

# PLANO DE SAÚDE E BEM-ESTAR RESIDENCIAL DA CARPENTERS



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

ATUALIZADO EM 1 DE JULHO DE 2021

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



# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
RESUMO DOS BENEFÍCIOS.....	2
RESUMO DA SÍNTESE DE BENEFÍCIOS .....	6
INFORMAÇÕES DE ELEGIBILIDADE.....	8
PROCESSO DE ESCALA PARA O PLANO DE BENEFÍCIOS ABRANGENTE.....	12
SEGURO DE SEGURANÇA NO TRABALHO (WSIB).....	16
DESCRIÇÃO DOS BENEFÍCIOS.....	19
BENEFÍCIO DE SEGURO DE VIDA.....	19
BENEFÍCIO POR MORTE E DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL.....	20
BENEFÍCIO DE SAÚDE COMPLEMENTAR.....	32
BENEFÍCIO DE CUIDADOS DENTÁRIOS.....	40
BENEFÍCIO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS MEMBROS.....	45
BENEFÍCIO POR LUTO/LICENÇA PARENTAL.....	48
PLANO DE BONIFICAÇÃO PELA PRODUTIVIDADE.....	50
PLANO DE SUBSÍDIO DE FÉRIAS.....	62
PLANO DE SERVIÇOS JURÍDICOS.....	56
REGRAS E DISPOSIÇÕES GERAIS.....	59
ESCRITÓRIO DE ADMINISTRAÇÃO DO PLANO.....	65

# 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 Introdutório do Plano de Saúde e Bem-estar Residencial da Carpenters. Este Manual também fornece informações sobre como se tornar 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 "Pessoa Coberta" referem-se a uma pessoa que cumpriu as regras de elegibilidade para os Benefícios fornecidos no Plano de Benefícios Introdutório 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 Bónus de Produtividade do Departamento de Telhados e Revestimento" e/ou "Carpenters e Trabalhadores Associados Local 27 - Fundo Fiduciário de Serviços Jurídicos do Departamento de Telhados e Revestimento" e/ou "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 Bonificação pela Produtividade, 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 descritas neste Manual e os respetivos direitos são regidos pelas disposições do Número da Apólice de Seguro da Manulife Financeira 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 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 Introdutório 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:** \$ 50.000

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

<b>Membro do plano:</b>	Soma principal	\$ 50.000
	Benefício por incapacidade permanente e total	\$ 50.000
	Benefício por AD&D no trabalho	\$ 50.000

## BENEFÍCIO DE SAÚDE COMPLEMENTAR

**Dedutível:** Nenhum

**Reembolso:** 100% para cuidados oftalmológicos; 90% para medicamentos genéricos sujeitos a receita médica; 80% para medicamentos biológicos e biossimilares sujeitos a receita médica (de marca); 80% para todas as outras despesas 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

**Medicamentos Biológicos/biossimilares:** Estes medicamentos requerem a autorização prévia do Plano. Reembolso baseia-se no medicamento biológico ou biossimilar (se houver um medicamento biossimilar disponível) adequado de custo mais baixo

**Máximos para medicamentos:** Tratamento com metadona \$ 1.000 vitalício; disfunção erétil \$ 500 por ano; medicamentos para fertilidade \$ 2.500 vitalício.

**Taxa de distribuição** \$ 9,00

*máxima:*

<b>Canábis medicinal:</b>	Máximo anual de \$ 500 para doenças específicas
<b>Cuidados oftalmológicos</b> <i>Lentes de contacto, armações e lentes de contacto:</i>	Máximo de \$ 200 em qualquer período consecutivo de 24 meses; (inclui óculos de sol com receita médica; exclui óculos de segurança)
<i>Exames oftalmológicos:</i>	1 exame oftalmológico a cada 24 meses
<b>Especialistas paramédicos:</b>	\$ 150 combinado para todos os especialistas por ano civil, incluindo Quiroprático, massagista registado, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, naturopata, osteopata ou podólogo.
<b>Psicólogo:</b>	Máximo de \$ 500 por ano
<b>Aparelhos auditivos:</b>	Benefício máximo de \$ 500 em qualquer período consecutivo de 36 meses para a compra de aparelhos auditivos (pilhas não incluídas)
<b>Ortótese para pé:</b>	Benefício máximo de \$ 500 num período de 24 meses para ortóteses especialmente criadas e moldadas para o segurado, necessárias para corrigir uma incapacidade física diagnosticada.
<b>Outros materiais e serviços médicos:</b>	Ambulância, cuidados de convalescença, serviços odontológicos em caso de acidente, equipamentos médicos duradouros (cama hospitalar, cadeira de rodas, aparelhos ortodônticos, muletas), próteses, radiografias, análises laboratoriais, meias cirúrgicas.
<b>Enfermagem em serviço privado:</b>	Máximo de \$ 10.000 por ano

## BENEFÍCIOS DE CUIDADOS DENTÁRIOS

<b>Dedutível:</b>	Nenhum
<b>Reembolso:</b>	100% para serviços odontológicos básicos 50% para os principais serviços dentários
<b>Programa da Guia de Honorários dentários:</b>	Os benefícios dentários são reembolsados de acordo com a Guia de honorários sugeridos da Associação Dentária para profissionais 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:**

**Máximo para serviços básicos e avançados:** \$ 1.000 por ano civil para serviços básicos e avançados combinados

<b>Serviços básicos:</b>	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.
<b>Exames de rotina:</b>	1 exame de rotina a cada 6 meses
<b>Exames completos:</b>	1 exame oral completo a cada 24 meses
<b>Serviços avançados:</b>	Coroas, pontes, próteses dentárias, pontes/próteses dentárias de substituição 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. Contacte a FSEAP diretamente através do número 1-800-668-9920 ou online ao utilizar as informações fornecidas na secção Descrição de Benefícios deste Manual, na rubrica Programa de Assistência ao Membro.

## 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, Cuidados Odontológicos e Benefícios do Programa de Assistência aos Membros por um período de 30 meses consecutivos que tem início 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.

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

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

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

## **PLANO DE SERVIÇOS JURÍDICOS**

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

Leia o Programa de Benefícios na secção do Plano de Serviços Jurídicos deste Manual para obter detalhes sobre os benefícios máximos anuais devidos, dependendo do tipo de serviço jurídico utilizado. O Plano também tem os máximos do ano civil para todos os serviços jurídicos combinados, dependendo dos seus anos cumulativos como um Membro elegível do plano.

## **SÍNTESE DOS BENEFÍCIOS**

As páginas seguintes 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 introdutório (a partir de 1 de janeiro de 2021)

Benefício/Prestação de benefícios	Cobertura/regra do plano de benefícios de saúde
<b>Disposições gerais do plano</b>	
Desembolso mensal do Dollar Bank	\$ 150
Limite máximo do Dollar Bank	\$ 1.800 (12 meses de desembolso mensal do Dollar Bank)
Elegibilidade inicial	1º dia do 2º mês, após o mês em que o Membro acumula \$ 450 no Dollar Bank
Elegibilidade de reintegração	1º dia do mês após acumulação de \$ 300 no Dollar Bank do Membro
Opções de pagamento direto dos planos	Plano A (todos os benefícios fornecidos): Pagamento de \$ 150 por mês (mais imposto provincial aplicável)
Duração do Pagamento Direto	Máximo de 3 meses (beneficiários do WSIB até aos 65 anos)
Definição para dependentes - cônjuge	Casamento legal, união de facto com residência conjunta de 12 meses
Definição para dependentes - Filhos	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 na descrição de cada benefício)
<b>Seguro de vida</b>	
Valor do benefício	\$ 50.000
Rescisão da cobertura	Reforma (aplicam-se outras regras de rescisão convencionais)
<b>Morte e desmembramento acidental (AD&amp;D)</b>	
Valor principal do Membro	Pagamento de benefício de \$ 50.000 por morte acidental; várias percentagens pagas por desmembramento
Benefício por morte e desmembramento acidental (AD&D) no trabalho	Benefício de mais \$ 50.000 adicionais por morte e desmembramento acidental no trabalho (esta disposição termina aos 75 anos de idade)
Benefício de incapacidade permanente e total	Montante fixo de \$ 50.000 em caso de "incapacidade total" (esta disposição termina aos 65 anos de idade)
Relação de danos	percentagem do valor principal pago por perdas específicas (também se aplica à morte e ao desmembramento acidental no trabalho)
Benefícios de AD&D periféricos	vários serviços e benefícios adicionais disponíveis para um pedido aprovado
Rescisão da cobertura	Reforma (aplicam-se outras regras de rescisão convencionais)
<b>Benefício de pagamento em caso de luto</b>	
Benefício máximo e período de pagamento	Benefício máximo de \$ 150 por dia - máximo de 3 dias
Membros da família elegíveis	Cônjuge, filho(a), pai/mãe, avó/avó, irmão, irmã (ou quaisquer parentes diretos dos cônjuges).
Prova obrigatória da reclamação	tem de estar ativo no trabalho, fornecer nota do empregador e certidão de óbito
<b>Benefício de licença parental</b>	
Benefício máximo e período de pagamento	Benefício máximo de \$ 150 por dia - máximo de 3 dias
Membros da família elegíveis	criança recém-nascida
Prova obrigatória da reclamação	tem de 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 inicial (a partir de 1 de janeiro de 2021)

Benefício/Prestação de benefícios	Cobertura/regra do plano de benefícios de saúde
<b>Cuidados de saúde complementares</b>	
Dedutível	Nenhum
Nível de Reembolso	100% para cuidados oftalmológicos; 80% para todos os outros serviços e materiais (exceto
Cartão de benefícios/medicamentos sujeitos à	Para pagamento direto de medicamentos sujeitos à receita médica e outros serviços e
Nível de reembolso de medicamentos sujeitos à	Reembolso de 90% para medicamentos genéricos sujeitos a receita médica
Nível de reembolso de medicamentos sujeitos à receita médica - Nível 2	Reembolso de 80% para medicamentos biológicos e biossimilares sujeitos a receita médica (de marca)
Taxa de distribuição máxima	\$ 9,00
Máximo para seguro de saúde vitalício geral	Ilimitado
Reembolso e máximos para medicamentos sujeitos à receita médica	Com base no custo elegível mais baixo entre um medicamento biológico e o seu biossimilar (se estiver disponível). São necessárias autorizações prévias. Tratamento com metadona: \$ 1.000 vitalício. Disfunção erétil: \$ 500/ano. Medicamentos de fertilidade: \$ 2.500 vitalício.
Canábis medicinal	Máximo anual de \$ 500 (apenas para doenças específicas)
Enfermagem em serviço privado	\$ 10.000 por ano civil
Serviços de paramédicos	\$ 150 combinados para todos os especialistas por cada ano civil - quiroprático, osteopata, podólogo, fisioterapeuta, naturopata, fonoaudiólogo e massagista.
Psicólogo	\$ 500 por ano civil
Ortótise/Sapatos ortopédicos	\$ 500/24 meses para ortóteses - taxas razoáveis e habituais para sapatos ortopédicos
Aparelhos auditivos	\$ 500 a cada 36 meses
Cuidados oftalmológicos	\$ 200/24 meses para lentes, armações ou lentes de contacto (inclui óculos de sol com receita médica; exclui óculos de segurança)
Exames oftalmológicos	1 exame oftalmológico a cada 24 meses
Serviços de transporte médico	Ambulância de emergência
Fornecimentos e serviços médicos	Cuidados 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	\$ 5.000 por acidente - o trabalho odontológico tem de ser concluído em até 12 meses
Benefício de sobrevivência (para dependentes)	saldo do Membro do Dollar Bank, além de uma extensão de 30 meses
Rescisão da cobertura	Reforma - (outras cláusulas de rescisão padrão aplicáveis)
<b>Cuidados dentários</b>	
Dedutível	Nenhum
Serviços básicos de cosseguro	Reembolso de 100%
Serviços principais de cosseguro	Reembolso de 50%
Serviços básicos máximos anuais	\$ 1.000
Serviços principais máximos anuais	combinado com o máximo de serviços básicos
Tabela de guia de taxas	Guia atual de taxas dentárias
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
1 série completa de raio-X	segurado
1 conjunto de raio-X Bitewing	segurado
Polimento	segurado
Tratamento tópico com flúor	segurado
Escala periodontal	8 unidades por cada ano civil
Principais serviços incluídos	Coroas, pontes, dentaduras
Pontes de substituição/dentaduras	segurado a cada 5 anos
Benefício de sobrevivência (para dependentes)	saldo do Membro do Dollar Bank, além de uma extensão de 30 meses
Rescisão da cobertura	Reforma - (outras cláusulas de rescisão padrão aplicáveis)
<b>Programa de assistência aos membros</b>	Serviços de aconselhamento e consultoria confidenciais

# INFORMAÇÕES DE ELEGIBILIDADE

## **SOBRE O PLANO DE BENEFÍCIOS INTRODUTÓRIO**

O Plano de Saúde e Bem-Estar Residencial da Carpenters fornece o Plano de benefícios introdutório para os Membros do plano que podem não ser capazes de cumprir e/ou manter a elegibilidade para os Benefícios do Plano de Benefícios Abrangente da Carpenters, devido ao nível de contribuições recebidas e/ou à maior exigência mensal do Dollar Bank do Plano Abrangente.

O Plano de Benefícios Introdutório permite que os Membros do Plano se tornem elegíveis para obter Benefícios o mais rápido possível, e permite que eles permaneçam cobertos pelos Benefícios durante mais tempo.

Os membros do Plano que estiverem inscritos no Plano de Benefícios Introdutório receberão oportunidades periódicas de "escalar" para o Plano de Benefícios Abrangente ao longo de cada ano de benefício. Este processo e os requisitos para o mesmo são descritos mais adiante neste Manual.

## **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 do qual as contribuições foram feitas ao(s) Fundo(s) aplicável(eis) 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 Sindicato ou no Escritório de administração do plano. É importante manter o seu Cartão de Informações de Membro atualizado e informar o Escritório de administração do plano se houver alguma alteração nas informações já fornecidas.

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

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

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

### **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 \$ 150.

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 \$ 1.800.

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. Portanto, um Membro do plano que tenha o saldo máximo da Conta Bancária do Dollar Bank permanecerá coberto pelo Plano 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 estar elegível para fazer pagamentos mensais por Pagamento Direto diretamente ao Escritório de Administração do Plano, durante um período máximo de três meses consecutivos, para permanecer elegível para os Benefícios do Plano.

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).

Um Membro do Plano tem a opção de prolongar a cobertura ao fazer pagamentos mensais pelo Pagamento Direto, com base no seguinte Plano de Pagamento Direto:

**Plano A** – um Plano de Pagamento Direto para os Membros do Plano Ativo que fornece todos os Benefícios do Plano Introdutório, requerendo um pagamento por Pagamento Direto mensal de \$ 150 (mais impostos provinciais aplicáveis)

Este Plano de Pagamento Direto e o valor do pagamento mensal direto requerido são os que estão em vigor a partir da data em que este Manual de Informações para os Membros do Plano foi preparado. 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 tiver sido 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 rescindida 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 2 vezes a dedução mensal necessária do Dollar Bank. Com base na Dedução mensal do Dollar Bank pelo Plano a partir da data em que este Manual de Informações para Membros do Plano foi preparado, o saldo requerido da Conta Bancária em Dólares para a restituição dos benefícios é de \$ 300.

A Dedução Mensal do Dollar Bank, os saldos das Contas do Dollar Bank e as regras de elegibilidade em curso descritas acima são as que estavam em vigor quando este Manual de Informações para Membros do Plano foi preparado. 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 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, no dia anterior ao dia em que um Membro do Plano atinge a idade de 65 anos ou se reforma.
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 em que a cobertura de um Membro do Plano será rescindida conforme descrito acima. No entanto, certos Benefícios podem ser prolongados conforme descrito na Seção de Descrição de Benefícios deste Manual. 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 **seção Descrição dos benefícios** deste Manual para mais informações.

## PROCESSO DE ESCALA

### ESCALA DO PLANO DE BENEFÍCIOS ABRANGENTE

O Plano de Benefício Introdutório de Saúde e Bem-Estar Residencial da Carpenters foi criado para garantir que todos os Membros do Plano se tornem elegíveis para os Benefícios o mais rápido possível e permaneçam elegíveis para os Benefícios.

O Plano oferece aos Membros do plano elegíveis um maior nível de cobertura de benefícios e está disponível para os Membros do plano Introdutório sob certas condições.

Existem períodos trimestrais de avaliação em cada ano civil, nos quais o Escritório de administração do plano analisa a situação e a capacidade de todos os Membros do Plano Introdutório para determinar se o Membro do plano teria contribuições suficientes do empregador/empregado para manter a elegibilidade no Plano de Benefícios Abrangente.

#### *Escalada do Plano Abrangente para Novos Membros do Plano Introdutório*

Para os novos Membros do Plano Introdutório, o Escritório de administração do plano considerará os seguintes requisitos durante o primeiro período de escala, antes de o Membro do Plano Introdutório "escalar" para o Plano de Benefícios Abrangente. O novo Membro do Plano introdutório deve ter:

- sido continuamente coberto pelo Plano de Benefícios Introdutório nos três meses anteriores ao período de escala, tendo contribuições suficientes do empregador/parte contratante transferidas para o Plano, em nome do Membro do Plano, para ir de encontro à dedução mensal do Dollar Bank no valor de \$ 150 do Plano de Benefícios Introdutório (os pagamentos do Pagamento Direto não são considerados elegíveis durante o período contínuo de três meses);
- recebido contribuições suficientes do empregador/empregado todos os meses para cumprir a dedução mensal do Dollar Bank do Plano de benefícios abrangente para o trimestre imediatamente anterior ao período de escala;

- sido Membro em situação regular do Sindicato Local 27 ou do Sindicato Local 1030 continuamente durante o período de três meses imediatamente anterior ao período de escala;

Se o novo Membro do plano introdutório não for capaz de atender a esses requisitos e "escalar" para o Plano de benefícios abrangente, o Membro do plano permanecerá elegível no Plano de benefícios introdutório e será reavaliado para elegibilidade no Plano de benefícios abrangente durante o próximo período de escala.

#### ***Escala do Plano Abrangente de Membros Contínuos do Plano Introdutório***

Para os Membros do plano introdutório que não puderam "escalar" para o Plano de benefícios abrangente durante o primeiro período de escala, o Escritório de administração do plano considerará os seguintes requisitos durante o segundo e os subsequentes períodos de escala, antes de o Membro do Plano introdutório "escalar" para o Plano de benefícios abrangente. Neste caso, o Membro do plano introdutório deve ter:

- sido continuamente coberto pelo Plano de Benefícios introdutório para os três meses anteriores ao período de escala, tendo contribuições suficientes do empregador/parte contratante sido transferidas para o Plano, em nome do Membro do Plano, para ir de encontro à dedução mensal do Dollar Bank no valor de \$ 150 do Plano de Benefício Introdutório (os pagamentos do Pagamento Direto não são considerados elegíveis durante o período contínuo de seis meses);
- recebido contribuições suficientes do empregador/empreiteiro todos os meses para cumprir a dedução mensal do Dollar Bank do Plano de benefícios abrangente para o trimestre imediatamente anterior ao período de escala;
- sido Membro em situação regular do Sindicato Local 27 ou do Sindicato Local 1030 continuamente durante o período de 12 meses imediatamente anterior ao período de escala;

#### ***Quando são os períodos de escala em cada ano***

O Escritório de administração do plano avalia a capacidade dos Membros do plano introdutório de manter a elegibilidade no Plano de benefícios abrangente todos os trimestres. Não há exceções para esses períodos de avaliação/escala.

#### ***Quando começam os benefícios no Plano abrangente para Membros que "escalam"***

A escala no Plano de benefícios abrangentes entrará em vigor no primeiro dia do segundo mês após o mês da avaliação do Administrador do plano.

#### ***E se as contribuições do empregador/empreiteiro forem feitas tardiamente para o Plano de benefícios introdutório?***

O Escritório de administração do plano não aguardará que as contribuições do empregador/empreiteiro sejam remetidas para o Plano de benefícios introdutório para concluir o processo de avaliação. As contribuições atrasadas não serão reavaliadas após terem sido recebidas. Neste caso, a elegibilidade do Membro do plano introdutório no Plano de benefícios abrangente será reavaliada no próximo período de escala agendado.

#### ***Se um Membro da escala não puder manter a elegibilidade no Plano abrangente***

A escala para o Plano de benefícios abrangente não é voluntária. Os Membros do Plano introdutório que se qualificam para o Plano de benefícios abrangente não podem permanecer no Plano de benefícios introdutório e irão automaticamente "escalar" para o Plano de benefícios abrangente.

Após a escala de um Membro do Plano introdutório para o Plano de benefícios abrangente, o Membro do Plano não poderá regressar ao Plano de benefícios introdutório, independentemente da capacidade do Membro de manter a elegibilidade contínua no Plano de benefícios abrangente.

Caso um Membro do Plano Abrangente não tenha contribuições suficientes do empregador/parte contratante para manter a elegibilidade no Plano de Benefícios Abrangente, recomenda-se que o Membro do Plano faça os pagamentos do Pagamento Direto necessários para uma das opções do Plano de Pagamento Direto incluído no Plano de Benefícios Abrangente.

### ***A escala afetará a cobertura e os valores máximos dos benefícios***

As despesas que os Membros do Plano apresentarem ao Plano como reclamações serão consideradas conforme os benefícios do Plano pelo qual o Membro estava coberto no momento em que a despesa foi incorrida.

Para benefícios com limites ou valores máximos de frequência, qualquer uso sob o Plano de benefícios introdutório será considerado e contará para os limites e valores máximos que se aplicam no Plano de benefícios abrangente.



# SEGURO DE SEGURANÇA NO TRABALHO

Se um Membro do Plano se tornar incapacitado enquanto trabalha para um empregador contribuinte pelo qual os benefícios da Compensação do Trabalhador (WSIB) são devidos de acordo com a Lei de Segurança e Seguro 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 do 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 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 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 (onde aplicável);

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 pode ajudar os membros do plano com um recurso de reclamação do WSIB.

### ***Obrigações 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 de WSIB.

De acordo com as regras de WSIB, o trabalho temporário modificado não tem de estar relacionado com a construção e não tem de ser um trabalho que se enquadre no acordo coletivo. Pode incluir trabalho de escritório, se adequado e disponível. Uma disputa sobre a adequação do trabalho modificado pode resultar na análise de um especialista 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.<sup>a</sup> 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 é elegível para os Benefícios do Plano, o valor do Benefício do Seguro de Vida apresentado 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.

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. 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 reformar 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 POR MORTE E DESMEMBRAMENTO

## BENEFÍCIO POR MORTE ACIDENTAL

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

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

## BENEFÍCIO POR MORTE ACIDENTAL NO TRABALHO

Dentro de 365 dias após a morte acidental no trabalho, e após a receção do devido comprovativo de perda satisfatória para a Seguradora, o Beneficiário Designado do Membro do Plano receberá o Benefício por Morte Acidental no Trabalho indicado na secção **Resumo de Benefícios** deste Manual.

Uma morte acidental no trabalho é o resultado de um acidente que ocorre quando um membro do Plano, que tem menos de 75 anos, está:

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

### **BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE TOTAL PERMANENTE**

Após um ano (12 meses) de "**Incapacidade Total Continuada**", se o Membro do Plano com menos de 65 anos se tornar "**Permanente e Totalmente Incapacitado**", a Seguradora pagará o Benefício Total de Incapacidade Permanente indicado na secção **Resumo dos Benefícios** deste Manual para o membro do plano.

A Seguradora deduzirá quaisquer pagamentos feitos no âmbito do Programa de Perda de Benefício por Desmembramento Acidental (consultar mais abaixo), por conta destes danos.

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

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

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

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

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

- Perda de visão de ambos os olhos

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

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

Além do Benefício por Desmembramento Acidental, a Seguradora também paga 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

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 irrecuperável 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 irrecuperável da fala que não permite a comunicação em qualquer grau.

"Perda", conforme utilizado com referência a "Perda" de audição, significa perda completa e irrecuperável 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 irrecuperável 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 irrecuperável do uso desde que a perda seja contínua por 12 meses consecutivos e seja determinada como permanente pela Seguradora.

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

Se 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**

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

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

### ***BENEFÍCIO DE REPATRIAÇÃO***

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

### ***BENEFÍCIO DE REABILITAÇÃO***

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

- a) esta formação seja obrigatória por causa dessas lesões e para que o Membro do Plano seja qualificado para participar num trabalho para o qual ele/ela não teria sido contratado, exceto por tais lesões;
- b) as despesas 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 um Membro do Plano como paciente internado num hospital fora de cento e cinquenta (150) quilômetros da cidade de residência permanente do Membro do Plano ou fora do Canadá e requerem comparecimento pessoal de um membro da família imediata conforme recomendado pelo médico responsável, por escrito, a Seguradora pagará as despesas incorridas pelo membro da família para o transporte pela rota mais direta por um transporte comum licenciado para o Membro do Plano confinado, mas não deve exceder o montante máximo de \$ 15.000. "**Membro da família imediata**" significa cônjuge, pai/mãe ou padrasto, filho(a) ou enteado(a), irmão ou irmã, meio-irmão ou meia-irmã, cunhado ou cunhada, sogra ou sogro e genro ou nora.

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

Quando os danos a um Membro do Plano resultarem num pagamento a ser feito pela Seguradora no âmbito do Benefício por Morte Acidental, além disso, a Seguradora pagará as despesas realmente incorridas, dentro de 365 dias da data do acidente, pelo Cônjuge do Membro do Plano 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 um Membro do Plano sofrer uma lesão que resulte num dos prejuízos por Desmembramento Acidental devido, excluindo o Benefício por Morte Acidental, e tal lesão requerer, subsequentemente, o uso de uma cadeira de rodas como ambulatorial.

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

- 1) custo único de alterações na residência principal do Membro do Plano para torná-la acessível a cadeiras de rodas e habitável; e

- 2) custo único de modificações necessárias para um veículo a motor utilizado pelo Membro do Plano para tornar o veículo acessível ou operável para o Membro do Plano.

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

- a) sejam efetuadas alterações em casa por uma pessoa ou pessoas experientes em tais alterações e recomendadas por uma organização reconhecida, que 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 do Membro do Plano até um máximo de \$ 5.000 por ano, em nome de qualquer Filho Dependente que, na data do acidente, esteja matriculada como estudante a tempo inteiro em qualquer instituição de ensino superior pós-secundário e, 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 um Membro do Plano, 365 dias a partir da data do acidente, a Seguradora pagará as despesas razoáveis e necessárias efetivamente incorridas pelos Dependentes elegíveis sobreviventes do Membro do Plano (Cônjuge e

Filhos) de até seis (6) sessões de aconselhamento de luto, por um Conselheiro Profissional, sujeito a um valor máximo de \$ 1.000.

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

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

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

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

1. funciona principalmente para o acolhimento, prestação de cuidados e tratamento de pessoas doentes, enfermes ou com ferimentos como pacientes internados;
2. presta serviços de enfermagem 24 horas por dia através de enfermeiros registados ou graduados;
3. tem uma equipa composta por um ou mais médicos licenciados disponíveis permanentemente;
4. possui instalações preparadas para realizar diagnósticos e instalações cirúrgicas; e
1. 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 um Membro do Plano sofrer uma queimadura de terceiro grau devido a um acidente, a Seguradora pagará uma

Parte do Corpo	(A) Classificação da Área	(B) % máxima permitida para a Área Queimada	(C) % máxima da Soma Principal Devida
----------------	------------------------------	--	---

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:

Rosto, Pescoço, Cabeça	11	9,0%	99,0%
Mão e Antebraço	5	4,5%	22,5%
Braço Superior	3	4,5	13,5%
Tronco (Peito ou Costas)	2	18,0%	36,0%
Coxa	1	9,0%	9,0%
Canela (abaixo do joelho)	3	9,0%	27,0%

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

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

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

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

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

#### **BENEFÍCIO DE IDENTIFICAÇÃO**

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

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

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

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

### **PRIVILÉGIO DE CONVERSÃO**

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

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

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

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

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

- a) enquanto está a ser utilizado para qualquer teste ou propósito experimental; ou

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

Os "**Benefícios Adicionais de Morte e Desmembramento Acidental**" descritos anteriormente (além dos Benefícios por Morte Acidental, Desmembramento Acidental, Morte Acidental no Trabalho e Desmembramento Acidental no Trabalho) serão limitados a apenas uma (1) apólice de seguro caso os benefícios estejam contidos em duas (2) ou mais apólices emitidas pela Seguradora que cobrem o mesmo Membro do Plano.

### **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 seção Regras e Disposições Gerais do Plano** deste Manual.

Os Membros do Plano e os seus Cônjuges elegíveis receberão o Cartão de benefício do Plano que poderá ser utilizado para pagar reclamações ou muitas das despesas de Cuidados de saúde complementares elegíveis do Plano. O Cartão de Benefícios pode ser utilizado nas farmácias aderentes para a aquisição da maioria dos medicamentos receitados. A utilização do cartão de benefícios 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 irá reembolsar as despesas elegíveis da seguinte forma:

- 100% para cuidados oftalmológicos

## BENEFÍCIO DE SAÚDE COMPLEMENTAR

- 80% para todas as outras despesas de saúde elegíveis

### 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 equipamento, o Membro do Plano será responsável pela diferença de custo entre as despesas reais incorridas e as despesas Razoáveis e Habituais do Benefício dos Cuidados de Saúde complementares será reembolsada.

### DESPESAS DE MEDICAMENTOS COM RECEITA MÉDICA

O Plano reembolsa as despesas elegíveis até às despesas Razoáveis e Habituais de Medicamentos com Receita Médica Necessários que, por lei, devem ser receitados por um Médico para o tratamento de uma doença ou lesão diagnosticada e que devem ser distribuídos por um farmacêutico ou Médico detentor de uma licença legal.

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 a receita médica, que são considerados como sendo de sustentação de vida.



Os medicamentos biológicos e biossimilares requerem uma Autorização Prévia do Plano. O reembolso para medicamentos biológicos e biossimilares baseia-se no menor custo elegível entre um medicamento biológico ou no seu biossimilar (quando está disponível um medicamento biossimilar), independentemente de o médico prescritor indicar "sem substituições".

### Taxa de distribuição máxima

A taxa de distribuição máxima do farmacêutico que o Plano reembolsará é de \$ 9,00 por receita.

### Máximo para medicamentos específicos

- Disfunção erétil \$ 500 por ano civil
- Medicação de fertilidade \$ 2.500 máximo vitalício
- Tratamento com metadona \$ 1.000 máximo 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 acima do máximo ou despesas específicas com medicamentos não cobertos pelo Plano
- Vitaminas não injetáveis, suplementos vitamínicos, suplementos dietéticos ou alimentos dietéticos
- Medicamentos para perda de peso
- Alimentos e produtos alimentares, incluindo alimentos e leite infantil, substitutos de sal e açúcar
- Produtos gerais ou quaisquer outros produtos que possam ser vendidos 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
- Medicamentos que não tenham recebido um certificado de conformidade e/ou um Número de Identificação de Medicamento (DIN) pela Health Canada, quer tenham ou não tenham sido aprovados sob um formulário provincial
- Medicamentos receitados ou emitidos para gerir uma doença ou incapacidade decorrente de um acidente de trabalho, incapacidade ou lesão ou devido a um acidente de viação.

### 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 benefício máximo que será pago por cada Pessoa Coberta é de \$ 200 em qualquer período consecutivo de 24 meses. Os óculos de segurança não são elegíveis para reembolso.

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

### ***Exames oftalmológicos***

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

## **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 valor máximo do pagamento de benefícios para cada pessoa coberta é de \$ 150 combinados por ano civil para todos os praticantes.

O valor máximo dos benefícios para os custos dos serviços de um psicólogo para cada pessoa coberta é de \$ 500 por ano, sujeito a limitações específicas por visita e dependendo do tipo de serviço recebido.

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

#### ***Sapatos ortopédicos***

Despesas de 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, sujeito 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 clinicamente 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 em económica da pessoa coberta e, se for clinicamente necessário, um assistente médico que não tenha a mesma residência da pessoa coberta e que não seja 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 estão sujeito 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 como 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 apropriada;
17. despesas cobradas por um médico por viagens, consultas interrompidas, custos de comunicação, preenchimento de formulários ou suprimentos médicos;
18. despesas não especificadas nas listas anteriores de despesas elegíveis nos Cuidados de saúde complementares;
19. despesas por serviços ou 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 acidente de viação 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 prémio ou contribuição será necessário para continuar a cobertura durante o período de Extensão de Benefício do Sobrevivente.

### RESCISÃO DO BENEFÍCIO DOS CUIDADOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES

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

### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ARECLAMAÇÃO 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 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 DE CUIDADOS DENTÁRIOS

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

### REEMBOLSO DE DESPESAS DENTÁRIAS

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

#### *Nível de Reembolso*

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

#### *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 de Cuidados Dentários elegíveis também se baseiam na Necessidade Médica e em despesas Razoáveis e Habituais, quando aplicável.

### BENEFÍCIOS DE CUIDADOS DENTÁRIOS MÁXIMOS DEVIDOS

#### *Serviços Dentários Básicos e Avançados*

- \$ 1.000 por ano civil para os serviços de Cuidados Dentários Básicos e Avançados combinados

### 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.

### PLANO DE TRATAMENTO DENTÁRIO (PRÉ-DETERMINAÇÃO)

É recomendado que as propostas de despesas dentárias que se esperem ultrapassar os \$ 500 sejam revistas com antecedência pelo Escritório de Administração do Plano, mediante a apresentação de um Plano de Tratamento Dentário. 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.

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

## **DESPESAS DENTÁRIAS ELEGÍVEIS**

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

### **SERVIÇOS DENTÁRIOS BÁSICOS**

#### ***Serviços de Diagnóstico***

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

- Exames Oraís de Rotina, incluindo tratamento com flúor uma vez a cada 6 meses
- Um Exame Oral Completo e diagnóstico uma vez a cada 24 meses
- Radiografias
- Moldes de estudo

#### ***Serviços Preventivos***

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

- Raspagem e Polimento (profilaxia) sujeitos a um máximo de 8 unidades (2 unidades para crianças dependentes com menos de 13 anos) por ano civil (inclui Raspagem Periodontal e Alisamento Radicular combinado);
- 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"), infeções 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 é coberta, exceto se:

- a) 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
- b) a substituição ocorrer mais de 12 meses depois de a pessoa coberta passar a ser elegível para Benefícios sob este Plano, e as próteses existentes tiverem pelo menos 5 anos e não já puderem ser utilizadas.

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 o indivíduo passar a ser coberto.

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

A instalação inicial de dispositivos protéticos fixos está sujeita a limitações de condição preexistente nos dentes perdidos, extraídos ou fraturados antes de o indivíduo passar a ser coberto. 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, à perda ou à fratura de um ou mais dentes naturais saudáveis após o indivíduo passar a ser coberto por este plano; ou
- (b) a substituição ocorrer mais de 12 meses após o indivíduo passar a ser coberto pelo plano, e o dispositivo protético fixo existente tiver pelo menos 5 anos e não já puder ser utilizado.

### 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 o indivíduo passar a ser coberto para esse procedimento, exceto no caso da substituição de aparelhos, conforme declarado especificamente nas Despesas dentárias elegíveis.

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

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

1. serviços ou materiais para efeitos de odontologia estética;
2. serviços ou materiais que não sejam fornecidos por um dentista, higienista ou protesista legalmente qualificado que trabalhe no âmbito da sua licença;
3. quaisquer custos por lesões resultantes de guerra, motim, insurreição ou participação em atos criminosos;
4. quaisquer custos diversos, tais como por aconselhamento ou instrução, viagens, compromissos interrompidos, custos de comunicação ou preenchimento de formulários;
5. quaisquer custos resultantes de danos autoinfligidos intencionalmente;
6. quaisquer serviços cobertos, no todo ou em parte, por um plano de saúde provincial, serviços para os quais não se efetue qualquer cobrança ou serviços que o Plano não está permitido por lei a cobrir;
7. quaisquer custos por serviços que normalmente não teriam sido incorridos, se não fosse a contratação deste seguro, ou para os quais não foram incorridos custos;
8. quaisquer despesas hospitalares por alojamento e alimentação e serviços e materiais relacionados;
9. exames odontológicos exigidos por terceiros;

10. procedimentos de diagnóstico relacionados com categorias de benefícios que estão excluídos como despesas elegíveis;
11. serviços ou materiais para implantologia;
12. serviços ou materiais que não sejam clinicamente necessários para o tratamento de uma lesão ou doença existente ou suspeita;
13. as despesas elegíveis resultantes de um acidente de viação 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

Não serão efetuados pagamentos por despesas incorridas após a rescisão do Plano ou deste Benefício ou após a cessação da cobertura da pessoa coberta no âmbito deste Benefício de Cuidados Dentários, à exceção de se completar a instalação de próteses ou o pagamento de despesas de tratamento dentário em relação a uma prótese dentária, ponte ou coroa em que a impressão tenha sido tirada ou a terapia de canal tenha sido iniciada dentro de 30 dias em relação à 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. Não será necessário pagar qualquer prémio ou contribuição durante o período de Extensão do 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 NECESSÁRIOS PARA O FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO DE CUIDADOS DENTÁRIOS

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](http://www.myfseap.com)
- Iniciar sessão com o nome do grupo: toloc27map
- Palavra-passe: myfseap1

### RESUMO DOS SERVIÇOS MAP PRESTADOS

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

- Estresse pessoal ou profissional
- Problemas com relacionamentos
- Depressão ou ansiedade
- Dependências ou vícios (incluindo álcool, abuso de substâncias e jogos de azar)
- Separação e divórcio
- Problemas parentais

- Cuidados infantis e geriátricos
- Equilíbrio da vida profissional e da vida familiar
- Assistência jurídica e financeira
- Consultas nutricionais, dietéticas e de perda de peso
- Cessação do tabagismo
- Aconselhamento de luto

### **EXTENSÃO DA COBERTURA DO BENEFÍCIO DE SOBREVIVENTE DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS MEMBROS 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 do Programa de Assistência aos Membros 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. Não será necessário pagar qualquer prêmio ou contribuição durante o período de Extensão do Benefício do Sobrevivente.

### **CESSAÇÃO DOS BENEFÍCIOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS MEMBROS**

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

## BENEFÍCIO POR LUTO/LICENÇA PARENTAL

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

O Benefício por Luto/Licença Parental é 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 ter a sua 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 a trabalhar 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 o Subsídio de Licença Parental do Plano desde que o Membro do Plano tenha estado a trabalhar no dia anterior ao nascimento de que o Membro do plano esteja 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 e 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, os Membros do Plano têm 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 reformar e esgotar o valor na sua conta no Dollar Bank. A cobertura para um Membro do Plano e os seus Dependentes também será rescindida conforme descrito anteriormente na secção **Informações de Elegibilidade** deste Manual.

# PLANO DE BONIFICAÇÃO PELA PRODUTIVIDADE

## DESCRIÇÃO GERAL DO PLANO

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

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

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

## PERGUNTAS FREQUENTES

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

### *Como funcionam os Planos?*

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

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

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

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

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

Os Membros do Plano recebem sempre 100% das suas contribuições de Bónus de Produtividade pagas pela parte contratante/empregador aplicável, menos qualquer taxa de administração aplicável, conforme descrito abaixo.



***Como é que os Membros do plano exercem o seu direito ao Bónus de produtividade?***

O Plano tem um mecanismo de pagamento automático que ocorre em dezembro de cada ano. Por volta de 1 de dezembro de cada ano, o Escritório de Administração do Plano entrega um cheque ao Sindicato Local 27 por cada Membro do Plano elegível, que inclui todos os Bónus de Produtividade pagos pela empresa/entidade empregadora aplicável ao Membro do Plano durante o período de 12 meses encerrado a 31 de outubro. 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 Bónus de Produtividade do Membro do Plano relativa ao período anterior de 12 meses juntamente com o cheque do Bónus de Produtividade que indica as contribuições mensais recebidas em nome do Membro do Plano, além da empresa/parte contratante que as efetuou. É cobrada uma taxa de administração de \$ 5.00 pelo Plano para cada Bónus de produtividade emitido.

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

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

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

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

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

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

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

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

# PLANO DE 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 requer que todas as empresas/partes contratantes contribuintes façam uma contribuição para o Fundo Fiduciário de Pagamento de Férias Local 1030 da Carpenters. A contribuição para o Subsídio de Férias é expressa como percentagem dos pagamentos brutos recebidos em nome dos Membros do Plano e efetuada por empresas/partes contratantes 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. 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, efetuadas por partes contratantes/empregadores signatários de acordo de negociação coletiva aplicável.

Essas contas do Subsídio de Férias são mantidas anualmente de 1 de novembro de cada ano a 31 de outubro do ano seguinte, 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 emite um cheque 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 estabelecida pelos administradores, a todos os pagamentos de subsídio de férias.

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

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

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

## PLANO DE SERVIÇOS JURÍDICOS

O Plano de Serviços Jurídicos destina-se a fornecer 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 custas judiciais por parte do Membro do Plano.

<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 pormenorizado 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 reclamados, incluindo:

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

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

As reclamações de serviços jurídicos têm de ser apresentadas no prazo de 90 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 respectivas Seguradoras e prestadores de serviços, quando aplicável), o Plano de Licença por Luto/Licença Parental, o Plano de Bonificação pela Produtividade, o Plano de Subsídio de Férias e o Plano de Serviços Jurídicos (os "Planos") irão apenas recolher, reter e comunicar as informações pessoais consideradas necessárias para a administração destes Planos. As informações pessoais serão protegidas de acordo com a legislação aplicável.

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

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

## BENEFICIÁRIO DESIGNADO

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

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

## COMO APRESENTAR UMA RECLAMAÇÃO

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

As reclamações podem ser enviadas:

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

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

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

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).

Todas as reclamações (com formulários de reclamação, recibos originais e toda a documentação de apoio) devem ser enviadas via on-line ou ao Escritório de administração do plano o mais rápido 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**

**Morte e desmembramento acidental**

**No prazo de 30 dias a contar da data do acidente**

**Cuidados de Saúde Complementares**

**No prazo de 12 meses a contar 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 Bonificação pela**

**Não Aplicável**



## Produtividade

### 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) rescindida(s), deverá ser enviada uma reclamação dentro de 90 dias após a data de término, com exceção dos Benefícios por AD&D, cujo prazo é de 30 dias, e da Assistência de Emergência em Viagem, cujo prazo é de 48 horas.

## 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 seção **PRAZOS DE APRESENTAÇÃO DE PARTICIPAÇÕES** deste Manual. Todas as ações ou processos contra a(s) Seguradora(s) do Plano, ou o Plano, para a recuperação de dinheiro devido de acordo com este Plano são totalmente proibidas a menos que sejam iniciados dentro do prazo estabelecido pela Lei de Seguros ou legislação aplicável.

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

## COORDENAÇÃO DE BENEFÍCIOS (CDB)

O pagamento dos Benefícios de Cuidados de Saúde Complementares 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 Fiduciários confiam na experiência do Administrador do Plano no que diz respeito à elegibilidade para Benefícios dos planos e se as despesas com reclamações submetidas ao Plano 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](mailto:benefits@carpentersresidential.ca)

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

