L3R 8C7

Chamada Gratuita: 1-800-263-3564

Tel.: (905) 946-9700

Fax: (905) 946-2535

E-mail: benefits@carpentersresidential.ca

www.carpentersresidential.ca

