

PLAN DE SALUD Y BIENESTAR RESIDENCIAL DE CARPENTERS



PLAN INCREMENTADO DE BENEFICIOS GUÍA INFORMATIVA PARA MIEMBROS DEL PLAN

ACTUALIZADA AL 1° DE JULIO DE 2021

WWW.CARPENTERSRESIDENTIAL.CA



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
RESUMEN DE LOS BENEFICIOS.....	2
GENERALIDADES DE LOS BENEFICIOS.....	8
INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD.....	11
RECLAMACIONES AL CONSEJO DE SEGURIDAD PROFESIONAL Y SEGURO CONTRA ACCIDENTES OCUPACIONALES (WSIB)	16
BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA	19
BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTES	20
BENEFICIO POR MUTILACIÓN Y MUERTE ACCIDENTALES	22
BENEFICIO POR ENFERMEDAD GRAVE	33
BENEFICIO DE INDEMNIZACION SEMANAL.....	37
BENEFICIO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO	42
BENEFICIO ADICIONAL PARA CUIDADO DE LA SALUD	49
BENEFICIO DE ASISTENCIA PARA EMERGENCIAS EN VIAJES	58
BENEFICIO DE ATENCIÓN DENTAL	73
BENEFICIO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MIEMBROS	80
BENEFICIO DE DUELO/PERMISOS PARENTALES	82
PLAN DE VACACIONES PAGAS	84
PLAN DE SERVICIOS LEGALES.....	86
REGLAS Y DISPOSICIONES GENERALES DEL PLAN	89
OFICINA DE ADMINISTRACIÓN DEL PLAN	95

INTRODUCCIÓN

Estimado Miembro del Plan:

Esta Guía Informativa para Miembros del Plan se preparó como un documento de referencia informal para resumir las características principales de los Beneficios proporcionados a los miembros elegibles del Plan incrementado de salud y bienestar residencial de Carpenters. Esta Guía también proporciona información sobre cómo llegar a ser un miembro del Plan elegible para los beneficios del Plan, y seguir siéndolo, así como las normas y procedimientos para la presentación de reclamaciones.

Esta Guía no es un documento legal, una póliza de seguro o un contrato y no proporciona ningún derecho contractual. En esta Guía, el uso de los términos "Plan", "el Plan", "su Plan" o "nuestro Plan" se refiere al "Plan de salud y bienestar residencial de Carpenters". Los términos "Miembro del plan", "usted", "su" y "Persona cubierta" se refieren a una persona que ha cumplido con las reglas de elegibilidad para los Beneficios provistos bajo el Plan Incrementado de Beneficios de Salud y Bienestar Residencial de Carpenters. El término "Asegurador" se refiere a la compañía de seguros aplicable y/o a los proveedores de beneficios que aseguran los Beneficios del Plan como se describe en esta Guía. El término "Fondo" o "Fondos" se refiere al "Fondo de salud y bienestar residencial de Carpenters" y/o al "Fondo fiduciario para servicios legales de la División Tejas y Recubrimientos de Carpenters and Allied Workers Local 27" y/o al "Fondo fiduciario de pagos vacacionales de Carpenters Local 1030".

El Plan de Salud y Bienestar Residencial de Carpenters, el Plan de duelo/permisos parentales, el Plan de vacaciones pagas y el Plan de servicios legales, así como los fondos fiduciarios aplicables, se rigen por Juntas de fideicomisarios designados por Carpenters and Allied Workers Local 27 y/o por Carpenters Local 1030. Las Juntas de fideicomisarios de estos Fondos se reservan el derecho de modificar estos Planes a su absoluta y total discreción, según se considere apropiado y lo permita la ley. Cualquier cambio en estos Planes se comunicará a todos los Miembros del plan y se considerará que dichos cambios enmiendan y/o modifican el Resumen de beneficios del plan y esta Guía informativa para miembros del plan.

Todos los Beneficios de seguro de vida y por discapacidad a largo plazo (LTD) descritos en esta Guía y los derechos correspondientes se rigen por las disposiciones de la Póliza de seguro de Manulife Financial número 10042 (anteriormente, pólizas 10077, 901202, 901857). Todos los beneficios por Mutilación y muerte accidentales (AD&D) descritos en esta Guía y sus derechos, se rigen por las disposiciones de la Póliza de seguro de Life Insurance Company of Canada CHUBB n.º AB10403501 (anteriormente, Póliza ACE/INA n.º AB10403501). El Beneficio de Asistencia de emergencia en viajes (ETA) es proporcionado y administrado por Green Shield Canada (GSC). El Programa de asistencia para miembros (MAP) es administrado por los Programas de asistencia y servicios familiares para empleados (FSEAP).

Todos los demás beneficios descritos en esta Guía son autofinanciados y se proporcionan a través de los activos de los Fondos y se rigen por las disposiciones de los Textos oficiales del Plan. Las pólizas de seguro, los contratos y los documentos de texto del Plan forman parte de los documentos oficiales del Plan, que están disponibles en la Oficina de Administración del Plan.

La Junta de fideicomisarios ha contratado a Employee Benefit Plan Services Limited como administradora del plan para la gestión de aspectos del Plan de Salud y Bienestar Residencial de Carpenters, incluida la administración del Plan y la supervisión de los pagos de beneficios para muchos de los Beneficios del Plan. Lea esta Guía Informativa para Miembros del Plan con atención y consérvela como referencia en un lugar seguro. Si tiene alguna duda sobre los Beneficios del Plan o sobre cualquiera de sus normas y procedimientos, puede comunicarse con la Oficina de Administración del Plan.

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Sujeto a las limitaciones y exclusiones establecidas en los Documentos Oficiales del Plan, y como se describe en esta Guía, los Miembros del Plan elegibles y sus Dependientes elegibles califican para los Beneficios del Plan incrementado de beneficios que se describen en las siguientes páginas, comenzando con el Resumen de beneficios.

Es posible que el Plan no cubra todos los gastos que usted desee. El Plan se estableció para proporcionar la gama más amplia de cobertura que sea adecuada para sus miembros. Nuevos medicamentos y tratamientos entrarán en el entorno de atención médica con el tiempo y los fideicomisarios siempre se reservan el derecho de cubrir o no cubrir estos y de agregar limitaciones y/o exclusiones a la cobertura del Plan.

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA

Miembro del plan: \$ 150,000

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTES

Cónyuge: \$ 50,000

Cada hijo dependiente: \$ 10,000

BENEFICIO POR MUTILACIÓN Y MUERTE ACCIDENTALES (AD&D)

Miembro del plan: Importe principal \$ 200,000

Beneficio por discapacidad total y permanente \$ 200,000

Beneficio por AD&D en el lugar de trabajo \$ 100,000

Cónyuge: Importe principal \$ 50,000

Cada hijo dependiente: Importe principal \$ 10,000

BENEFICIO POR ENFERMEDAD GRAVE

Miembro del plan: \$ 10,000 por 4 enfermedades críticas específicas que cumplen con los requisitos

BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN SEMANAL (WI)

El beneficio máximo de WI a pagar es de \$ 500 por semana. Los pagos de beneficios están integrados con los beneficios de Employment Insurance Sickness. Para calificar para los pagos de beneficios de WI, el Miembro del Plan debe estar "totalmente discapacitado" (como se define en la Guía informativa para Miembros del Plan y en el Texto del Plan).

Los pagos de beneficios de WI se pagan desde el primer día de un accidente, o después de un período de hospitalización de 24 horas, o en el octavo día de la enfermedad, por un período máximo de 26 semanas consecutivas por cualquier causa de discapacidad.

BENEFICIO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)

El beneficio máximo por LTD a pagar es de \$ 1,000 por semana. Para calificar, el Miembro del Plan debe ser menor de 65 años y estar "totalmente discapacitado" (como se define en la Guía informativa para Miembros del Plan y en el contrato de seguro) por un período continuo de 182 días consecutivos. Los pagos de beneficios por LTD se pagan hasta que el Miembro del Plan cumpla 65 años, su recuperación o su deceso.

BENEFICIO ADICIONAL PARA CUIDADO DE LA SALUD

<i>Deducible:</i>	Ninguno
<i>Reembolso:</i>	100 % para todos los servicios y suministros elegibles
<i>Máximo general:</i>	Ilimitado
<i>Medicamentos recetados:</i>	Un medicamento recetado debe tener un Número de Identificación Medicamento (DIN) y un certificado de cumplimiento emitidos por el Ministerio de Salud de Canadá (Health Canada).
<i>Reembolso:</i>	Basado en el costo elegible más bajo entre un medicamento de marca y su equivalente en medicamento genérico (cuando hay equivalente genérico disponible)
<i>Medicamentos biológicos/biosimilares:</i>	El reembolso se basa en la autorización previa del menor costo entre un fármaco biológico o su fármaco biosimilar (cuando esté disponible)
<i>Máximos para medicamentos:</i>	Metadona \$ 1,000 de por vida; Disfunción eréctil \$ 500 por año; Medicamentos para la fertilidad \$ 2,500 de por vida; Tratamiento para dejar de fumar \$ 400 de por vida.

<i>Cuidado de la vista</i>	<i>Lentes, marcos y lentes de contacto:</i>	Máximo de \$ 400 en un período consecutivo de 24 meses. Incluye lentes de seguridad y lentes de sol recetados.
	<i>Lentes industriales de seguridad:</i>	Máximo de \$ 200 en un período consecutivo de 24 meses (Solo para Miembros del Plan)
	<i>Cirugía ocular con láser:</i>	\$ 2,000 de por vida
	<i>Exámenes oculares:</i>	1 examen ocular cada 12 meses
<i>Profesionales Paramédicos</i>		Máximo de \$ 500 por profesional por año calendario para quiropráctico, psicólogo, masajista registrado, terapeuta del habla, fisioterapeuta, naturópata, osteópata o podólogo.
<i>Audífonos</i>		Beneficio máximo de \$ 500 en cualquier período de 36 meses consecutivos para la compra de audífonos (baterías no cubiertas).
<i>Ortesis de pie</i>		Beneficio máximo de \$ 500 en un período de 24 meses para ortesis que hayan sido especialmente diseñadas y moldeadas para la persona asegurada y que sean necesarias para corregir una deficiencia física diagnosticada.
<i>Otros suministros y servicios médicos</i>		Ambulancia, cuidado de convalecencia, accidentes dentales, dispositivos médicos duraderos. Equipamiento (cama de hospital, silla de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas), prótesis, radiografías, análisis de laboratorio, medias quirúrgicas.
<i>Servicio privado de enfermería</i>		\$ 10,000 por cada año calendario.

BENEFICIO DE ASISTENCIA PARA EMERGENCIAS EN VIAJES (ETA)

El Plan brinda cobertura de viaje para una **Emergencia** médica (además de su plan de atención de salud provincial/territorial) y servicios de asistencia en viaje para Miembros del Plan y Dependientes elegibles que sean **residentes de Canadá, menores de 65 años y estén debidamente inscritos en su programa de atención de salud provincial**, y que se encuentren temporalmente fuera de su provincia de residencia por vacaciones, negocios o educación.

Es importante que lea y comprenda las reglas de este beneficio antes de salir de viaje. El beneficio ETA incluye requisitos, limitaciones y exclusiones que pueden afectar su elegibilidad y/o el reembolso de los gastos médicos incurridos.

Consulte la sección ETA de esta Guía informativa para Miembros del Plan, para obtener información detallada sobre las reglas de este beneficio. Todos los servicios ETA (proporcionados por Green Shield Canada (GSC)) están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Debe ponerse en contacto con GSC Travel Assistance antes de viajar a cualquier destino, para asegurarse de que usted y/o sus Dependientes cumplan con las condiciones para la cobertura ETA y que el destino sea un país donde se proporcione la cobertura ETA.

Para obtener ayuda, desde Canadá y Estados Unidos, comuníquese con GSC Travel Assistance al 1-800-265-9977, o llame por cobrar al 1-519-741-8450 desde cualquier otro lugar. La Tarjeta de Beneficios del Plan incluye toda la información necesaria del Plan y otra información para comunicarse con GSC Travel Assistance para discutir un viaje propuesto, su elegibilidad o la de su Dependiente para la cobertura, para presentar una reclamación por una emergencia médica o para recibir asistencia en viaje u otra información sobre tu viaje.

Máximos de cobertura médica de emergencia para viajes

\$ 5,000,000 por persona cubierta por incidente

Duración máxima del viaje: 60 días consecutivos por viaje

Servicio de asistencia para emergencias en viajes

Se proporciona cobertura para una variedad de servicios específicos de asesoría y asistencia en viaje.

Máximo de cobertura médica de derivación

\$ 50,000 por persona cubierta, por año calendario (requiere autorización previa)

Es extremadamente importante comunicarse con GSC Travel Assistance antes de obtener tratamiento médico de emergencia (de ser posible), o que alguien llame en nombre de la Persona Cubierta dentro de las 48 horas si, para la Persona Cubierta, llamar es médicamente imposible.

Emergencia significa una lesión repentina e inesperada, una enfermedad o un episodio agudo de enfermedad que requiere atención médica inmediata y que no pudo haberse anticipado razonablemente en función de la condición médica previa del paciente.

No debe haber una afección médica **preexistente**. La Persona Cubierta debe estar en condición médica **estable** durante los 90 días previos a la salida del viaje.

BENEFICIO DE ATENCIÓN DENTAL

Deducible: Ninguno

Reembolso: 100 % por servicios dentales básicos;
60 % por servicios dentales mayores;
60 % por servicios de ortodoncia.

Guía de tarifas dentales Los beneficios dentales se reembolsan según la Guía de tarifas sugeridas de la Asociación Dental que esté vigente a la fecha en que se incurra en el gasto, en la provincia o territorio donde se presta el servicio.

Beneficio dental máximo por Miembro del plan y por cada Dependiente elegible

Servicios dentales básicos y mayores: \$ 3500 por año calendario para servicios básicos y mayores combinados.

Servicios de ortodoncia: \$ 2,500 de por vida. Solo para hijos dependientes menores de 19 años. Se requiere plan de tratamiento previo.

Servicios básicos: Diagnóstico, preventivo, restauración, cirugía, empastes, anestesia, 1 serie completa de radiografías, 1 juego de radiografías de mordida, pulido, tratamiento con flúor tópico, raspado periodontal.

Revisiones de control: 1 revisión de control cada 6 meses

Revisiones completas: 1 revisión completa cada 24 meses

Servicios mayores: Coronas, puentes, dentaduras
reemplazo de puentes/prótesis dentales cubiertos cada 5 años.

BENEFICIO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MIEMBROS (MAP)

Los Miembros del Plan y sus Dependientes elegibles tienen a su disposición servicios confidenciales de asesoramiento, información, consejo y derivación. Los servicios son proporcionados por FSEAP las 24 horas del día, todos los días del año. Comuníquese con FESAP directamente al 1-800-668-9920 o, en línea, mediante www.myfseap.com (Nombre del grupo: toloc27map/Contraseña: myfseap1).

BENEFICIO PARA SOBREVIVIENTES

Tras la muerte de un Miembro del Plan elegible, el/los Dependiente(s) sobreviviente(s) elegible(s) (p. ej., Cónyuge y/o hijos) continuarán cubiertos por el Plan de atención médica complementaria, Asistencia para emergencia en viajes, los Beneficios del programa de asistencia dental y para miembros por un período de 30 meses consecutivos, que comienzan después de que la cuenta bancaria del Miembro del Plan en el Dollar Bank se haya agotado. No se requerirán pagos para continuar la cobertura durante este período de extensión de beneficios.

BENEFICIO DE DUELO/PERMISOS PARENTALES

Si sufre la pérdida de un miembro de la familia admisible según los requisitos, usted puede ser elegible para recibir el pago por duelo. Usted debe estar trabajando activamente, obtener una carta de su empleador que indique su último día de trabajo y los días que no trabajó debido a ello, y proporcionar un acta de defunción original del miembro de la familia o una declaración de fallecimiento. Los miembros elegibles de la familia incluyen cónyuge, hijo*, padre o madre*, abuelo, hermano*, hermana* (* o cualquiera de los familiares políticos).

El beneficio es de un máximo de \$ 150 por día, por un máximo de hasta tres días hábiles, y se paga desde el primer día de pérdida de ingresos debido al duelo, siempre que haya estado en el trabajo el día anterior.

Si trabaja activamente y tiene un hijo recién nacido, puede ser elegible para recibir el Beneficio de permiso parental. Usted debe ausentarse del trabajo inmediatamente después del nacimiento de su hijo, proporcionar una carta de su empleador que indique que estaba trabajando, su último día de trabajo y los días en que no trabajó, así como un acta de nacimiento original. El beneficio es de un máximo de \$ 150 por día, por un máximo de hasta tres días hábiles, y se paga desde el primer día de pérdida de ingresos debido al parto, siempre que haya estado trabajando activamente.

PLAN DE VACACIONES PAGAS

El Plan de vacaciones pagas de brinda a los Miembros del Plan el derecho a recibir beneficios de cualquier pago por vacaciones ganado según los términos de la convención colectiva aplicable en cada año de beneficios. Cada 1° de noviembre, el Plan efectúa el pago anual regular del beneficio de vacaciones pagas.

Los Miembros del Plan también tienen la opción de cobrar sus beneficios de vacaciones pagas en otro momento del año de beneficios, siempre que dicho pago opcional solicitado no esté dentro de un período de 60 días antes o después del 1° de noviembre (es decir, el Plan no emite pagos entre el 1° de septiembre y el 1° de febrero del año siguiente).

PLAN DE SERVICIOS LEGALES

Los beneficios del Plan de servicios legales están destinados a proporcionar a los Miembros del Plan asistencia financiera para servicios legales generales, como testamentos, poderes de representación, operaciones de bienes raíces, procesos de adopción, etc.

Consulte la Tabla de beneficios dentro de la sección del Plan de servicios legales de la Guía informativa para Miembros del Plan, para obtener detalles sobre los pagos máximos de beneficios anuales, según el tipo de servicio legal utilizado. El Plan también tiene máximos generales por año calendario para todos los servicios legales combinados que dependen de sus años acumulativos como Miembro elegible del Plan.

GENERALIDADES DE LOS BENEFICIOS

Las siguientes páginas de este Resumen de Beneficios proporcionan una síntesis de referencia rápida y más detallada de los Beneficios disponibles para los Miembros del Plan elegibles y las disposiciones que se aplican.

Plan de salud y bienestar residencial de Carpenters

Generalidades de los beneficios

Resumen del Plan incrementado de beneficios (al 1° de enero de 2021)



Beneficio/Prestación de beneficio	Cobertura del Plan de beneficios de salud/Regla
Disposiciones generales del Plan	
Deducción mensual del Dollar Bank	\$ 380
Máximo del Dollar Bank	\$ 4,560 (12 meses de beneficios)
Elegibilidad inicial	Primer día del segundo mes, después del mes en que el miembro acumula \$ 1,140 en el Dollar Bank
Elegibilidad para ser readmitido	Si la reincorporación es dentro de los 12 meses, cuando el Miembro tiene \$ 380 en el Dollar Bank. Si la reincorporación es después de 12 meses se aplican las reglas de elegibilidad inicial.
Opciones del Plan de pago directo (más impuesto provincial aplicable)	Plan A - Todos los beneficios excepto WI & LTD - \$ 300 por mes* Plan B - Solo seguro de vida - \$ 30 por mes*
Duración del pago directo	12 meses máximo (WSIB hasta los 65 años)
Definición de dependiente - cónyuge	Legalmente casados/unión de hecho con 12 meses de convivencia
Definición de dependiente - hijo	Menor de 22 años, o menor de 25 años si está en una institución educativa
Terminación de cobertura	Retiro - (A menos que se indique lo contrario bajo cada prestación de beneficios)
Seguro de vida	
Importe del beneficio	\$ 150,000
Terminación de cobertura	Retiro - (Aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Seguro de vida para Dependiente	
Importe del beneficio por cónyuge	\$ 50,000
Importe del beneficio por hijo	\$ 10,000
Terminación de cobertura	Retiro - (Aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Beneficio por Mutilación y muerte accidentales (AD&D)	
Importe principal del miembro	\$ 200,000
Importe principal por cónyuge	\$ 50,000
Importe principal por hijo	\$ 10,000
Beneficio por discapacidad total y permanente	Beneficio por importe global de \$ 200,000. "Cualquier Ocupación" Definición de discapacidad.
Tabla de pérdidas	Integral
Beneficios por AD&D adicionales	Integral
Terminación de cobertura	Retiro - (Aplican otras disposiciones de terminación estándar)
AD&D en el lugar de trabajo	
	\$ 100,000 - Misma tabla de pérdidas que el Beneficio AD&D. Termina a los 75 años.
Enfermedad grave	
	Beneficio por importe global de \$ 10,000 por enfermedades críticas que cumplen con los requisitos. Termina a los 65 años.
Indemnización semanal	
Importe del beneficio semanal	\$ 500
Período calificante	1er día en el hospital 1er día accidente 8° día enfermedad
Definición de discapacidad	"Ocupación propia"
Duración máxima del beneficio	26 semanas
Compensaciones de beneficios directos	Seguro de desempleo
Terminación de cobertura	Retiro - (Aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Discapacidad a largo plazo	
Importe del beneficio mensual	\$ 1,000
Período calificante	26 semanas continuas de discapacidad total
Definición de discapacidad	"Ocupación propia" durante los primeros 24 meses de discapacidad, "cualquier ocupación" después de 24 meses
Duración máxima del beneficio	Hasta los 65 años
Compensaciones de beneficios directos	Beneficios WSIB
Compensaciones de beneficios indirectos	Varias fuentes de ingreso - Límite de todas las fuentes: 85% de los ingresos brutos previos a la discapacidad
Límite de enfermedades preexistentes	Discapacidades tratadas 90 días antes no pueden ser objeto de reclamaciones durante los primeros 6 meses
Terminación de cobertura	65 años o retiro anticipado (aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Beneficio de pago por duelo	
Beneficio máximo y período de pago	Beneficio máximo de \$ 150 por día, 3 días máximo
Miembros de la familia elegibles	Cónyuge, hijo*, padre o madre*, abuelo/a hermano*, hermana* (* o cualquiera de los familiares políticos)
Se requiere constancia de la reclamación	Debe estar activo en el trabajo, proporcionar la nota del empleador y el certificado de defunción
Beneficio de permisos parentales	
Beneficio máximo y período de pago	Beneficio máximo de \$ 150 por día, 3 días máximo
Miembros de la familia elegibles	Hijo recién nacido
Se requiere constancia de la reclamación	Debe estar activo en el trabajo, proporcionar la nota del empleador y acta de nacimiento

Plan de salud y bienestar residencial de Carpenters

Generalidades de los beneficios

Resumen del Plan incrementado de beneficios (al 1° de enero de 2021)



Beneficio/Prestación de beneficio	Cobertura del Plan de beneficios de salud/Regla
Beneficio adicional para cuidado de la salud	Debe estar correctamente inscrito en el plan de atención de salud provincial aplicable
Deducible	Ninguno
Coseguro	100 % para todos los servicios y suministros
Tarjeta de pago directo de medicamentos (Tarjeta de beneficios)	Sí
Reembolso de medicamentos recetados	Medicamentos de marca o genéricos: 100 % del medicamento alternativo de menor costo. Medicamentos biológicos o biosimilares (requieren autorización previa): 100 % de la alternativa de menor costo (si está disponible)
Tarifa máxima de dispensación	N/A
Máximo de por vida general en cuidado de la	Ilimitado
Máximo de medicamentos recetados	Metadona \$ 1,000 de por vida; Disfunción eréctil \$ 500/año; medicamentos para la fertilidad \$ 2,500 de por vida; Tratamiento para dejar de fumar \$ 400 de por vida. Incluye insulina y suministros para la diabetes, sueros para alergias, vacunas y toxoides, medicamentos inyectables, escleroterapia (máximo de \$ 20 por visita), DIU
Servicio de enfermería privada	\$ 10,000 cada año calendario
Servicios de profesionales paramédicos	\$ 500 por profesional cada año calendario: quiropráctico, osteópata, podólogo, fisioterapeuta, naturópata, terapeuta del habla, terapeuta de masaje, psicólogo
Ortesis/zapatos ortopédicos	\$ 500/24 meses para ortesis \$ 500/24 meses para zapatos ortopédicos
Audífonos	\$ 500/36 meses
Cuidado de la vista (prescripción)	\$ 400/24 meses para lentes, marcos o lentes de contacto; lentes de sol o lentes industriales de
Cirugía ocular con láser	\$ 2,000 máximo de por vida para cirugía láser
Lentes industriales de seguridad (recetados)	\$ 200/24 meses (Solo para Miembros del Plan)
Exámenes oculares	1 examen ocular cada 12 meses
Servicios de transporte médico	Ambulancia de emergencia
Servicios y suministros médicos	Cuidado de convalecencia, dispositivos médicos duraderos (cama de hospital, silla de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas), prótesis, radiografías, análisis de laboratorio, suministros para diabéticos,
Servicios para accidentes dentales	Sujeto a cargos razonables y habituales
Beneficio para dependientes sobrevivientes	Saldo de la cuenta en el Dollar Bank del Miembro del Plan, más una extensión de 30 meses
Terminación de cobertura	Retiro - (Aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Asistencia de emergencia en viajes	Duración máxima del viaje: 60 días - Debe contactar a Green Shield dentro de las 48 horas
Beneficio máximo por asistencia médica de emergencia en viajes	\$ 5,000,000 por incidente médico de emergencia fuera de la provincia
Beneficio máximo por derivación médica	Cobertura médica fuera de la provincia por \$ 50,000 por año calendario
Terminación de cobertura	65 años o retiro anticipado (aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Atención dental	
Deducible	Ninguno
Servicios básicos de coseguro	100 %
Servicios mayores de coseguro	60 %
Servicios de ortodoncia de coseguro	60 %
Máximo anual de servicios básicos	\$ 3,500
Máximo anual de servicios mayores	Máximo combinado con servicios básicos
Máximo de por vida de servicios de	\$ 2,500
Tabla guía de tarifas	Guía de tarifas actual de Ontario Dental (ODA)
Servicios básicos incluidos	Diagnóstico, preventivo, restauración, cirugía, empastes, anestesia
Revisiones completas	1 examen cada 24 meses
Revisión de control	1 examen cada 6 meses
Radiografías	1 serie completa cada 12 meses
Radiografías de mordida	1 juego cada 12 meses
Pulido	Cubierto
Tratamiento de flúor tópico	Cubierto
Raspado periodontal	8 unidades cada año calendario
Servicios mayores incluidos	Coronas, puentes, dentaduras
Reemplazo de puentes/dentaduras	Cubierto cada 5 años
Servicios de ortodoncia	Hijos menores de 19 Se requiere plan del tratamiento.
Beneficio para dependientes sobrevivientes	Saldo de la cuenta en el Dollar Bank del Miembro del Plan, más una extensión de 30 meses
Terminación de cobertura	Retiro - (Aplican otras disposiciones de terminación estándar)
Programa de asistencia para miembros	Servicio confidencial de asesoramiento y consejería. Termina al retiro

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD

QUIÉN PUEDE SER ELEGIBLE PARA LOS BENEFICIOS DEL PLAN

Los beneficios del Plan se brindan solo a los Miembros elegibles con buenos antecedentes del Local 27 o Local 1030 del Sindicato Carpenters, o a los Oficiales del Local 27 o Local 1030, en cuyo nombre se han hecho contribuciones al Fondo, y que han cumplido con los requisitos de elegibilidad para los beneficios del Plan como se describe en esta Guía.

El estado de un Miembro en el Sindicato es determinado por el Sindicato y la Junta de Fideicomisarios. El Administrador del Plan aceptará la determinación que emita el Sindicato acerca del estado de un Miembro. La elegibilidad de un Miembro según el Plan se basa en el nivel de contribuciones del empleador al Fondo a nombre de ese Miembro del Plan, según lo determine la Junta de fideicomisarios.

Todos los Miembros del Plan calificados y sus Dependientes elegibles deben ser residentes canadienses y deben estar cubiertos por el plan de atención médica del gobierno provincial que corresponda.

¿EN QUÉ MOMENTO UN MIEMBRO DEL PLAN ES ELEGIBLE PARA LOS BENEFICIOS?

Para ser elegible para los beneficios del Plan, un Miembro del Plan debe primero completar y enviar una Tarjeta de información de miembro a la Oficina de Administración del Plan. Las tarjetas de información de miembro están disponibles en la Oficina del Sindicato o en la Oficina de Administración del Plan. Es importante mantener actualizada su Tarjeta de Información de miembro y comunicar a la Oficina de Administración del Plan si hay algún cambio en la información ya proporcionada.

La Oficina de Administración del Plan abrirá una cuenta en el Dollar Bank para cada Miembro elegible del Plan y depositará en esa cuenta todas las contribuciones del empleador para el Plan que reciba la Oficina de Administración del Plan.

La cobertura del Plan para los Miembros del Plan y sus Dependientes elegibles comenzará el primer día del segundo mes, después del mes en que el saldo de la cuenta en el Dollar Bank de un Miembro del Plan sea equivalente a al menos tres veces la deducción mensual requerida por el Dollar Bank. De acuerdo con la deducción mensual de Dollar Bank requerida por el Plan a la fecha en que se preparó esta Guía Informativa para Miembros del Plan, el saldo inicial requerido en la cuenta de Dollar Bank es de \$ 1,140.

Todos los montos de deducción de la cuenta de Dollar Bank son revisados por la Junta de fideicomisarios de forma regular y están sujetos a cambios en cualquier momento.

¿CÓMO HACE UN MIEMBRO DEL PLAN PARA SEGUIR SIENDO ELEGIBLE PARA LOS BENEFICIOS?

Todos los meses, una cantidad que representa el costo mensual de los beneficios del Plan se deducirá de la cuenta en el Dollar Bank del Miembro del Plan. A esta suma se la denomina como “Deducción mensual del Dollar Bank”. A la fecha en que se preparó esta Guía Informativa para Miembros del Plan, la deducción mensual del Dollar Bank requerida es de \$ 380.

Un Miembro del Plan seguirá cubierto por los beneficios del Plan (sujeto a las disposiciones de elegibilidad y terminación descritas en esta Guía), siempre que el Miembro del Plan disponga en su cuenta del monto mínimo de Deducción mensual del Dollar Bank para cada mes de cobertura.

En cualquier mes en que el Administrador del Plan reciba contribuciones a nombre de un Miembro del Plan que excedan la Deducción mensual del Dollar Bank, el exceso permanecerá en la cuenta en el Dollar Bank del Miembro del Plan, hasta que el mismo alcance un saldo máximo de \$ 4,560.

El saldo máximo de la cuenta en el Dollar Bank (que está sujeto a cambios según lo descrito anteriormente) representa 12 meses de deducciones mensuales del Dollar Bank. El Miembro del Plan que tenga en su cuenta en el Dollar Bank el saldo máximo establecido contará con la cobertura del plan hasta por 12 meses.

¿CÓMO PUEDE UN MIEMBRO DEL PLAN CONSERVAR LOS BENEFICIOS SI SU CUENTA EN EL DOLLAR BANK NO CUBRE LA DEDUCCIÓN MENSUAL?

La Oficina de Administración del Plan enviará una notificación al Miembro del Plan cuando el saldo de su cuenta en el Dollar Bank sea inferior a una Deducción mensual mínima del Dollar Bank.

En ese caso, un Miembro del Plan calificado puede ser elegible para realizar pagos directos mensuales hasta por un período de 12 meses consecutivos, para seguir siendo elegible para los beneficios. Solo los Miembros del Plan que mantengan buenos antecedentes del Local 27 o Local 1030 del Sindicato Carpenters pueden estar cubiertos por la extensión de beneficios del Plan de Pago Directo.

La Oficina de Administración del Plan informará a los Miembros del Plan que estén calificados acerca de la opción de acceso al Plan a través del Plan de Pago Directo y el calendario de pagos requerido. Para seguir siendo Miembro elegible del Plan, el Plan debe recibir todos los pagos del Plan de Pago Directo al momento del vencimiento y están sujetos a los impuestos provinciales correspondientes, actualmente un 8 % en Ontario (Impuesto sobre las ventas al por menor (RST)).

A la fecha en que se preparó esta Guía Informativa para Miembros del Plan, un Miembro del Plan calificado tiene la opción de extender su cobertura mediante pagos directos mensuales, según una de las siguientes alternativas de Pago Directo:

Plan A: un Plan de Pago Directo mensual de \$ 300 (más los impuestos aplicables) que proporciona todos los beneficios del Plan, excepto la indemnización semanal y la discapacidad a largo plazo; o

Plan B: un Plan de Pago Directo mensual de \$ 30 (más los impuestos aplicables) que proporciona solamente el Beneficio de seguro de vida aplicable a los Miembros del Plan (no cubre a ningún Dependiente elegible).

Todas las opciones del Plan de Pago Directo y cualquier monto mensual requerido de pago directo son revisados regularmente por la Junta de fideicomisarios y están sujetos a cambios en cualquier momento.

¿CÓMO PUEDE UN MIEMBRO DEL PLAN SER READMITIDO PARA DISFRUTAR DE LOS BENEFICIOS UNA VEZ QUE SE SUSPENDE LA COBERTURA?

En el caso de que la cobertura de un Miembro del Plan fuera suspendida debido a un saldo insuficiente en su cuenta en el Dollar Bank y la Oficina de Administración del Plan reciba nuevamente contribuciones en nombre del Miembro del Plan debido a un retorno al trabajo con un empleador contribuyente, el Miembro del Plan puede ser reintegrado a la cobertura del Plan.

Si la cobertura fue suspendida por un período de menos de 12 meses consecutivos, el Miembro del Plan volverá a ser elegible para recibir beneficios el primer día del mes, después del mes en el que la cuenta en el Dollar Bank del Miembro tenga un saldo mínimo que cubra la Deducción mensual del Dollar Bank, como se describe anteriormente.

Si la cobertura de un Miembro del Plan se suspendió por un período de 12 meses consecutivos o más, el Miembro del Plan volverá a ser elegible para recibir los beneficios el primer día del segundo mes, después del mes en que el saldo de la cuenta del Miembro en el Dollar Bank sea de al menos 3 veces la Deducción mensual requerida por el Dollar Bank descrita anteriormente.

El saldo inicial requerido en la cuenta en el Dollar Bank, la Deducción mensual del Dollar Bank y las reglas de elegibilidad en curso descritas anteriormente son las que estaban vigentes cuando se imprimió esta Guía. Estas reglas están sujetas a revisiones y cambios en el futuro. Si se realizan cambios, se notificará a los Miembros del Plan.

ADEMÁS DEL MIEMBRO DEL PLAN, ¿QUIÉN MÁS PUEDE DISFRUTAR DE LOS BENEFICIOS?

Los Dependientes elegibles de un Miembro del Plan incluirán solo a las siguientes personas, que sean residentes en Canadá y que estén cubiertas por el plan provincial de atención médica que les corresponda:

Cónyuge

- a) El cónyuge de un Miembro del Plan incluye a la persona legalmente casada con el Miembro del Plan como resultado de una ceremonia civil o religiosa válida y excluye a toda persona divorciada o separada del Miembro del Plan, o

- b) el cónyuge de hecho de un Miembro del Plan con quien el Miembro del Plan ha convivido y presentado públicamente como su cónyuge casado por un período no menor a 12 meses consecutivos, inmediatamente antes de la fecha de los servicios para los cuales presenta una primera reclamación.

Hijo/s

- a) cada hijo (mayor de 14 días de edad con respecto al seguro de vida para Dependientes) de un Miembro del Plan. Un hijo dependiente incluirá los hijos del matrimonio del Miembro del Plan, los hijos legalmente adoptados y los hijastros. Para ser considerado un Dependiente elegible, el hijo no debe estar casado, no debe ser empleado de manera regular a tiempo completo y debe ser menor de 22 años de edad. Además,
- b) un hijo menor de 25 años que haya sido cubierto continuamente como Dependiente bajo este Plan desde que fue elegible por primera vez, seguirá siendo considerado como Dependiente elegible si asiste a tiempo completo a una escuela, colegio o universidad acreditada. Se deberá proporcionar una constancia de inscripción como alumno regular a la Oficina de Administración del Plan.

Un hijo cuya residencia normal se encuentre en Canadá también será considerado como Dependiente elegible cuando asista a una escuela, colegio o universidad acreditados fuera de Canadá, sujeto a las limitaciones descritas en el apartado Beneficio adicional para cuidado de la salud, en la sección **Descripción de los Beneficios** de esta Guía;

- c) un hijo con discapacidad funcional que estaba cubierto como Dependiente deberá permanecer cubierto más allá de cualquier edad límite para Dependientes, siempre que el hijo sea incapaz de ejercer un empleo autosuficiente y sea totalmente dependiente del Miembro del Plan para recibir apoyo y mantenimiento.

¿CUÁNDO TERMINA LA ELEGIBILIDAD PARA LOS BENEFICIOS DEL PLAN?

La cobertura de un Miembro del Plan, incluyendo la cobertura de cualquier Dependiente elegible, terminará para el Plan de Salud y Bienestar en la primera de las siguientes fechas:

1. el primer día del mes durante el cual la cuenta del Miembro del Plan en el Dollar Bank tenga un saldo menor a la Deducción mensual del Dollar Bank;
2. el primer día del mes para el cual el Miembro del Plan no haya realizado el pago directo necesario o para el cual el Miembro del Plan ya no sea elegible para efectuar pagos directos;
3. el día en que un Miembro del Plan deja de ser un Miembro con buenos antecedentes del Local 27 o del Local 1030 y sea suspendido o expulsado, y durante el tiempo que el Miembro del Plan permanezca suspendido o expulsado;
4. el día en que un Miembro del Plan comience el servicio activo en las fuerzas armadas de cualquier país, estado u organización internacional;
5. la fecha en que la cobertura o la póliza suspenda los beneficios cubiertos por esa póliza;
6. el día en que un Miembro del Plan se retira y ha agotado el monto en su cuenta del Dollar Bank;
7. para el Beneficio por discapacidad total y permanente y los beneficios por enfermedad grave, discapacidad a largo plazo y de Asistencia de emergencia en

- viajes, el día en que un Miembro del Plan cumple 65 años de edad o se retira. Si el Miembro del plan cumple completamente el Período calificante de discapacidad para la Discapacidad a Largo Plazo a la edad de 64 años y es considerado elegible para los beneficios por discapacidad, los pagos de los beneficios por Discapacidad a largo plazo pueden efectuarse por un máximo de 12 meses;
8. para el Beneficio AD&D en el lugar de trabajo, el día anterior a la fecha en que el Miembro del Plan cumple 75 años o se retira;
 9. la fecha de terminación según lo establecido en cualquier disposición de terminación detallada en cada descripción de beneficios de esta Guía.

La cobertura de los Dependientes elegibles de un Miembro del Plan terminará al mismo tiempo que finalice la cobertura del Miembro del Plan, como se describe anteriormente. Además, la cobertura de un Dependiente terminará si/cuando el Dependiente ya no califique como Dependiente elegible, como se describe anteriormente.

Tenga en cuenta que los aseguradores pueden extender ciertos beneficios a un Miembro del Plan discapacitado (más allá de la terminación de beneficios para el Miembro del Plan y/o más allá de la terminación de los beneficios del plan). Para obtener más información, consulte la sección **Descripción de los beneficios** de esta Guía.

SEGURIDAD PROFESIONAL Y SEGURO CONTRA ACCIDENTES OCUPACIONALES

de Seguridad Profesional y Seguro contra Accidentes Ocupacionales, Ontario, se congelara la cuenta en el Dollar Bank del Miembro del plan y el Miembro del Plan y sus Dependientes elegibles conservarán la cobertura de los beneficios del Plan mientras el Miembro del Plan reciba los beneficios de WSIB por un período máximo de 12 meses.

Si bien la Oficina de Administración del Plan ha organizado un proceso con los empleadores contribuyentes y la Oficina del Sindicato para recibir notificaciones acerca de discapacidades relacionadas con el trabajo, el hecho es que un Miembro del Plan que recibe los beneficios de WSIB puede ser pasado por alto y puede que no reciba el crédito en virtud del Plan.

Los Miembros del Plan que sufren una discapacidad relacionada con el trabajo deben notificar directamente a la Oficina de Administración del Plan, presentar evidencia de que están recibiendo los beneficios de WSIB, proporcionar la fecha de la discapacidad y, si la conocen, la fecha prevista de recuperación para garantizar que reciban el crédito WSIB correspondiente en virtud del plan.

ASISTENCIA PARA RECLAMACIONES AL CONSEJO DE SEGURIDAD PROFESIONAL Y SEGURO CONTRA ACCIDENTES OCUPACIONALES (WSIB)

Los Miembros del Plan que queden discapacitados debido a una discapacidad relacionada con el trabajo pueden solicitar asistencia del Sindicato Local 27 o 1030. El Sindicato cuenta entre su personal con un abogado y otros profesionales para ayudar a los Miembros del Plan a presentar una reclamación de beneficios de WSIB, incluyendo la reclamación de beneficios por discapacidad del Seguro de Desempleo (EI) y/o del Plan de Pensiones de Canadá (CPP).

Qué hacer si tiene un accidente en el trabajo

1. Reporte inmediatamente la lesión a su empleador.
2. Consulte a un médico u otro profesional de la salud y asegúrese de completar un **“Informe del profesional de la salud (Formulario 8)”**.
3. Comuníquese con el Sindicato local 27 o 1030 para reportar el accidente. Nancy Amico ayuda a los Miembros del Plan a solicitar los beneficios del WSIB. Puede contactarla al teléfono (905) 652-4140, extensión 606.
4. Complete un **“Informe de lesión del trabajador (formulario 6)”**. Las copias del Formulario 6 completado deben enviarse a WSIB y a su empleador. El Sindicato local 27 o 1030 puede ayudarle con esto.
5. Comuníquese con la Oficina de Administración del Plan para reportar el accidente y presentar una reclamación por el Beneficio de Discapacidad a Largo Plazo del Plan.
6. Solicite los beneficios por discapacidad de la IE y/o CPP.

Apelaciones de reclamaciones a WSIB

Una lesión en el lugar de trabajo puede hacerse evidente con el tiempo, sin ser causada por un solo evento específico. Por estas lesiones, también se puede iniciar una reclamación a WSIB como lesiones en el lugar de trabajo, sin embargo, el proceso de reclamación puede ser más difícil y con frecuencia implica la presentación de una apelación de reclamaciones. El Sindicato Local puede ayudar a los Miembros del Plan con una apelación de reclamación a WSIB.

Obligación de reemplazo por parte de su empleador y su regreso al trabajo

En el sector de la construcción, los empleadores tienen la obligación de ofrecer un trabajo modificado adecuado para volver a contratar a trabajadores que han resultado lesionados. Esto se aplica incluso a los trabajadores que se han recuperado completamente de su lesión, siempre que el empleador disponga de trabajo disponible para ofrecer.

Tanto los trabajadores como los empleadores tienen la obligación de tratar de identificar juntos el trabajo modificado adecuado. Los empleadores a menudo les dan a los trabajadores un "Formulario de habilidades funcionales" que debe completar un médico. Este formulario proporciona información que ayuda a determinar qué tipo de trabajo modificado puede realizar un trabajador. Los empleadores quieren ofrecer trabajo modificado a los trabajadores lesionados porque les significa un ahorro en reclamaciones a WSIB.

De acuerdo con las reglas de la WSIB, el trabajo modificado temporal no tiene que estar relacionado con la construcción y no es necesario que sea un trabajo que esté sujeto al contrato colectivo. Si es adecuado y está disponible, puede tratarse de trabajo de oficina. Una disputa sobre la idoneidad del trabajo modificado podría dar lugar a que un especialista en retorno al trabajo de la WSIB revise los deberes, las condiciones y la disponibilidad del trabajo para determinar la capacidad del trabajador para realizarlo.

Beneficios por pérdida de ingresos e información fiscal

La WSIB pagará beneficios durante las primeras 12 semanas de una reclamación de discapacidad aprobada, basado en los ingresos netos promedio obtenidos por el trabajador durante las 4 semanas anteriores a la lesión. Normalmente, la WSIB recalcula estos beneficios en la semana 12 y puede revisar las ganancias de un trabajador hasta 2 años antes de la fecha de la lesión. Este proceso se denomina "Cálculo de tarifa a largo plazo" y está destinado a ajustar el monto del beneficio para reflejar una representación más precisa de las ganancias reales de un trabajador, ya que las ganancias a menudo fluctúan con el tiempo.

Es importante que complete todas sus declaraciones del impuesto sobre la renta y que tenga en cuenta que los pagos de beneficios por discapacidad de WSIB se basan en las ganancias netas (ganancias después de impuestos y gastos).

Póngase en contacto con la oficina de su Sindicato local 27 o 1030 para recibir asistencia de WSIB

Para **consultas generales** acerca de esta asistencia, o para ayuda sobre cómo presentar una reclamación de beneficios de WSIB, póngase en contacto con **Nancy Amico al (905) 652-4140, extensión 606.**

Por consultas y representación relativas **apelaciones de reclamaciones a WSIB, y/o a problemas o reuniones de regreso al trabajo**, puede contactar a **Sally Chiappetta-Scapin al (905) 652-4140, extensión 239, o a Michael Farago al (905) 652-4140, 222.**

Sally y Michael representan a los trabajadores en las reuniones de regreso al trabajo de WSIB y con las apelaciones de reclamaciones a WSIB en el Workplace Safety & Insurance Board y en el Tribunal de Apelaciones.

DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA

En el caso de la muerte de un Miembro del Plan mientras sea elegible para los beneficios del Plan, el monto del Beneficio de Seguro de Vida que se muestra en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía es pagadero al beneficiario designado por el Miembro del Plan.

DESIGNAR UN BENEFICIARIO

Un Miembro del Plan puede designar a un beneficiario al completar y presentar una Tarjeta de información de miembro en la Oficina de Administración del Plan.

El Miembro del Plan puede cambiar su beneficiario designado en cualquier momento (sujeto a toda póliza de seguro o limitaciones legales/provinciales) completando una nueva Tarjeta de información de miembro y presentándola a la Oficina de Administración del Plan.

El Asegurador pagará por lo general cualquier beneficio de seguro de vida al beneficiario designado nombrado en la última Tarjeta de información de miembro presentada en la Oficina de Administración del Plan.

Por lo tanto, es muy importante mantener actualizada toda la información personal archivada en la Oficina de Administración del Plan, así como revisar quién es su beneficiario designado para asegurarse de que refleje su intención actual.

PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN DE BENEFICIOS DE SEGUROS DE VIDA

Si el beneficio de seguro de vida de un Miembro del Plan termina o se reduce, el monto del beneficio de seguro de vida terminado o reducido puede ser elegible para convertirse en una póliza individual, sin tener que proporcionar evidencia médica de asegurabilidad al Asegurador.

El Asegurador debe recibir una solicitud de una póliza individual junto con la primera prima mensual dentro de los 31 días posteriores a la fecha de terminación o reducción del beneficio de seguro de vida. Si se produjera un fallecimiento durante este período de 31 días, el monto del seguro de vida disponible para la conversión se pagará al beneficiario designado por el Miembro del Plan, incluso si no hubo una solicitud para la conversión. Para obtener más información sobre el privilegio de conversión, comuníquese con la Oficina de Administración del Plan.

SUJECCIÓN A IMPUESTOS DE LA PRIMA DE SEGURO DE VIDA PAGADA

Cualquier prima de seguro de vida pagada por el Fondo a nombre de un Miembro del Plan se considera según las leyes de impuestos de Canadá como un beneficio imponible para el Miembro del Plan en el año calendario en que se pagó.

En febrero de cada año, el Miembro del Plan que haya estado cubierto por el beneficio de seguro de vida del Plan en el año calendario anterior recibirá un formulario de impuestos oficial del Plan que indica la cantidad total de la prima del seguro de vida pagada (junto con cualquier otra prima tributable pagada) por el Fondo en nombre del Miembro del Plan durante el año calendario anterior.

La cantidad que se muestra en el formulario oficial de impuestos debe informarse como ingresos en la declaración anual de impuestos del Miembro del Plan.

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA

El beneficio de seguro de vida de un Miembro del Plan terminará el día en que el Miembro del Plan se retire y haya agotado el saldo de su cuenta en el Dollar Bank. La cobertura para un Miembro del Plan también terminará como se describe anteriormente en la sección Información de elegibilidad de esta Guía.

REQUERIMIENTO DE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE VIDA

No se realizará ningún pago de beneficios a un beneficiario designado del Miembro del Plan a menos que se presente un Formulario de reclamación completo, así como todo otro documento requerido, a la Oficina de Administración del Plan y/o al Asegurador dentro del tiempo especificado para presentar una reclamación. Consulte las disposiciones de la Fecha límite de presentación de reclamaciones en la sección Reglas y disposiciones generales del Plan de esta Guía.

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTES

en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía.

PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN PARA EL SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTES

Si el beneficio de seguro de vida para dependientes del cónyuge elegible de un Miembro del Plan termina o se reduce, el importe del beneficio de seguro de vida para dependientes terminado o reducido puede ser elegible para convertirse en una póliza individual sin evidencia médica.

El Asegurador debe recibir una solicitud de una póliza individual junto con la primera prima mensual dentro de los 31 días posteriores a la fecha de terminación o reducción del Beneficio de seguro de vida para dependientes. Si se produce un fallecimiento durante este período de 31 días, el importe del Beneficio de seguro de vida para dependientes terminado o reducido

BENEFICIO POR MUTILACIÓN Y MUERTE ACCIDENTALES (AD&D)

Pueden existir diferencias provinciales. Si reside en la provincia de Quebec y el seguro de su hijo Dependiente finaliza o se reduce, puede ser elegible para convertir el seguro cancelado según lo descrito anteriormente por el privilegio de conversión para la cobertura del cónyuge. Para obtener mayor información, comuníquese con la Oficina de Administración del Plan.

SUJECCIÓN A IMPUESTOS DE LA PRIMA DE SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTES PAGADA

Cualquier prima de seguro de vida para Dependientes pagada por el Fondo a nombre de un Miembro del Plan se considera según las leyes de impuestos de Canadá como un beneficio imponible para el Miembro del Plan en el año calendario en que se pagó.

En febrero de cada año, el Miembro del Plan que haya estado cubierto por el Beneficio de seguro de vida para dependientes del Plan en el año calendario anterior recibirá un formulario de impuestos oficial del Plan que indica la cantidad total de la prima del seguro de vida para Dependientes pagada (junto con cualquier otra prima tributable) por el Fondo en nombre del Miembro del Plan durante el año calendario anterior.

La cantidad que se muestra en el formulario oficial de impuestos debe informarse como ingresos en la declaración anual de impuestos del Miembro del Plan.

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTES

El beneficio de seguro de vida para Dependientes de un Miembro del Plan terminará no más tarde del día en que el Miembro del Plan se retire y haya agotado el saldo de su cuenta en el Dollar Bank. La cobertura para un Miembro del Plan y para cualquier Dependiente también terminará como se describe anteriormente en la sección **Información de elegibilidad** de esta Guía.

REQUERIMIENTO DE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTES

No se realizará ningún pago de beneficios a un Miembro del Plan a menos que se presente un Formulario de reclamación completo, así como todo otro documento requerido, a la Oficina de Administración del Plan y/o al Asegurador dentro del tiempo especificado para presentar una reclamación. Consulte las disposiciones de la Fecha límite de presentación de reclamaciones en la sección Reglas y disposiciones generales del Plan de esta Guía.

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL (MIEMBROS DEL PLAN Y DEPENDIENTES)

La muerte accidental se define como la muerte que resulta de una lesión corporal accidental. El beneficio por Mutilación y muerte accidentales se paga además del Beneficio de seguro de vida del Plan.

Dentro de los 365 días posteriores a la muerte accidental de un Miembro del Plan, y al recibir la debida prueba de pérdida satisfactoria para el Asegurador, el beneficiario designado recibirá el importe principal que corresponde al Miembro del Plan, descrito en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía (Para obtener más información acerca de la designación de un beneficiario, consulte la descripción del beneficio de seguro de vida en páginas anteriores).

Los Dependientes elegibles de un Miembro del Plan también están cubiertos por el Beneficio por muerte accidental.

Los importes principales para un cónyuge y cada hijo dependiente están indicados en el **Resumen de los Beneficios** de esta Guía y son pagaderos al Miembro del Plan.

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL EN EL LUGAR DE TRABAJO (SOLO PARA MIEMBROS DEL PLAN)

Dentro de los 365 días posteriores a una muerte accidental en el lugar de trabajo, y al recibir la debida prueba de pérdida satisfactoria para el Asegurador, el beneficiario designado del Miembro del Plan recibirá el Beneficio por muerte accidental en el lugar de trabajo indicado en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía. Una muerte accidental en el lugar de trabajo es el resultado de un accidente que ocurre cuando un Miembro del Plan, que tiene menos de 75 años, es:

- i) en las instalaciones del lugar de trabajo, durante el trabajo del Miembro del Plan, o
- ii) al realizar un viaje de negocios específico y autorizado (viajes de negocios, pero sin incluir viajes diarios a un sitio de trabajo).

BENEFICIO POR DISCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (SOLO PARA MIEMBROS DEL PLAN)

Después de un año (12 meses) de “**Discapacidad Total Continua**”, si el Miembro del Plan que tiene menos de 65 años de edad se convierte en “**Discapacitado Total Permanente**”, el Asegurador pagará al Miembro del Plan el Beneficio por Discapacidad Total y Permanente indicado en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía. El Asegurador deducirá cualquier pago realizado en virtud del Programa de pérdidas de beneficios por mutilación accidental (ver más abajo) a causa de esas mismas lesiones.

La “**Discapacidad Total Continua**”, que resulta de tales lesiones y comienza dentro de los 30 días posteriores a la fecha de un accidente, significa la incapacidad total de un Miembro del

Plan durante el primer año para realizar las tareas sustanciales y materiales de su propia ocupación o empleo.

La “**Discapacidad Total y Permanente**” se refiere a la incapacidad total del Miembro del Plan, después de un año de Discapacidad Total continua, como se define anteriormente, para ejercer cualquier ocupación o empleo para el cual el Miembro del Plan esté capacitado por motivos de educación, capacitación o experiencia por el resto de su vida.

BENEFICIO POR MUTILACIÓN ACCIDENTAL (MIEMBROS DEL PLAN Y DEPENDIENTES) Y BENEFICIO POR MUTILACIÓN ACCIDENTAL EN EL LUGAR DE TRABAJO (MIEMBROS DEL PLAN)

El Asegurador pagará el 100 % del importe principal correspondiente por mutilación accidental descrito en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan o un Dependiente elegible sufra alguna de las pérdidas accidentales que se detallan a continuación. Además del beneficio de mutilación accidental, el Asegurador también pagará el 100 % del importe principal por mutilación accidental en el lugar de trabajo correspondiente que se describe en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan, que es menor de 75 años, sufra cualquiera de las pérdidas accidentales enumeradas a continuación debido a un accidente de trabajo.

- Pérdida total de la vista en ambos ojos
- Pérdida de una mano y un pie
- Pérdida del uso de una mano y de un pie
- Pérdida de una mano y pérdida total de la vista en un ojo
- Pérdida de un pie y pérdida total de la vista en un ojo
- Pérdida del habla y de la audición en ambos oídos
- Muerte cerebral

El Asegurador pagará el 200 % del importe principal correspondiente por mutilación accidental descrito en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan o un Dependiente elegible sufra alguna de las pérdidas accidentales que se detallan a continuación.

Además del beneficio de mutilación accidental, el Asegurador también pagará el 200 % del importe principal por mutilación accidental en el lugar de trabajo correspondiente que se describe en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan, que es menor de 75 años, sufra cualquiera de las pérdidas accidentales enumeradas a continuación debido a un accidente de trabajo.

- Pérdida de ambos brazos, ambas manos, ambas piernas o ambos pies
- Pérdida del uso de ambos brazos, ambas manos, ambas piernas o ambos pies
- Cuadriplejía

- Paraplejia
- Hemiplejia

El Asegurador pagará el 75 % del importe principal correspondiente por mutilación accidental descrito en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan o un Dependiente elegible sufra alguna de las pérdidas accidentales que se detallan a continuación. Además del beneficio de mutilación accidental, el Asegurador también pagará el 75 % del importe principal por mutilación accidental en el lugar de trabajo correspondiente que se describe en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan, que es menor de 75 años, sufra cualquiera de las pérdidas accidentales enumeradas a continuación debido a un accidente de trabajo.

- Pérdida de un brazo o una pierna
- Pérdida del uso de un brazo o una pierna
- Pérdida de una mano o un pie
- Pérdida del uso de una mano o un pie
- Pérdida total de la vista en un ojo
- Pérdida del habla o de la audición en ambos oídos

El Asegurador pagará el 33 1/3 % del importe principal correspondiente por mutilación accidental descrito en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan o un Dependiente elegible sufra alguna de las pérdidas accidentales que se detallan a continuación. Además del beneficio de mutilación accidental, el Asegurador también pagará el 33 1/3 % del importe principal por mutilación accidental en el lugar de trabajo correspondiente que se describe en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan, que es menor de 75 años, sufra cualquiera de las pérdidas accidentales enumeradas a continuación debido a un accidente de trabajo.

- Pérdida del pulgar e índice de la misma mano
- Pérdida del uso de los dedos pulgar e índice de la misma mano
- Pérdida de cuatro dedos de la misma mano
- Pérdida de audición en un oído

Las pérdidas por cuadriplejia, Paraplejia, Hemiplejia y “Pérdida de uso” están sujetas a un monto máximo combinado de todas las pólizas de \$ 1,000,000.

El Asegurador pagará el 25 % del importe principal correspondiente por mutilación accidental descrito en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan o un Dependiente elegible sufra alguna de las pérdidas accidentales que se detallan a continuación. Además del beneficio de mutilación accidental, el Asegurador también pagará el 25 % del importe principal por mutilación accidental en el lugar de trabajo

correspondiente que se describe en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía al Miembro del Plan en caso de que el Miembro del Plan, que es menor de 75 años, sufra cualquiera de las pérdidas accidentales enumeradas a continuación debido a un accidente de trabajo.

- Pérdida de todos los dedos de un pie

DEFINICIONES DE MUTILACIÓN ACCIDENTAL

“Pérdida”, según se usa anteriormente en referencia a la mano y/o pie, significa una separación completa a través o por encima de la muñeca o tobillo, pero debajo de la articulación del codo o la rodilla.

“Pérdida”, según se usa en referencia al brazo o la pierna, significa una separación completa a través o por encima de la articulación del codo o la rodilla.

“Pérdida”, según se usa en referencia al dedo pulgar e índice, significa separación completa en o por encima de la articulación metacarpofalángica.

“Pérdida”, según se usa en referencia al dedo del pie, significa una separación completa en la articulación metatarsofalángica o por encima de ella.

“Pérdida”, según se usa en referencia al ojo, significa la pérdida irrecuperable de la vista completa del mismo.

Si una Persona cubierta sufre la separación completa de una mano, un pie, un brazo o una pierna, se pagará un beneficio, incluso si la extremidad cortada se vuelve a unir quirúrgicamente, con éxito o no.

“Pérdida”, según se usa anteriormente en referencia al habla, significa la pérdida completa e irrecuperable del habla que no permite la comunicación en ningún grado.

“Pérdida”, según se usa en referencia a la "Pérdida" de la audición, significa pérdida de audición completa e irrecuperable, que no puede ser corregida por ningún audífono o dispositivo.

“Pérdida”, según se usa en referencia a la cuadriplejía (parálisis de los miembros superiores e inferiores), paraplejía (parálisis de los miembros inferiores) y hemiplejía (parálisis de los miembros superiores e inferiores de un lado del cuerpo), significa la parálisis completa e irrecuperable de dichas extremidades, siempre que dicha pérdida de función sea continua durante ciento ochenta días consecutivos y que por pruebas satisfactorias se determine al Asegurador que dicha pérdida de función es permanente.

“Muerte cerebral” significa inconsciencia irreversible con pérdida total de la función cerebral y ausencia total de actividad eléctrica del cerebro, aunque el corazón todavía esté latiendo.

“Pérdida de uso” significa la pérdida total e irrecuperable de uso, siempre que la pérdida sea continua durante 12 meses consecutivos y el Asegurador determine que es permanente.

Si dichas lesiones causan cualquiera de las pérdidas específicas enumeradas anteriormente dentro de un año a partir de la fecha del accidente, el Asegurador pagará el beneficio aplicable específico basado en el/los importe(s) principal(es) correspondiente, sin embargo, no se pagará más de uno (el mayor) de dichos beneficios con respecto a todas las lesiones resultantes de un accidente por una mutilación accidental o una mutilación accidental en el lugar de trabajo.

BENEFICIOS AD&D ADICIONALES (MIEMBROS DEL PLAN Y DEPENDIENTES) ***BENEFICIO POR EXPOSICIÓN Y DESAPARICIÓN***

Las pérdidas que resulten de la exposición inevitable a los elementos y que surjan de los peligros descritos anteriormente se cubrirán dentro del alcance de los beneficios otorgados a una persona cubierta. Si dentro del año de la desaparición, encallamiento, hundimiento o naufragio del transporte en el que viajaba en el momento del accidente, no se ha encontrado el cuerpo de la persona cubierta, se presumirá, sujeto a todas las demás condiciones del beneficio, que la persona cubierta perdió la vida a consecuencia de las lesiones corporales sufridas en el accidente.

BENEFICIO DE REPATRIACIÓN

Cuando una lesión cubierta resulte en la pérdida de la vida de una persona cubierta a más de ciento cincuenta (150) kilómetros de su ciudad de residencia permanente, o fuera de Canadá, y dentro de los 365 días a partir de la fecha del accidente, el Asegurador pagará los gastos reales incurridos para preparar al difunto para el entierro y el envío del cadáver a la ciudad de residencia del difunto, pero sin exceder de \$ 15,000.

BENEFICIO DE REHABILITACIÓN

Cuando las lesiones resulten en que el Asegurador efectúe un pago en virtud de cualquier beneficio que excluya el beneficio de pérdida de vida, además, el Asegurador pagará los gastos razonables y necesarios incurridos hasta el monto máximo de \$ 15,000, para la capacitación especial de la persona cubierta, siempre y cuando:

- a) dicha capacitación sea necesaria debido a las lesiones sufridas y para que la persona cubierta esté calificada para ejercer una ocupación en la que no hubiera estado involucrada de no ser por tales lesiones;
- b) se incurra en los gastos dentro de los dos (2) años posteriores a la fecha del accidente;
- c) no se realizará ningún pago por gastos de vida ordinarios, viajes o ropa.

BENEFICIO DE TRANSPORTE FAMILIAR

Cuando las lesiones causan que una persona cubierta resulte ingresada como paciente hospitalizado en un hospital fuera de los ciento cincuenta (150) kilómetros de la ciudad de residencia permanente de la persona cubierta, o fuera de Canadá, y requiera la asistencia personal de un miembro de su familia inmediata, según lo recomendado por escrito por el médico tratante, el Asegurador pagará los gastos incurridos por el miembro de la familia, el transporte, realizado por un transportista común con licencia y por la ruta más directa hacia

donde se encuentre internada la persona cubierta, pero sin exceder la cantidad máxima de \$ 15,000.

“**Miembro de la familia inmediata**” significa cónyuge, padre o padrastro, hijo o hijastro, hermano o hermana, hermanastro o hermanastra, cuñado o cuñada, suegra o suegro y yerno o nuera.

BENEFICIO DE CAPACITACIÓN OCUPACIONAL PARA CÓNYUGES

Cuando las lesiones a un Miembro del Plan resulten en que el Asegurador realice un pago en virtud del Beneficio por muerte accidental, además, el Asegurador pagará los gastos realmente incurridos, dentro de los 365 días de la fecha del accidente, por parte del Cónyuge del Miembro del Plan en un programa formal de capacitación ocupacional con el propósito específico de calificar a dicho cónyuge para obtener un empleo activo en una ocupación para la cual el cónyuge no tendría las calificaciones suficientes. El máximo a pagar no deberá exceder la cantidad de \$ 15,000.

BENEFICIO DE ALTERACIÓN DEL HOGAR Y MODIFICACIÓN DE VEHÍCULO

Este beneficio es pagadero en caso de que una persona cubierta sufra una lesión que resulte en una de las pérdidas por mutilación por las que se pague beneficio, excluyendo el Beneficio por muerte accidental, y que dicha lesión requiera posteriormente el uso de una silla de ruedas para ser ambulatoria.

El Asegurador pagará los gastos razonables y necesarios realmente incurridos dentro de los 365 días a partir de la fecha del accidente por:

- 1) el costo único de las modificaciones a la residencia principal de la persona cubierta para que sea accesible y habitable en silla de ruedas, y
- 2) el costo único de las modificaciones necesarias a un vehículo motorizado utilizado por la persona cubierta para que el vehículo sea accesible u operable para la persona cubierta.

Los pagos de los beneficios aquí mencionados no se efectuarán a menos que:

- a) las alteraciones en el hogar sean hechas por una persona o personas con experiencia en tales alteraciones y recomendadas por una organización reconocida, que brinde apoyo y asistencia a usuarios de sillas de ruedas; y
- b) las modificaciones del vehículo sean llevadas a cabo por una persona o personas con experiencia en tales asuntos y que las modificaciones estén aprobadas por las autoridades provinciales de licencias de vehículos.

El máximo a pagar según los artículos 1 y 2 combinados no excederá el 10 % del importe principal correspondiente indicado en la sección **Resumen de los beneficios**, hasta un máximo de \$ 50,000.

BENEFICIO DE CUIDADO DIURNO

Si un Miembro del Plan o el cónyuge elegible de un Miembro del Plan pierde la vida en un accidente cubierto mientras la póliza de seguro está vigente, el Asegurador pagará, además de

todos los demás beneficios pagaderos en virtud del beneficio por Mutilación y muerte accidentales, un beneficio de cuidado de día igual a los gastos razonables y necesarios realmente incurridos, sujeto a:

- a) el menor del 5 % del importe principal correspondiente a la persona cubierta; o
- b) un máximo de \$ 5,000 por año:

para cualquier hijo dependiente que tenga 12 años o menos. El hijo dependiente debe estar inscrito en un centro de cuidado diurno con licencia legal en la fecha del accidente o debe estar inscrito en un centro de cuidado diurno con licencia legal dentro de los 365 días posteriores a la fecha del accidente.

El beneficio de cuidado diurno se pagará cada año durante cuatro (4) años consecutivos, pero solo después de recibir una prueba satisfactoria de que el niño está inscrito en un centro de cuidado diurno con licencia legal.

BENEFICIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Si un Miembro del Plan o el cónyuge elegible de un Miembro del Plan pierde la vida en un accidente cubierto mientras la póliza de seguro está vigente, el Asegurador pagará, además de todos los demás beneficios pagaderos en virtud del beneficio por Mutilación y muerte accidentales, un **“Beneficio de educación especial”**, del 5 % del importe principal correspondiente a la Persona Cubierta hasta un máximo de \$ 5,000 por año, a nombre de cualquier hijo dependiente que, a la fecha del accidente, esté inscrito como estudiante a tiempo completo en cualquier institución de educación superior y, posteriormente, se inscriba como estudiante a tiempo completo en cualquier institución de educación superior dentro de los 365 días posteriores a la fecha del accidente.

El **“Beneficio de educación especial”** se paga anualmente por un máximo de cuatro (4) pagos anuales consecutivos, pero solo si el hijo dependiente continúa su educación como estudiante a tiempo completo en una institución de educación superior.

BENEFICIO POR DUELO

Cuando las lesiones cubiertas por el Beneficio por Mutilación y muerte accidentales causan la muerte de una persona cubierta, el Asegurador pagará, dentro de los 365 días a partir de la fecha del accidente, los gastos razonables y necesarios incurridos por los Dependientes elegibles supervivientes de la Persona Cubierta (cónyuge e hijos) por un máximo de seis (6) sesiones de asesoría por duelo, a cargo de un consejero profesional, por un monto máximo de \$ 1,000.

“Consejero profesional” significa el tratamiento o la asesoría de un terapeuta o consejero con licencia, registro o certificación para brindar dicho tratamiento.

BENEFICIO DE INGRESOS MENSUALES POR INTERNACIÓN HOSPITALARIA

En caso de que una persona cubierta sufra una lesión que resulte en un pago realizado en virtud del beneficio por mutilación, excluyendo el beneficio por muerte accidental, y que la persona

cubierta se encuentre internada en un hospital como paciente y esté bajo el cuidado de un médico o cirujano legalmente calificado y que no sea ella misma, el Asegurador pagará por cada mes completo, el uno por ciento (1 %) del importe principal aplicable, sujeto a un beneficio máximo de \$ 2,500, o un treintavo (1/30) de dicho beneficio mensual por cada día de mes parcial, retroactivo al primer día completo de dicha hospitalización, pero sin exceder los 365 días en el agregado de cada período de internación en el hospital.

"Hospital", según se usa en este documento, significa un establecimiento legalmente constituido que cumple con todos los requisitos siguientes:

1. opera principalmente para la recepción, atención y tratamiento de personas enfermas, debilitadas o heridas como pacientes internos;
2. brinda servicio de enfermería las 24 horas del día por enfermeras registradas o graduadas;
3. tiene un personal de uno o más médicos con licencia disponibles en todo momento;
4. proporciona instalaciones organizadas para el diagnóstico e instalaciones quirúrgicas;
- y
5. no es principalmente una clínica, un hogar de ancianos o un hogar de convalecencia o un establecimiento similar ni, además de incidentalmente, un lugar para alcohólicos o drogadictos.

"Paciente interno" significa una persona admitida en un hospital como residente o paciente de cama y a quien el hospital proporciona al menos un día de alojamiento y comida.

BENEFICIO COSMÉTICO POR DESFIGURACIÓN

Si una persona cubierta sufre una quemadura de tercer grado debido a un accidente, el Asegurador pagará un porcentaje del importe principal correspondiente según el área del cuerpo que se quemó, y según la siguiente tabla, sujeto a un beneficio máximo pagadero de \$ 25,000:

Parte del cuerpo	(A) Clasificación del área	(B) % máximo permitido para el área quemada	(C) % máximo del importe principal a pagar
Cara, cuello, cabeza	11	9.0 %	99.0 %
Mano y antebrazo	5	4.5 %	22.5 %

Parte superior de cualquiera de los brazos	3	4.5	13.5 %
Torso (delantero o trasero)	2	18.0 %	36.0 %
Cualquiera de los muslos	1	9.0 %	9.0 %
Parte inferior de cualquiera de las piernas	3	9.0 %	27.0 %

El “**máximo porcentaje del importe principal a pagar**” (columna (C) en la tabla anterior) se determina multiplicando la clasificación del área ((A) en la tabla anterior) por el porcentaje máximo permitido para el área quemada ((B) en la tabla anterior).

En caso de que la quemadura alcance el 50 % de la superficie, el porcentaje máximo permitido para el área quemada (B) se reduce en un 50 %. Esta tabla solo representa el porcentaje máximo del importe principal a pagar por cada accidente. Si la persona cubierta sufre quemaduras en más de un área como resultado de cualquier accidente, los beneficios no excederán un máximo de \$ 25,000.

BENEFICIO DE CINTURÓN DE SEGURIDAD

Este beneficio solo es pagadero en caso de que una persona cubierta sufra una lesión que resulte en una de las pérdidas pagaderas en virtud del Beneficio por mutilación o muerte accidentales. El importe principal de la persona cubierta se incrementará en un 10 %, hasta la cantidad máxima de \$ 25,000, si, en el momento del accidente, la persona cubierta estaba conduciendo o manejando un vehículo y llevaba puesto el cinturón de seguridad correctamente ajustado. Como parte de la prueba escrita de pérdida, deberá presentarse una prueba debida del uso del cinturón de seguridad.

“**Cinturón de seguridad**” significa aquellos cinturones que forman un sistema de retención. “**Vehículo**” significa un automóvil privado de pasajeros, una camioneta, una furgoneta o un automóvil tipo jeep.

BENEFICIO DE IDENTIFICACIÓN

En caso de que la persona cubierta sufra la pérdida accidental de su vida a no menos de ciento cincuenta (150) kilómetros del lugar de residencia normal de la persona cubierta y que la policía o una autoridad gubernamental similar solicite a un miembro de la familia inmediata la identificación del cuerpo, el Asegurador reembolsará los gastos razonables realmente incurridos por dicho miembro de la familia por:

- a) transporte por la ruta más directa a la ciudad o pueblo donde se encuentra el cuerpo; y
- b) alojamiento en un hotel en dicha ciudad o pueblo, sujeto a una duración máxima de tres (3) días.

El reembolso de dichos gastos incurridos está sujeto a que el Beneficio por muerte accidental se pague posteriormente, de acuerdo con los términos de este Beneficio, luego de la identificación del cuerpo como la persona cubierta.

El monto máximo a pagar para todos estos gastos no excederá de \$ 15,000. No se realizará el pago de pensión completa u otros gastos de alojamiento, de viaje o de vestimenta ordinarios, y el transporte debe realizarse en un vehículo o dispositivo operado con licencia para el transporte comercial pasajeros.

PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

En la fecha de terminación del Beneficio por Mutilación y muerte accidentales o durante el período de 31 días posteriores a la terminación, la persona cubierta puede convertir su seguro en una póliza individual de seguro de Mutilación y muerte accidentales (excluyendo la cláusula de enfermedad grave) del Asegurador.

La póliza individual entrará en vigencia a partir de la fecha en que el Asegurador reciba la solicitud o en la fecha en que finalice la cobertura en virtud del Plan, lo que ocurra más tarde.

La prima será la misma que pagaría una persona al momento de solicitar una póliza individual en ese momento.

La solicitud de una póliza individual se puede efectuar contactando a la Oficina de Administración del Plan. El importe del beneficio de seguro convertido no deberá exceder el monto emitido durante la Membresía del Plan, hasta un máximo de \$ 200,000. La póliza individual cubrirá únicamente Mutilación y muerte accidentales.

MUERTE ACCIDENTAL Y MUTILACIÓN: LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Este beneficio no cubre las pérdidas causadas por uno o más de los siguientes:

- a) Lesiones autoinfligidas intencionalmente, suicidio o cualquier intento de cometer los mismos, en pleno goce de sus facultades o en estado de insania;
- b) Guerra declarada o no declarada o cualquier acto de la misma;
- c) Viajar o volar en una aeronave de propiedad o arrendada por el titular de la póliza, la persona cubierta o un miembro de la familia de la persona cubierta, o una aeronave utilizada para cualquier prueba o propósito experimental, extinción de incendios, inspección de líneas eléctricas, inspección de tuberías, fotografía aérea o exploración;
- d) Pérdidas ocurridas mientras la persona cubierta se desempeña en servicio activo a tiempo completo en las Fuerzas Armadas de cualquier país o autoridad internacional;
- e) Viajar o volar en cualquier vehículo o dispositivo para navegación aérea; excepto en la medida en que dicho viaje o vuelo se proporcione en la descripción de este beneficio.

Con respecto a los viajes aéreos, el seguro otorgado se aplicará a las pérdidas causadas por o resultantes de viajes o vuelos en cualquier aeronave o cualquier otro dispositivo para la navegación aérea, incluido el embarque o el descenso de los mismos, excepto:

- a) mientras se utiliza para cualquier prueba o propósito experimental; o
- b) mientras la persona cubierta está operando, aprendiendo a operar o sirviendo como miembro de la tripulación del mismo; o
- c) mientras sea operado por o para o bajo la dirección de cualquier autoridad militar, que no sea un avión de transporte operado por el Comando de Transporte Aéreo de las Fuerzas Armadas Canadienses o el servicio de transporte aéreo similar de cualquier otro país; o
- d) cualquier aeronave o dispositivo que sea propiedad o esté arrendado por o en nombre del Sindicato o empleador, o de cualquier subsidiaria o filial de la misma, o por la persona cubierta o cualquier miembro de su hogar; o
- e) mientras se utiliza para extinción de incendios, inspección de tuberías, inspección de líneas eléctricas, fotografía aérea o exploración.

Los “**Beneficios adicionales por Mutilación y muerte accidentales**” descritos anteriormente (aparte de los beneficios por muerte accidental, mutilación accidental, muerte accidental en el lugar de trabajo y mutilación accidental en el lugar de trabajo) estarán limitados a solo una (1) póliza de seguro en caso de que los beneficios estén contenidos en dos (2) o más pólizas emitidas por el Asegurador que cubren a la misma Persona Cubierta.

SUJECIÓN A IMPUESTOS DE LA PRIMA PAGADA POR MUTILACIÓN Y MUERTE ACCIDENTALES

Cualquier prima por Mutilación y muerte accidentales pagada por el Fondo a nombre de un Miembro del Plan se considera según las leyes de impuestos de Canadá como un beneficio imponible para el Miembro del Plan en el año calendario en que se recibió.

Durante el mes de febrero de cada año, el Miembro del Plan que haya estado cubierto por el Beneficio por Mutilación y muerte accidentales del Plan en el año calendario anterior recibirá un formulario de impuestos oficial del Plan que indica la cantidad total de la prima pagada por Mutilación y muerte accidentales (junto con cualquier otra prima tributable pagada) por el Fondo en nombre del Miembro del Plan durante el año calendario anterior.

En el cálculo de su ingreso sujeto a impuestos, el Miembro del Plan debe declarar como ingreso en su declaración anual de impuestos sobre el ingreso cualquier prima por Mutilación y muerte accidentales pagada a su nombre (que se muestra en el formulario oficial de impuestos).

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO POR MUTILACIÓN Y MUERTE ACCIDENTALES

El Beneficio por discapacidad total y permanente de un Miembro del Plan terminará el día anterior a la fecha en que el Miembro del Plan se retire o cumpla 65 años. El Beneficio por

Mutilación y muerte accidentales de un Miembro del Plan terminará el día en que el Miembro del Plan se retire y haya agotado el saldo de su cuenta en el Dollar Bank. La cobertura para un Miembro del Plan y para cualquier Dependiente también terminará como se describe anteriormente en la sección **Información de elegibilidad** de esta Guía.

FORMULARIO REQUERIDO PARA RECLAMACIÓN POR MUTILACIÓN Y MUERTE ACCIDENTALES

No se realizará ningún pago de beneficios a un Miembro del Plan a menos que se presente un Formulario de reclamación completo, así como todo otro documento requerido, a la Oficina de Administración del Plan y/o al Asegurador dentro del tiempo especificado para presentar una reclamación. Consulte las disposiciones de la **Fecha límite de presentación de reclamaciones** en la sección **Reglas y disposiciones generales del Plan** de esta Guía.

Si un Miembro del Plan que sea menor de 65 años es diagnosticado con **cáncer, ataque cardíaco, insuficiencia renal o accidente cerebrovascular** mientras está asegurado para el Beneficio por enfermedad grave, pero solo después de que la cobertura del seguro haya estado vigente para el Miembro del Plan por un período de 90 días (aplicable solo al cáncer), y sobrevive por un período de 30 días a partir de entonces, el Asegurador pagará el Beneficio por enfermedad grave que se muestra en la sección **Resumen de los beneficios** de esta Guía.

El Asegurador solo estará obligado a pagar el Beneficio por enfermedad grave una vez, a pesar de que el Miembro del Plan puede ser diagnosticado con más de una de las enfermedades cubiertas.

SUPERVIVENCIA DE 30 DÍAS

BENEFICIO POR ENFERMEDAD GRAVE

días a partir de entonces, el Asegurador pagará el importe del beneficio como se describe anteriormente.

DISPOSICIÓN PARA CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES

Significa una enfermedad o lesión sufrida por un Miembro del Plan por la cual buscó o recibió asesoramiento médico, consulta, investigación, diagnóstico, o por la cual un médico requirió o recomendó tratamiento durante los 24 meses inmediatamente anteriores a la fecha inicial efectiva en la que el Miembro del Plan se volvió elegible para los Beneficios del Plan (o cualquier aumento en el importe del seguro, si corresponde) que haga que, directa o indirectamente, la condición ocurra dentro de los primeros 24 meses a partir de la fecha efectiva de inicio de la Membresía del Plan para el Miembro del Plan (o por cualquier aumento en el importe del seguro, si procede).

DEFINICIONES DE ENFERMEDADES GRAVES

“Cáncer”: significa un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la propagación de células malignas y la invasión de tejido. Esto incluye la leucemia, la enfermedad de Hodgkin y el melanoma invasivo, pero no incluye:

- carcinoma in situ;
- sarcoma de Kaposi u otros cánceres relacionados con el SIDA y cáncer en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH);
- cáncer de piel o melanoma que no es invasivo y no ha superado los 75 milímetros de profundidad;
- cáncer de próstata diagnosticado como TIS N0 M0 o en escala equivalente;
- una recurrencia o metástasis de un cáncer que se diagnosticó originalmente antes de la fecha efectiva de cobertura.

Un médico certificado como oncólogo debe confirmar el diagnóstico por escrito.

“Ataque cardíaco”: significa el diagnóstico definitivo de la muerte del músculo cardíaco debido a la obstrucción del flujo sanguíneo que resulta en el aumento y la caída de los marcadores cardíacos bioquímicos a niveles considerados diagnósticos de infarto de miocardio, con al menos uno de los siguientes:

- a) síntomas de ataque al corazón; o
- b) alteraciones nuevas en el electrocardiograma (ECG) consistentes con un ataque cardíaco; o
- c) desarrollo de nuevas ondas Q durante o inmediatamente después de un procedimiento cardíaco intraarterial que incluye, entre otros, angiografía coronaria y angioplastia coronaria.

El diagnóstico de ataque cardíaco debe ser realizado por un especialista.

Exclusiones del ataque cardíaco: No se pagará ningún beneficio bajo esta condición por:

- a) Marcadores cardíacos bioquímicos elevados con:
 - i) nivel de troponina inferior a 1;
 - ii) nivel CK-Mb inferior a 4; o
- b) Alteraciones en el ECG que sugieren un infarto de miocardio previo, que no cumple con la definición de ataque cardíaco como se describe anteriormente.

“Insuficiencia renal”: significa enfermedad renal en etapa terminal debido a la falla irreversible crónica de la capacidad de ambos riñones para funcionar, lo que requiere que el Miembro del Plan se someta a hemodiálisis regular, diálisis peritoneal o trasplante renal. Un médico certificado en nefrología debe confirmar el diagnóstico por escrito.

“Accidente cerebrovascular”: significa que el Miembro del Plan ha sufrido un incidente cerebrovascular, excluyendo el ataque isquémico transitorio (AIT), que produce un infarto de tejido cerebral debido a trombosis, hemorragia y vaso intracraneal o embolización causada por una fuente extracraneal. Debe haber evidencia de que el déficit neurológico permanente persista durante 30 días consecutivos, respaldado por la evidencia de que el déficit se debe a

un accidente cerebrovascular, confirmado por escrito por un médico certificado como neurólogo.

EXCLUSIÓN DE CÁNCER DE 90 DÍAS

El período de exclusión de cáncer es de 90 días a partir de la última fecha de:

- a) la fecha efectiva de la cobertura de un Miembro del Plan, o;
- b) la fecha de la última reincorporación de la póliza de seguro.

Dentro de este período de exclusión, no habrá cobertura para el cáncer si se realiza un diagnóstico de cualquier tipo de cáncer, incluido o excluido en la póliza de seguro, o si se manifiestan síntomas o problemas médicos, o la persistencia o reaparición de los mismos, que posteriormente resulten en una investigación que conduzca al diagnóstico de cáncer.

En caso de un diagnóstico de este tipo, el Beneficio por enfermedad grave permanecerá en vigor, pero el cáncer ya no se considerará como una condición asegurada, excepto por un diagnóstico posterior de un cáncer no relacionado.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES AL BENEFICIO POR ENFERMEDAD GRAVE

El Asegurador no pagará un Beneficio por enfermedad grave en ninguna de las siguientes circunstancias:

1. por lesión o enfermedad, que no sea una de las enfermedades cubiertas, aun cuando tal lesión o enfermedad pueda haber sido complicada por una de las enfermedades cubiertas;
2. una complicación de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o cualquier variación de la misma, incluido el SIDA y el Complejo Relacionado con el SIDA;
3. el uso, la existencia o el escape de armas nucleares, materiales o radiaciones ionizantes o la contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o desechos de combustión de combustibles nucleares;
4. lesión autoinfligida intencionalmente, suicidio o cualquier intento de cometer los mismos, en pleno goce de sus facultades o en estado de insania;
5. guerra declarada o no declarada o cualquier acto de la misma;
6. la comisión o intento de comisión por parte de un Miembro del Plan de cualquier acto que, de ser juzgado por un tribunal, sería un acto ilegal según las leyes de la jurisdicción donde se cometiere el acto;
7. uso indebido de medicamentos o el abuso de drogas o intoxicantes;
8. cualquier condición médica preexistente, excepto cuando la cobertura haya estado vigente por un período de 24 meses consecutivos a partir de la fecha efectiva inicial en que el Miembro del Plan es elegible para los beneficios del Plan.

SUJECCIÓN A IMPUESTOS DE LA PRIMA POR ENFERMEDAD GRAVE

BENEFICIO DE INDEMNIZACION SEMANAL (WI)

Miembro del Plan en el año calendario en que se recibió.

Durante el mes de febrero de cada año, el Miembro del Plan que haya estado cubierto por el Beneficio por enfermedad grave del Plan en el año calendario anterior recibirá un formulario de impuestos oficial del Plan que indica la cantidad total de la prima por enfermedad grave pagada (junto con cualquier otra prima tributable pagada) por el Fondo en nombre del Miembro del Plan durante el año calendario anterior.

En el cálculo de su ingreso sujeto a impuestos, el Miembro del Plan debe declarar como ingreso en su declaración anual de impuestos sobre la renta cualquier prima por enfermedad grave pagada a su nombre (que se muestra en el formulario oficial de impuestos).

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO POR ENFERMEDAD GRAVE

El Beneficio por enfermedad grave de un Miembro del Plan terminará el día anterior a la fecha en que el Miembro del Plan se retire o cumpla 65 años. La cobertura para un Miembro del Plan también terminará como se describe anteriormente en la sección Información de elegibilidad de esta Guía.

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR ENFERMEDAD GRAVE REQUERIDO

No se realizará ningún pago de beneficios a un Miembro del Plan a menos que se presente un Formulario de reclamación completo, así como todo otro documento requerido, a la Oficina de Administración del Plan y/o al Asegurador dentro del tiempo especificado para presentar una reclamación. Consulte las disposiciones de la **Fecha límite de presentación de reclamaciones** en la sección **Reglas y disposiciones generales del Plan** de esta Guía.

Un Miembro del Plan que quede totalmente discapacitado debido a una enfermedad y/o una lesión que no esté relacionada con el trabajo puede ser elegible para recibir pagos del Beneficio de indemnización semanal (WI).

Se considera que un Miembro del Plan está **“totalmente discapacitado”** si no puede realizar cualquiera de las tareas propias de su ocupación o empleo. Para calificar para los pagos del beneficio semanal de WI, el Miembro del Plan debe proporcionar prueba de una condición incapacitante que sea satisfactoria para el Plan y debe estar bajo la atención y el tratamiento continuos de un médico o especialista legalmente calificado y con licencia.

FECHA DE INICIO DEL PAGO DEL BENEFICIO SEMANAL DE WI

Los pagos del beneficio semanal de WI se efectúan por cualquier período continuo de discapacidad durante el cual un Miembro del Plan permanezca totalmente discapacitado y a partir de:

- 1) el 1er día de una discapacidad resultado de un accidente; o
- 2) el 1er día de una discapacidad que requiera cirugía ambulatoria que no sea de naturaleza cosmética; o
- 3) el 8° día continuo de una discapacidad resultado de una enfermedad.

PERÍODO MÁXIMO DE PAGO PARA EL BENEFICIO SEMANAL DE WI

El período máximo durante el cual un Miembro del Plan con discapacidad total puede recibir pagos del beneficio semanal de WI es de 26 semanas, por cualquier período consecutivo de discapacidad que no supere el día en que el Miembro del Plan se retira.

El período máximo de 26 semanas para el de pago del beneficio semanal de WI incluye el período de 15 semanas en que se paguen los beneficios por accidente y enfermedad del Seguro de Desempleo (EI), si corresponde. 26 semanas es la duración total de los pagos combinados de los beneficios proporcionados de WI y de IE.

PAGO MÁXIMO PARA EL BENEFICIO SEMANAL DE WI

El beneficio máximo de WI a pagar es de \$ 500 por semana. Este pago se prorrateará según la cantidad de días de discapacidad durante la semana, si es menos de una semana.

Para determinar el beneficio semanal de WI a pagar a un Miembro del Plan, la fecha en que se considera que el Miembro del Plan ha quedado totalmente discapacitado no debe ser anterior a la fecha en que el Miembro del Plan consulte por primera vez a un Médico o Especialista por dicha discapacidad.

Solo se pagará al Miembro del Plan un Beneficio semanal de WI, independientemente de si el Miembro del Plan está totalmente discapacitado por más de una discapacidad.

REDUCCIONES EN EL PAGO DEL BENEFICIO SEMANAL DE WI

Los pagos de beneficios semanales de WI a nombre de un Miembro del Plan serán reducidos por cualquier ingreso o beneficio pagadero a un Miembro del Plan bajo cualquier otro acuerdo, plan o programa de trabajo de cualquier empleador o agencia gubernamental, incluido cualquier plan o programa establecido conforme a una ley provincial de seguro automotor, si corresponde.

El Plan se reserva el derecho de solicitar y obtener información sobre cualquier ingreso que un Miembro del Plan pueda recibir, o sea elegible para recibir durante un período de discapacidad por el cual un Miembro del Plan ha presentado una reclamación de WI al Plan.

Un Miembro del Plan que presenta una reclamación de WI al Plan o que ya está recibiendo pagos de beneficio semanal de WI debe informar a la Oficina de Administración del Plan acerca

de las fuentes de todos los ingresos que el Miembro del Plan recibe. No se efectuarán pagos de beneficio semanal de WI a un Miembro del Plan que no proporcione la información solicitada sobre sus otras fuentes de ingresos.

SUJECCIÓN A IMPUESTOS DEL BENEFICIO SEMANAL DE WI

Cualquier pago de beneficio semanal de WI que reciba un Miembro del Plan se considera como un ingreso imponible para el Miembro del Plan en el año calendario en que se recibió.

En febrero de cada año, el Miembro del Plan que recibió uno o más pagos de beneficio semanal de WI en el año calendario anterior recibirá del Plan un formulario oficial de impuestos que indica el importe total de los pagos de beneficio semanal de WI efectuados al Miembro del Plan en el año calendario anterior.

Cualquier cantidad que se muestra en el formulario oficial de impuestos debe informarse como ingresos en la declaración anual de impuestos del Miembro del Plan.

INTEGRACIÓN DE WI CON LOS BENEFICIOS DE DISCAPACIDAD DEL SEGURO DE DESEMPLEO (EI)

El Beneficio de WI del Plan se coordina con el beneficio de por accidente y enfermedad del EI.

Si un Miembro del Plan no puede trabajar debido a una discapacidad no relacionada con el trabajo, el Miembro del Plan debe presentar inmediatamente una reclamación de discapacidad para obtener el Beneficio de WI del Plan, así como para los beneficios por accidente y enfermedad del EI.

El Plan efectuará los pagos de beneficios semanales de WI durante el período de espera inicial del IE, que actualmente es de una semana calendario. Después del período de espera del IE, el IE puede pagar un beneficio por discapacidad de accidente y enfermedad por un máximo de 15 semanas.

Durante este período de discapacidad de 15 semanas de accidente y enfermedad del EI, el Plan no efectuará ningún pago de beneficios de WI a menos que se proporcione una prueba de que el Miembro del Plan no es elegible para los beneficios de accidente y enfermedad del EI.

Para recibir los pagos del beneficio semanal de WI del Plan durante el período de 15 semanas de beneficios por discapacidad del EI, el Miembro del Plan debe proporcionar una declaración del Department of Employment and Social Development Canada, que indique la cantidad de semanas en que se pagaron los beneficios de accidente y enfermedad del EI o que confirme que los beneficios de discapacidad por accidente y enfermedad del EI fueron denegados.

Un Miembro del Plan que permanece totalmente discapacitado después del período de beneficio máximo de 15 semanas del EI es entonces elegible para que se reanuden los pagos del beneficio semanal de WI del Plan, siempre que el Miembro del Plan envíe las declaraciones médicas requeridas que respalden la reclamación del Miembro del Plan de estar totalmente discapacitado de manera continua a la Oficina de Administración del Plan.

Es importante destacar que el Miembro del Plan debe solicitar los beneficios del EI por accidente y enfermedad y no los beneficios del EI por desempleo. Si un Miembro del Plan tiene una reclamación de beneficio por desempleo del EI ya aprobada y recibe los beneficios de desempleo del EI en la fecha en que queda totalmente discapacitado, además de notificar a la Oficina de Administración del Plan, el Miembro del Plan deberá notificar de inmediato al Department of Employment and Social Development Canada acerca de su discapacidad y cambiar su reclamación de beneficios por desempleo del EI por una reclamación de beneficios por accidente y enfermedad del EI.

DISCAPACIDADES WI RECURRENTES

Si un Miembro del Plan que ya está recibiendo pagos del beneficio semanal de WI regresa al trabajo y luego reanuda su reclamación por discapacidad, el Plan considerará que este es un período continuo de estar totalmente discapacitado, siempre y cuando el regreso al trabajo (o la disponibilidad para trabajar) sea por un período de dos (2) semanas o menos.

En estas circunstancias, el Período máximo de beneficios de WI del Plan de 26 semanas (descrito anteriormente) continuará basándose en la fecha inicial (previa) de discapacidad. La única excepción a esta regla es si la ausencia del trabajo subsiguiente del Miembro del Plan se debe a una discapacidad nueva no relacionada, que comenzó después de que el Miembro del Plan regresó al trabajo (o estuvo disponible para trabajar) durante al menos un día completo.

SUBROGACIÓN DEL PAGO DEL BENEFICIO SEMANAL DE WI

Como parte del proceso de presentación de reclamaciones, el Plan requiere que el Miembro del Plan que presente una reclamación por discapacidad para el Beneficio WI del Plan complete y presente un Acuerdo de Reembolso.

Si, como resultado del incidente que causó o contribuyó a la discapacidad del Miembro del Plan, el Miembro del Plan tiene derecho a recuperar la compensación por pérdida de ingresos de un tercero, el Plan se subrogará a todos los derechos de recuperación de pérdida de ingresos del Miembro del Plan. El importe que recuperará el Plan no excederá la suma de los pagos del beneficio semanal de WI que paga el Plan.

En caso de que un Miembro del Plan proporcione al Plan una prueba de que el Miembro del Plan no ha cobrado la compensación total por pérdida de ingresos, el Plan determinará la proporción de los daños realmente cobrados por el Miembro del Plan y compartirá una cantidad proporcional de ese importe.

Si el Miembro del Plan decide resolver el asunto con el tercero antes de la determinación judicial, se entiende que el Plan considerará a la suma alcanzada en el acuerdo como una compensación total por pérdida de ingresos y aplicará su derecho de subrogación.

El término “**Compensación**” incluirá cualquier suma global o pagos periódicos que un Miembro del Plan reciba o tenga derecho a recibir por pérdidas de ingresos pasados, presentes o futuros.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN SEMANAL

No se efectuarán pagos del beneficio semanal de WI en las siguientes circunstancias:

1. por cualquier parte de un período de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan no reciba supervisión/tratamiento continuos por parte de un médico o especialista con licencia que el Plan considere apropiado para el impedimento que causa la discapacidad;
2. por cualquier parte de un período de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan recibe tratamiento solo por parte de un terapeuta, a menos que un médico o especialista con licencia lo recomiende y el Plan lo considere apropiado para el impedimento que causa la discapacidad;
3. por discapacidades resultantes del abuso de sustancias, incluyendo el alcoholismo y la adicción a las drogas, a menos que el Miembro del Plan esté participando en un programa reconocido de tratamiento contra el abuso de sustancias;
4. por cualquier parte de un período de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan no participa en un programa de tratamiento recomendado por un médico o especialista con licencia que el Plan considere apropiado para el impedimento que causa la discapacidad;
5. por cualquier parte de un período de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan hace cualquier tipo de trabajo por un salario o ganancia;
6. por discapacidades por las cuales los beneficios son pagaderos en virtud de una ley de compensación al trabajador o similar, a menos que se presente la prueba debida de que el Miembro del Plan ha sido descalificado para tales beneficios;
7. sujeto a la legislación aplicable, el Plan no cubre discapacidades derivadas de un accidente automovilístico;
8. procedimientos quirúrgicos o tratamientos realizados en un hospital, principalmente con fines estéticos o de embellecimiento, excluyendo las discapacidades resultantes de complicaciones debidas a dichos procedimientos o tratamientos quirúrgicos;
9. para discapacidades resultantes de lesiones o enfermedades intencionalmente autoinfligidas o intento de autodestrucción, ya sea que el Miembro del Plan esté en pleno goce de sus facultades o en estado de insania;
10. por discapacidades resultantes del intento o participación del Miembro del Plan en la comisión de un delito penal;
11. por discapacidades resultantes de un accidente que ocurra mientras el Miembro del Plan opere un vehículo motorizado y su sangre contenga más de 80 miligramos de alcohol en 100 mililitros de sangre (.08 %) o más que el límite legal de alcohol de sangre legalizado en la jurisdicción donde ocurra el accidente;
12. por cualquier parte de un período de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan esté encarcelado en una institución penal o recluso en un hospital o institución similar, como resultado de un proceso penal;

13. por discapacidades resultantes de lesiones o enfermedades que ocurren mientras el Miembro del Plan esté en servicio activo en las Fuerzas Armadas de cualquier país, estado u organización internacional;
14. por discapacidades que sean resultado de la participación del Miembro del Plan en una guerra, disturbios o insurrecciones;
15. por discapacidades por las cuales no se ha presentado una reclamación dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha de la discapacidad;
16. en la fecha en que el Miembro del Plan se niega, o no completa, devuelve o cumple con los términos del Acuerdo de Reembolso en virtud de la disposición **SUBROGACIÓN DEL PAGO DEL BENEFICIO SEMANAL DE WI**;
17. por cualquier parte de un período de discapacidad durante cualquier Permiso de ausencia (incluyendo el permiso por maternidad), excepto cuando los beneficios se proporcionan durante el período de recuperación postnatal del permiso por maternidad.

“Permiso de ausencia” significa un período de tiempo fuera del trabajo acordado mutuamente entre el empleador y el Miembro del Plan. En el caso de un permiso por maternidad, el permiso comenzará a más tardar:

- i) la fecha de inicio elegida para el permiso por maternidad; o

BENEFICIO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)

Dicho permiso terminará en la última de la fecha definida por los estatutos provinciales o federales, o la fecha acordada entre el empleador y el Miembro del Plan.

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO DE WI Y DEL PAGO DEL BENEFICIO SEMANAL DE WI

La cobertura de WI y cualquier pago del beneficio semanal que se efectúe a un Miembro del Plan con discapacidad terminará el día en que el Miembro del Plan se retire. La cobertura no se proporciona durante ningún período de pago directo. La cobertura para un Miembro del Plan también terminará como se describe anteriormente en la sección **Información de elegibilidad** de esta Guía.

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIÓN SEMANAL REQUERIDO

No se realizará ningún pago de beneficios a un Miembro del Plan a menos que se presente un Formulario de reclamación completo, así como todo otro documento requerido, a la Oficina de Administración del Plan dentro del tiempo especificado para presentar una reclamación. Consulte las disposiciones de la **Fecha límite de presentación de reclamaciones** en la sección **Reglas y disposiciones generales** del Plan de esta Guía.

El Miembro del Plan calificado que sea menor de 65 años y que quede totalmente discapacitado debido a una enfermedad y/o una lesión durante el período de tiempo requerido conocido como Período calificador de discapacidad puede ser elegible para recibir los pagos del Beneficio mensual por LTD.

Se considera que un Miembro del Plan está **“totalmente discapacitado”** durante los primeros 24 meses en los que recibe pagos del Beneficio mensual por LTD, si el Miembro del Plan no puede cumplir con todos y cada uno de los deberes de su propia ocupación o empleo. Después de este período, se considera que el Miembro del Plan está totalmente discapacitado si no puede realizar cualquiera de los deberes de cualquier ocupación para la cual el Miembro del Plan esté razonablemente calificado por capacitación, educación o experiencia.

Para calificar para los pagos del Beneficio mensual por LTD, el Miembro del Plan debe proporcionar prueba de una condición incapacitante que sea satisfactoria para el Asegurador y debe estar bajo la atención y el tratamiento continuos de un médico o especialista legalmente calificado y con licencia.

FECHA DE INICIO DEL PAGO DEL BENEFICIO MENSUAL POR LTD

Se podrá efectuar los pagos del Beneficio mensual por LTD a un Miembro del Plan durante cualquier período continuo de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan permanezca totalmente discapacitado después del Período calificador de discapacidad, que es de 26 semanas continuas, o después del agotamiento de cualquier pago del Beneficio semanal de WI que se abone al Miembro del Plan (lo que sea más largo) y que complete antes de cumplir los 65 años de edad.

Si el período inicial de discapacidad no es continuo durante el Período calificador de discapacidad de 26 semanas, la cantidad de días que un Miembro del Plan está discapacitado se acumulará para satisfacer el Período calificador de discapacidad de 26 semanas, siempre y cuando:

- 1) no haya interrupción (de más de 2 semanas 814 días) en el Período calificador de discapacidad continuo; y
- 2) las discapacidades (antes y después de la interrupción del Período calificador de discapacidad) surjan de la misma enfermedad relacionada o lesión que la causó.

PERÍODO MÁXIMO DE PAGO PARA EL BENEFICIO MENSUAL POR LTD

Un Miembro del Plan totalmente discapacitado puede recibir pagos del Beneficio mensual por LTD durante cualquier período consecutivo de discapacidad, sin embargo, no más allá del día en que cumpla los 65 años, la recuperación de la discapacidad o su fallecimiento.

Un Miembro del Plan que está recibiendo pagos del Beneficio mensual por LTD debe proporcionar al Asegurador una prueba continua de discapacidad según sea necesario y debe permanecer bajo atención y tratamiento continuos de un médico o especialista legalmente calificado y con licencia.

No se efectuarán pagos del Beneficio mensual por LTD después que el Miembro del Plan cumpla la edad de 65 años, a menos que el Miembro del Plan satisfaga el Período calificador de

discapacidad mientras tiene 64 años y sea considerado elegible para los pagos del Beneficio mensual por LTD. En este caso, los pagos del Beneficio mensual por LTD se efectuarán durante un período máximo de 12 meses, siempre que el Miembro del Plan permanezca totalmente discapacitado durante dicho período.

PAGO MÁXIMO PARA EL BENEFICIO MENSUAL POR LTD

El beneficio máximo por LTD a pagar es de \$ 1,000 por mes. El pago de este Beneficio mensual por LTD se prorrateará según la cantidad de días de discapacidad durante el mes, si es menos de un mes.

Para determinar el Beneficio mensual de LTD a pagar a un Miembro del Plan, la fecha en que se considera que el Miembro del Plan ha quedado totalmente discapacitado no será considerada como anterior a la fecha en que el Miembro del Plan consulte por primera vez a un Médico o Especialista por dicha discapacidad.

Solo se pagará al Miembro del Plan un Beneficio mensual por LTD, independientemente de si el Miembro del Plan está totalmente discapacitado por más de una discapacidad.

REDUCCIONES EN EL PAGO DEL BENEFICIO MENSUAL POR LTD

El importe del Beneficio mensual por LTD que se paga a un Miembro del Plan calificado con discapacidad se puede reducir debido a los ingresos que el Miembro del Plan pueda recibir de otras fuentes.

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar y obtener información sobre cualquier ingreso que un Miembro del Plan pueda recibir, o sea elegible para recibir durante un período de discapacidad por el cual un Miembro del Plan ha presentado una reclamación al Plan por discapacidad a largo plazo.

El Miembro del Plan que presenta una reclamación por discapacidad a largo plazo o que ya está recibiendo pagos mensuales de beneficios por parte del Plan debe informar al Asegurador acerca de todas sus fuentes de ingresos. No se efectuarán pagos de Beneficio mensual por LTD al Miembro del Plan que no proporcione la información solicitada sobre sus otras fuentes de ingresos.

REDUCCIONES DIRECTAS AL PAGO DEL BENEFICIO MENSUAL POR LTD

El pago neto del Beneficio mensual por LTD se calcula, primero, deduciendo directamente todos los ingresos mensuales por discapacidad que el Miembro del Plan recibe de cualquier ley de WSIB (o ley similar) del pago del Beneficio mensual por LTD.

REDUCCIONES INDIRECTAS AL PAGO DEL BENEFICIO MENSUAL POR LTD - Límite de ingresos de todas las fuentes

Luego de la aplicación de las reducciones directas descritas anteriormente, el pago del Beneficio mensual por LTD a nombre de un Miembro del Plan puede sufrir reducciones adicionales por cualquier ingreso o beneficio pagadero al Miembro del Plan bajo cualquier otro acuerdo, plan o programa de trabajo de cualquier empleador o agencia gubernamental, incluido cualquier plan o programa establecido conforme a una ley provincial de seguro automotor, si corresponde.

Si el importe que generan todas las fuentes de ingreso de un Miembro del Plan discapacitado (incluido el pago del Beneficio mensual por LTD de este Plan) supera el 85 % de los Ingresos mensuales brutos previos a la discapacidad del Miembro del plan, el pago neto del Beneficio mensual por LTD se reducirá aún más por el monto de dicho exceso.

El ingreso mensual total de un Miembro del Plan recibido de todas las fuentes incluye todo lo siguiente:

- a) pagos del Beneficio mensual por LTD en virtud de este plan;
- b) ingresos por beneficio por discapacidad del WSIB descritos anteriormente en “Reducción directa de beneficios”;
- c) salarios o beneficios de retiro pagaderos por parte de su empleador, incluyendo la pensión o el plan de jubilación de su empleador o por cuenta propia;
- d) cualquier tipo de pagos de beneficios recibidos del Plan de Pensiones de Canadá o Quebec (beneficios primarios o familiares);
- e) cualquier ingreso o beneficio pagadero en virtud de cualquier otro plan o programa de cualquier gobierno o la Corona o cualquier subdivisión o agencia del gobierno o la Corona, incluyendo cualquier plan o programa establecido de conformidad con una Ley de seguro automotor provincial, según corresponda;
- f) ingresos y beneficios pagaderos en virtud de cualquier otro plan o programa que el empleador proporcione al Miembro del Plan. Dicho plan o programa incluye cualquier beneficio por discapacidad permanente y total del seguro colectivo que el Miembro del Plan podría haber elegido no solicitar.

“**Ganancias**” significa las ganancias normales de un Miembro del Plan según se especifican en el recibo T4 u otra información fiscal emitida u obtenida por el Miembro del Plan en el año anterior a la fecha de la discapacidad del Miembro del Plan.

Con respecto a un Miembro del Plan discapacitado que participe en un Programa de Rehabilitación de Empleo (descrito más adelante), si el ingreso mensual total del Miembro del Plan a través de todas las fuentes supera el 100 % de los ingresos mensuales previos a la discapacidad del Miembro del Plan, se deducirá la cantidad de dicho exceso del pago del Beneficio mensual por LTD del Miembro del Plan.

SUJECIÓN A IMPUESTOS DEL BENEFICIO MENSUAL POR LTD

Cualquier pago del Beneficio mensual por LTD que reciba un Miembro del Plan se considera según las leyes de impuestos de Canadá como un ingreso imponible para el Miembro del Plan en el año calendario en que se recibió.

Durante el mes de febrero de cada año, el Miembro del Plan que recibió uno o más pagos del Beneficio mensual por LTD en el año calendario anterior recibirá del Asegurador un formulario oficial de impuestos que indica el importe total de los pagos de Beneficio mensual por LTD efectuados al Miembro del Plan en el año calendario anterior.

En el cálculo de su ingreso sujeto a impuestos, el Miembro del Plan debe declarar como ingreso en su declaración anual de impuestos sobre la renta cualquier Beneficio mensual por LTD pagado a su nombre (que se muestra en el formulario oficial de impuestos).

DISCAPACIDADES POR LTD RECURRENTES

Si una discapacidad se repite y se debe a causas iguales o relacionadas, se considerará como un período continuo de discapacidad y no estará sujeto a un nuevo Período calificante de discapacidad a menos que el Miembro del Plan haya regresado a un empleo activo a tiempo completo por un período de 6 meses consecutivos o más.

Si una nueva discapacidad se debe a causas no relacionadas con una discapacidad anterior, un Miembro del Plan puede ser elegible para un nuevo período de discapacidad, sujeto a un nuevo Período calificante de discapacidad, si ha habido un retorno al trabajo activo de por al menos un día completo.

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DE EMPLEO

Si un Miembro del Plan recibe pagos del Beneficio mensual por LTD, el Asegurador puede recomendar y requerir que el Miembro del Plan participe en un Programa de capacitación y/o rehabilitación de empleo adecuado, que tenga en cuenta la naturaleza de la discapacidad y las capacidades funcionales del Miembro del Plan. A los Miembros del Plan que califiquen para un Programa de rehabilitación de empleo se les proporcionará detalles adicionales.

Si un Miembro del Plan se niega a participar en un Programa de capacitación y/o rehabilitación de empleo recomendado por el Asegurador, se cancelarán los pagos del Beneficio mensual por LTD que reciben el Miembro del Plan.

Tenga en cuenta que cualquier ingreso pagado a un Miembro del Plan en un Programa de rehabilitación de empleo puede reducir el pago de Beneficios mensuales por LTD del Miembro del Plan. Para obtener mayor información, consulte la sección **REDUCCIONES EN EL PAGO DEL BENEFICIO MENSUAL POR LTD**.

SUBROGACIÓN DEL BENEFICIO MENSUAL POR LTD

Como parte del proceso de presentación de reclamaciones, el Asegurador requiere que el Miembro del Plan que presente una reclamación de Beneficio por discapacidad a largo plazo del Plan complete y presente un Acuerdo de Reembolso.

Si, como resultado del incidente que causó o contribuyó a la discapacidad del Miembro del Plan, el Miembro del Plan tiene derecho a recuperar la compensación por pérdida de ingresos de un tercero, el Asegurador se subrogará a todos los derechos de recuperación de pérdida de ingresos del Miembro del Plan.

El importe que recuperará el Asegurador no excederá la suma de los pagos del Beneficio mensual por LTD que paga el Asegurador.

En caso de que un Miembro del Plan proporcione al Asegurador una prueba de que el Miembro del Plan no ha cobrado la compensación total por pérdida de ingresos, el Asegurador determinará la proporción de los daños realmente cobrados por el Miembro del Plan y compartirá una cantidad proporcional de ese importe.

Si el Miembro del Plan decide resolver el asunto con el tercero antes de la determinación judicial, se entiende que el Asegurador considerará a la suma alcanzada en el acuerdo como una compensación total por pérdida de ingresos y aplicará su derecho de subrogación.

El término “**Compensación**” incluirá cualquier suma global o pagos periódicos que un Miembro del Plan reciba o tenga derecho a recibir por pérdidas de ingresos pasados, presentes o futuros.

EXCLUSIÓN DE DISCAPACIDADES PREEXISTENTES

No se efectúan pagos de Beneficios mensuales por LTD por ningún período de discapacidad total que comience dentro de los primeros 6 meses de la fecha de entrada en vigencia de la elegibilidad inicial de un Miembro del Plan para el Beneficio por discapacidad a largo plazo, si el período de discapacidad total es causado por o contribuye al mismo una lesión o enfermedad por la cual el Miembro del Plan recibiera servicios de tratamiento médico o tomara un medicamento recetado en cualquier momento durante el período de 90 días inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigencia de la elegibilidad inicial para el Beneficio por discapacidad a largo plazo.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL BENEFICIO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

No se efectuarán pagos del Beneficio mensual por LTD a un Miembro del Plan en las siguientes circunstancias:

1. por cualquier parte de un período de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan no reciba supervisión/tratamiento continuos por parte de un médico o especialista con licencia que el Asegurador considere apropiado para el impedimento que causa la discapacidad;
2. por cualquier parte de un período de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan recibe tratamiento solo por parte de un terapeuta, a menos que un médico o especialista

con licencia lo recomiende y el Asegurador lo considere apropiado para el impedimento que causa la discapacidad;

3. por discapacidades resultantes del abuso de sustancias, incluyendo el alcoholismo y la adicción a las drogas, a menos que el Miembro del Plan esté participando en un programa reconocido de tratamiento contra el abuso de sustancias que el Asegurador considere apropiado para la disfunción que causa la discapacidad;
4. por cualquier parte de un período de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan no participa en un programa de rehabilitación o tratamiento recomendado por un médico o especialista con licencia que el Asegurador considere apropiado para el impedimento que causa la discapacidad;
5. por discapacidades resultantes de lesiones o enfermedades autoinfligidas intencionalmente o por intento de autodestrucción, a menos que la evidencia médica establezca que las lesiones están relacionadas con una enfermedad de salud mental;
6. por discapacidades resultantes del intento o participación del Miembro del Plan en la comisión de un delito penal;
7. por discapacidades resultantes de un accidente que ocurra mientras el Miembro del Plan opere un vehículo motorizado y su sangre contenga más de 80 miligramos de alcohol en 100 mililitros de sangre (.08 %) o más que el límite legal de alcohol de sangre legalizado en la jurisdicción donde ocurra el accidente;
8. por cualquier parte de un período de discapacidad durante el cual el Miembro del Plan esté encarcelado en una institución penal o recluso en un hospital o institución similar, como resultado de un proceso penal;
9. por discapacidades resultantes de lesiones o enfermedades que ocurren mientras el Miembro del Plan esté en servicio activo en las Fuerzas Armadas de cualquier país, estado u organización internacional;
10. por discapacidades que sean resultado de la participación del Miembro del Plan en una guerra, disturbios o insurrecciones;
11. por discapacidades por las cuales no se ha presentado una reclamación dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha de la discapacidad;
12. en la fecha en que el Miembro del Plan se niega, o no completa, devuelve o cumple con los términos del Acuerdo de Reembolso en virtud de la disposición SUBROGACIÓN DEL PAGO DEL BENEFICIO MENSUAL POR LTD;
13. sujeto a la legislación aplicable, el Plan no cubre discapacidades derivadas de un accidente automovilístico;

14. por cualquier parte de un período de discapacidad durante cualquier Permiso de Ausencia (incluido el Permiso por maternidad).

“**Permiso de ausencia**” significa un período de tiempo fuera del trabajo acordado mutuamente entre el empleador y el Miembro del Plan. En el caso de un permiso por maternidad, el permiso comenzará a más tardar:

- i) la fecha de inicio elegida para el permiso por maternidad; o
- ii) la fecha del parto; o
- iii) la fecha en que el empleador puede requerir que comience el permiso de ausencia si el embarazo afecta el desempeño del Miembro del Plan.

Dicho permiso terminará en la última de la fecha definida por los estatutos provinciales o federales, o la fecha acordada entre el empleador y el Miembro del Plan.

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO POR LTD Y DE LOS PAGOS MENSUALES DEL BENEFICIO

BENEFICIO ADICIONAL PARA CUIDADO DE LA SALUD

terminará como se describe anteriormente en la sección **Información de elegibilidad** de esta Guía.

No se efectuarán pagos del Beneficio mensual por LTD después que el Miembro del Plan cumpla la edad de 65 años, a menos que el Miembro del Plan satisfaga el Período calificante de discapacidad mientras tiene 64 años y sea considerado elegible para los pagos del Beneficio mensual por LTD. En este caso, los pagos del Beneficio mensual por LTD se efectuarán durante un período máximo de 12 meses, siempre que el Miembro del Plan permanezca totalmente discapacitado durante dicho período.

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO REQUERIDO

No se realizará ningún pago de beneficios a un Miembro del Plan a menos que se presente un Formulario de reclamación completo, así como todo otro documento requerido, a la Oficina de Administración del Plan y/o al Asegurador dentro del tiempo especificado para presentar una reclamación. Consulte las disposiciones de la **Fecha límite de presentación de reclamaciones** en la sección **Reglas y disposiciones generales del Plan** de esta Guía.

Los miembros del plan y sus cónyuges elegibles recibirán la Tarjeta de Beneficios del Plan que se puede utilizar para pagar reclamaciones de muchos de los gastos adicionales elegibles para el cuidado de la salud del Plan. El uso de la Tarjeta de Beneficios elimina la necesidad de

completar un formulario de reclamación y proporciona un pago inmediato para los gastos elegibles.

Todos los Miembros del Plan y sus Dependientes elegibles deben estar correctamente inscritos en su plan de atención médica provincial. El Beneficio adicional para cuidado de la salud no proporcionará reembolso por ningún cargo incurrido que sea elegible bajo un plan de atención de salud provincial, ya sea que la persona esté debidamente inscrita o no.

REEMBOLSO DE GASTOS ELEGIBLES

El Plan reembolsará el 100 % de los cargos de atención médica elegibles incurridos por los Miembros del Plan y sus Dependientes elegibles, en virtud de las reglas de reembolso que se describen a continuación.

LOS GASTOS ELEGIBLES DEBEN SER MEDICAMENTE NECESARIOS

Los cargos por cualquier gasto elegible cubierto por el Plan deben ser considerados por el Plan como “medicamente necesarios”. Por lo general, se requiere una prescripción o recomendación médica.

LOS BENEFICIOS SE PAGAN SOBRE LA BASE DE CARGOS RAZONABLES Y HABITUALES

El plan proporciona el reembolso de los gastos de atención médica elegibles según el costo razonable y habitual de los servicios o suministros de atención médica médicamente necesarios.

Si el gasto médico incurrido es mayor que lo que el Plan considera “razonable y habitual” para ese servicio o suministro, el Miembro del Plan será responsable de la diferencia en el costo entre los cargos reales incurridos y los cargos razonables y habituales que serán reembolsados por el Beneficio adicional para cuidado de la salud.

GASTOS EN MEDICAMENTOS RECETADOS

El plan reembolsa los gastos elegibles hasta por cargos razonables y habituales de los medicamentos recetados médicamente necesarios que, por ley, deben ser prescritos por un médico para el tratamiento de una enfermedad o lesión diagnosticada y que deben ser dispensados por un farmacéutico con licencia oficial o un médico. Los medicamentos elegibles deben ser aprobados para su uso por Health Canada y deben tener un certificado de cumplimiento de Health Canada y un Número de Identificación de Medicamentos (DIN).

El Plan también puede cubrir ciertos medicamentos que no requieren receta médica, que son considerados como medicamentos vitales.

El reembolso de medicamentos biológicos y biosimilares requiere una autorización previa del Plan y se realiza en función del costo elegible más bajo entre un medicamento biológico y su medicamento biosimilar, cuando haya un medicamento biosimilar disponible.

La Tarjeta de beneficios del Plan se puede utilizar en las farmacias participantes para comprar la mayoría de los medicamentos recetados. El Plan reembolsará el 100 % del costo de la alternativa de menor costo entre un medicamento de marca o biológico y un medicamento genérico o biosimilar (si está disponible).

Máximos para medicamentos específicos

- Disfunción eréctil: \$ 500 por año calendario
- Dejar de fumar: \$ 400 máximo de por vida
- Tratamiento de metadona: \$ 1,000 máximo de por vida
- Medicamentos para la fertilidad: \$ 2,500 máximo de por vida

Otros gastos en medicamentos elegibles

- Insulina y suministros para diabéticos,
- Sueros para alergias, vacunas y toxoides,
- Medicamentos inyectables y vitaminas inyectables,
- Tratamientos de escleroterapia (hasta un máximo de \$ 20 por visita),
- DIU y diafragmas.

Gastos en medicamentos no elegibles

- Cargos sobre el máximo o los gastos específicos de medicamentos no cubiertos por el Plan
- Vitaminas no inyectables, suplementos vitamínicos, suplementos dietéticos o alimentos dietéticos;
- Medicamentos para perder peso,
- Alimentos y productos alimenticios, incluidos los preparados para lactantes y alimentos, sal y sustitutos del azúcar;
- Productos generales o cualquier otro producto que pueda venderse en cualquier punto de venta minorista, incluidos, entre otros, artículos para el cuidado de lentes de contacto, champús no medicados, pasta de dientes, protectores para la piel, emolientes y jabones;
- Cualquier compra individual de medicamentos que no se use razonablemente dentro de los 100 días a partir de la fecha de compra,
- Medicamentos para los que Health Canada no haya emitido un certificado de cumplimiento y/o un número de identificación de medicamentos, hayan sido o no aprobados bajo un formulario provincial;
- Medicamentos comprados o recetados para controlar una enfermedad o discapacidad derivada de un accidente, discapacidad o lesión producidos en el lugar de trabajo o debida a un accidente automovilístico.

Cannabis medicinal

El cannabis medicinal es un gasto elegible sujeto a un beneficio anual máximo de \$ 500, cuando un médico legalmente habilitado (MD) autorice su uso por parte de personas cubiertas de al menos 25 años de edad, para el tratamiento de afecciones médicas con cobertura aprobada por el Plan.

Todas las reclamaciones de cannabis medicinal están sujetas al proceso de autorización previa de medicamentos del Plan.

El reembolso por cannabis medicinal (que incluye los impuestos aplicables y los gastos de envío) se considerará como un tratamiento de último recurso cuando todos los demás medicamentos y opciones de tratamiento estándar, incluidos los cannabinoides disponibles comercialmente para los que Health Canada haya emitido un DIN, hayan fallado o se hayan considerado inapropiados, y el cannabis medicinal esté en:

- Una forma que se considere legal para fines médicos según lo definido en las Regulaciones para el acceso al cannabis con fines médicos; y sea
- Distribuido por un productor autorizado por Health Canada.

No se reembolsarán los equipos o suministros necesarios para cultivar o cosechar plantas, ni para producir cualquier forma de cannabis o cannabinoide medicinal, independientemente de que dichas formas estén aprobadas para su uso por Health Canada, ni cualquier dispositivo necesario para administrar el producto, como, pero sin limitarse a, pipas o vaporizadores.

Los gastos se considerarán elegibles para las afecciones médicas aprobadas por el Plan, que se basan en las Directivas Canadienses para Médicos de Familia relativas a la prescripción de cannabinoides médicos. Las afecciones médicas elegibles son:

- Dolor refractario en los cuidados paliativos del cáncer
- Náuseas y vómitos debidos a quimioterapia contra el cáncer
- Espasticidad en esclerosis múltiple o lesión de la médula espinal

CUIDADO DE LA VISTA

Los cargos incurridos en gastos de cuidado de la vista elegibles que se enumeran a continuación se reembolsarán hasta el beneficio máximo indicado.

Lentes, marcos y lentes de contacto

El pago de beneficio máximo que se pagará por cada Persona Cubierta es de \$ 400 en cualquier período de 24 meses consecutivos.

Los gastos elegibles para el cuidado de la vista (sujetos al máximo de Cuidado de la vista del plan) incluyen:

- Lentes recetadas, incluyendo tintes y recubrimientos antirreflejo,
- Marcos,
- Lentes de contacto recetados,
- Lentes de sol recetados,
- Lentes de seguridad industrial recetados.

Exámenes oculares

El Plan reembolsará los cargos por un examen ocular por persona cubierta, cada 12 meses cuando no esté cubierto por el plan de atención de salud provincial de la persona cubierta.

Cirugía ocular correctiva con láser:

El pago de beneficio máximo por cada persona cubierta es de \$ 2,000 en la vida de la persona cubierta.

Lentes industriales de seguridad (solo para Miembros del Plan)

El Plan reembolsará los gastos por los anteojos industriales de seguridad de un Miembro del Plan hasta por un máximo de \$ 200 en cualquier período de 24 meses consecutivos. Este beneficio se proporciona además del Beneficio de cuidado de la vista.

OTROS SERVICIOS Y SUMINISTROS ADICIONALES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD***Profesionales paramédicos***

Se incluyen los cargos por los servicios de un terapeuta del habla, un osteópata, un quiropráctico, un fisioterapeuta, un naturópata, un masajista registrado, un psicólogo o un podiatra/podólogo. El pago de beneficio máximo para cada persona cubierta es de \$ 500 por profesional por año calendario.

Los cargos por cirugía realizada por un podólogo están sujetos a un beneficio máximo de \$ 200 por persona, por año calendario.

Radiografías para quiroprácticos

Cargos por radiografías requeridas por un quiropráctico hasta un pago de beneficio máximo de \$ 45 por persona cubierta por año calendario.

Optometrista

Cargos por los servicios de un optometrista para terapia visual motriz, sujetos a un pago de beneficio máximo de \$ 10 por media hora.

Ortesis personalizada

Cargos por ortesis de pie hechas a medida que han sido especialmente diseñadas y moldeadas para la persona cubierta y que se requieren para corregir un impedimento físico diagnosticado, sujetos a un pago de beneficio máximo de \$ 500 en cualquier período de 24 meses consecutivos.

Zapatos ortopédicos

Cargos por zapatos ortopédicos que han sido especialmente diseñados y moldeados para la persona cubierta y que se requieren para corregir un impedimento físico diagnosticado, sujetos a un pago de beneficio máximo de \$ 500 en cualquier período de 24 meses consecutivos.

Audífonos

Cargos por la compra de audífonos (excluyendo baterías), sujetos a un pago de beneficio máximo de \$ 500 en cualquier período de 36 meses consecutivos.

Análisis de laboratorio y radiografías

Cargos razonables y habituales para análisis de laboratorio y radiografías cuando no estén cubiertos por el plan de atención de salud provincial de la persona cubierta.

Hospital de rehabilitación

El plan cubre los cargos razonables y habituales para una instalación hospitalaria de rehabilitación autorizada cuando la persona cubierta es admitida inmediatamente después de un mínimo de tres días consecutivos de internación en el hospital. La cobertura está sujeta a un cargo máximo diario de \$ 30 por alojamiento en habitación semiprivada y por no más de 120 días de internación por discapacidad. La internación debe ser para el cuidado continuo de la misma afección por la cual la persona cubierta fue hospitalizada y debe comenzar antes de que la persona cubierta cumpla 65 años.

Servicio de enfermería privada

Cargos por los servicios de una enfermera registrada (RN) que se presten mientras la persona cubierta no esté internada en un hospital, sujetos a un pago de beneficios máximo general de \$ 10,000 por año calendario, siempre que dicha enfermera no sea residente en el hogar de la persona cubierta o un familiar de la familia de la persona cubierta. Estos cargos se considerarán gastos elegibles solo si son recomendados por un médico y solo si son médicamente necesarios.

Dispositivos médicos duraderos

Cargos por alquiler (o compra a opción del Plan) de equipos médicos o quirúrgicos duraderos requeridos para fines terapéuticos y según lo aprobado por el Plan.

Otros equipos médicos

Cargos por alquiler (o compra a opción del Plan) de aparatos ortopédicos y muletas y la compra de prótesis.

Medias quirúrgicas

Los cargos por los calcetines de muñón están limitados a 6 pares por año calendario por cada persona cubierta.

Otras medias

Los cargos por medias elásticas están limitados a 2 pares por año calendario por cada persona cubierta.

Servicios de ambulancia

Cargos razonables y habituales por servicios de ambulancia profesional, que no sean de aerolínea, desde y hacia el hospital más cercano calificado para brindar el tratamiento necesario.

Transporte médico

Cargos por transporte médico de emergencia por línea aérea dentro de la provincia de residencia de la persona cubierta, hacia y desde el hospital más cercano calificado para brindar el tratamiento médico necesario. Dicho transporte está sujeto a un pago de beneficio máximo igual a la tarifa aérea económica para la persona cubierta y, si es médicamente necesario, un asistente médico que no sea residente en el hogar de la persona cubierta ni un familiar de la persona cubierta.

Accidente dental

Cargos por el tratamiento dental necesario requerido como resultado de una lesión accidental en los dientes naturales, siempre que el accidente haya ocurrido mientras la persona cubierta sea elegible para los beneficios previstos en este Plan. Solo los cargos directamente relacionados con dicha lesión accidental (según lo determinado por el Plan) se consideran gastos médicos cubiertos. El beneficio máximo a pagar es de \$ 5,000 por accidente dental. El trabajo dental debe completarse dentro de los 12 meses del accidente para que se considere un gasto médico elegible.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Los gastos adicionales elegibles para el cuidado de la salud que se mencionan anteriormente se consideran elegibles y sujetos a las siguientes limitaciones y/o exclusiones de cobertura. También se debe hacer referencia a las exclusiones bajo la cobertura de medicamentos del Plan. El Plan no pagará por:

1. los cargos que se consideran un servicio asegurado de cualquier plan provincial de cuidado de la salud o plan gubernamental al momento en que se emitió la póliza/beneficio y posteriormente se modificaron, suspendieron o suspendieron;
2. cargos por exámenes generales de salud y exámenes requeridos para el uso de un tercero;
3. cargos por un procedimiento o tratamiento quirúrgico realizado principalmente para embellecimiento, o cargos por internación hospitalaria para dicho procedimiento o tratamiento quirúrgico;
4. cargos por tratamiento médico o procedimiento quirúrgico por un médico;
5. cargos por transporte o viaje, distintos de los específicamente estipulados en los gastos elegibles;
6. cargos por servicios o suministros que se proporcionan sin la recomendación y aprobación de un médico que actúe dentro del alcance de su licencia;
7. cargos que no sean médicamente necesarios para el cuidado y tratamiento de cualquier lesión, enfermedad o embarazo existente o sospechado;
8. cargos que resultan de una lesión o enfermedad adquirida en el lugar de trabajo y cubierta por cualquier ley de WSIB o legislación similar, incluso de un accidente automovilístico;

9. cargos en los que normalmente no se habría incurrido si no fuera por la presencia de este seguro o por los cuales la Persona Cubierta no está legalmente obligada a pagar;
10. cargos que el Plan no está autorizado a cubrir, por cualquier ley o reglamento, incluidas las reglas de cobertura establecidas por los Fideicomisarios;
11. cargos por trabajo dental donde un tercero es responsable del pago de dichos cargos;
12. cargos por lesiones corporales resultantes directa o indirectamente de una guerra o acto de guerra (ya sea declarada o no declarada), insurrección o disturbios, u hostilidades de cualquier tipo;
13. cargos por servicios o suministros que resulten de cualquier herida autoinfligida intencionalmente;
14. cargos por medicamentos, sueros, medicamentos inyectables o suministros que no estén aprobados por Health Canada con un certificado de cumplimiento o que no tengan un Número de Identificación de Medicamentos (DIN) o que sean de uso experimental o limitado, estén o no aprobados;
15. cargos por medicamentos, sueros, medicamentos inyectables o suministros cuando se administren en un entorno hospitalario, ya sea para pacientes hospitalizados o ambulatorios, excepto según lo dispuesto en el Beneficio de gastos fuera de Canadá/Asistencia por emergencia en viajes;
16. cargos por procedimientos médicos experimentales o tratamiento no aprobado por la Canadian Medical Association o la sociedad de especialidades médicas apropiadas;
17. cargos presentados por un médico por viajes, citas no cumplidas, costos de comunicación, llenado de formularios o suministros médicos;
18. cargos no especificados en las listas anteriores de gastos adicionales elegibles para el cuidado de la salud;
19. cargos por servicios o suministros resultantes de lesiones o enfermedades que ocurren mientras el Miembro del Plan esté en servicio activo en las Fuerzas Armadas de cualquier país, estado u organización internacional;
20. cargos por servicios o suministros resultantes de un accidente que ocurra mientras el Miembro del Plan opere un vehículo motorizado y su sangre contenga más de 80 miligramos de alcohol en 100 mililitros de sangre (.08 %) o más que el límite legal de alcohol de sangre legalizado en la jurisdicción donde ocurra el accidente;
21. cargos por servicios o suministros resultantes del intento o participación del Miembro del Plan en la comisión de un delito penal;

22. los gastos elegibles que surjan como resultado de un accidente de vehículo motorizado se considerarán elegibles solo después de haberlos enviado primero a su asegurador de automóviles (sujeto a la legislación aplicable).

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DEL BENEFICIO PARA DEPENDIENTES SOBREVIVIENTES

Tras la muerte de un Miembro del Plan elegible, los Dependientes sobrevivientes elegibles (cónyuge e hijos) continuarán siendo cubiertos por el Beneficio adicional para cuidado de la salud por un período de hasta 30 meses. Este período comienza después de que se haya agotado la cuenta del Miembro del Plan en el Dollar Bank. No se requerirán pagos de primas o contribuciones para continuar la cobertura durante este período de extensión del Beneficio para dependientes sobrevivientes.

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA CUIDADO DE LA SALUD

El Beneficio adicional para cuidado de la salud de un Miembro del Plan terminará el día en que el Miembro del Plan se retire y haya agotado el saldo de su cuenta en el Dollar Bank. La cobertura para el Miembro del Plan y sus Dependientes también terminará como se describe anteriormente en la sección **Información de elegibilidad** de esta Guía.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL BENEFICIO ADICIONAL PARA CUIDADO DE LA SALUD

No se realizará ningún pago de beneficios a un Miembro del Plan a menos que se presente un Formulario de reclamación completo, así como todo otro documento requerido, a la Oficina de Administración del Plan (y/o a la empresa contratada por el Asegurador para proporcionar los servicios del Beneficio de asistencia de emergencia en viajes, cuando corresponda) dentro del tiempo especificado para presentar una reclamación. Consulte las disposiciones de la **Fecha límite de presentación de reclamaciones** en la sección **Reglas y disposiciones generales del Plan** de esta Guía.

No se requiere un formulario de reclamación para la Tarjeta de Beneficios y/o la presentación de reclamaciones en línea. Se les puede pedir a los Miembros que envíen sus recibos a la Oficina de Administración del Plan para reclamaciones presentadas electrónicamente. Estas auditorías aleatorias aseguran la protección del Plan. Por lo tanto, usted deberá conservar sus recibos durante 13 meses.

BENEFICIO DE ASISTENCIA PARA EMERGENCIAS EN VIAJES (ETA)

El Beneficio de Asistencia para Emergencias en Viajes (ETA) del Plan es proporcionado por Green Shield Canada (GSC). La cobertura de Emergencia Médica en Viaje y los servicios de Asistencia en Viaje que se describen a continuación están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana en GSC Travel Assistance, que utiliza la organización internacional de servicios médicos Allianz Global Assistance.

Es muy importante que lea y comprenda las reglas de este beneficio antes de salir de viaje.

La cobertura de Emergencia Médica en Viaje se proporciona para los gastos elegibles que surjan como resultado de una **emergencia médica**, mientras los Miembros del Plan y/o sus Dependientes elegibles viajan temporalmente fuera de la provincia o territorio de residencia habitual por vacaciones, negocios o educación. Este beneficio también proporciona Asistencia en Viaje y servicios de asesoramiento, tanto antes de la salida como durante el viaje.

Los Miembros del Plan calificados y los Dependientes que sean **residentes canadienses y estén debidamente inscritos en su respectivo plan de seguro de salud de un gobierno provincial / territorial** (o equivalente) en el momento en que se incurra en los gastos médicos de emergencia, son elegibles para el Beneficio ETA.

TARJETA PARA ASISTENCIA DE EMERGENCIAS EN VIAJES

Los Miembros del Plan y sus cónyuges elegibles recibirán una Tarjeta de beneficios que incluye toda la información de contacto necesaria del Plan y de ETA para acceder a este beneficio en cualquier momento, las 24 horas del día, los siete días de la semana. A los Dependientes que viajen sin un Miembro del Plan o cónyuge, la Oficina de Administración del Plan les puede proporcionar una Tarjeta de beneficios ETA adicional por separado.

MÁXIMOS DEL BENEFICIO DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA EN VIAJES Y POR VIAJE

Cobertura médica de emergencia para viajes

La cobertura se proporciona con un máximo de **\$ 5,000,000 por incidente y por Persona Cubierta**, por gastos incurridos como resultado de una emergencia médica repentina e imprevista en viajes fuera de la provincia/territorio de residencia.

No hay límite en el número de viajes que se pueden realizar, pero la cobertura se proporciona por un **período máximo de 60 días consecutivos por viaje**.

Cobertura de servicios de asistencia de emergencia en viajes

Se proporciona cobertura para una variedad de servicios específicos de asesoría y asistencia en viaje para ayudarle con cualquier plan de viaje o en emergencias relacionadas con el viaje mientras viaja fuera de su provincia/ territorio de residencia.

Cobertura médica de derivación

Se proporciona cobertura para servicios médicos derivados fuera de la provincia/territorio de residencia cuando no estén fácilmente disponibles dentro de la provincia/territorio de residencia. La cobertura está sujeta a un **máximo de \$ 50,000 por persona cubierta por año calendario**.

CÓMO CONTACTARSE CON GSC TRAVEL ASSISTANCE

Puede comunicarse con el equipo de GSC Travel Assistance a los números de teléfono que se encuentran en el reverso de la Tarjeta de beneficios del Plan, que también se indican a continuación:

En Canadá y los Estados Unidos: 1-800-936-6226

Desde otros lugares, llamar por cobro revertido al: 1-519-742-3556

Cuando llame para solicitar asistencia en viaje o en relación con una emergencia médica, indique el **número de plan de grupo de GSC Travel Assistance del Plan: 4932**. El equipo de GSC Travel Assistance también requerirá el **Número único de Identificación GSC de Miembro del Plan** de la Persona Cubierta. Toda esta información aparece en la Tarjeta de beneficios del Plan. Además, se puede requerir el número de plan de seguro de salud provincial/territorial de la persona cubierta, por lo que debe tenerse a mano en el momento de llamar a GSC Travel Assistance.

Al llamar por cobro revertido mientras viaja fuera de Canadá y los Estados Unidos, es posible que necesite un Código de llamadas directas de Canadá. En el caso de que no sea posible realizar una llamada por cobro revertido, guarde los recibos de las llamadas telefónicas realizadas a GSC Travel Assistance y puede enviarlos para que se le reembolse a su regreso a Canadá.

Tenga en cuenta que, cuando a una Persona Cubierta se le informa acerca de su necesidad de recibir tratamiento por una lesión accidental o una emergencia médica, **la Persona Cubierta debe comunicarse con GSC Travel Assistance antes de recibir tratamiento de emergencia o deberá pedirle a alguien que llame a GSC Travel Assistance en su nombre dentro de las 48 horas del comienzo del tratamiento**, si es médicamente imposible que la Persona Cubierta llame a GSC antes de recibir tratamiento médico de emergencia.

SERVICIOS DE ASISTENCIA EN VIAJE ANTES DE LA SALIDA

Es posible que el beneficio de ETA no cubra los gastos relacionados con una emergencia médica durante el viaje ni proporcione servicios de asistencia en viaje si la Persona Cubierta viaja a un destino / país que se encuentre bajo coacción.

Es necesario contactar a GSC Travel Assistance antes de viajar a cualquier destino, para asegurarse de que dicho destino sea un país donde se proporcione la cobertura ETA. También se puede contactar a GSC Travel Assistance antes de la salida para obtener información actualizada sobre los requisitos de pasaporte, visa, vacunación e inoculación para el país de destino.

Si bien no reemplaza el contacto con GSC Travel Assistance, el sitio web Global **Affairs Canada** (GAC) proporciona amplia información sobre viajes a varios destinos y donde el Gobierno Federal de Canadá no recomienda actualmente viajar a los canadienses. Se recomienda verificar esta información antes de iniciar el viaje.

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

PROCESO DE COBERTURA MÉDICA DE EMERGENCIA

Cuando se ponga en contacto con GSC Travel Assistance en relación con una emergencia médica, un especialista en asistencia en viaje multilingüe le indicará el mejor centro médico disponible o un médico legalmente calificado capaz de brindar el tratamiento médico adecuado.

Al ser admitido en un hospital o al consultar a un médico o cirujano legalmente calificado para un tratamiento de emergencia mayor, GSC Travel Assistance le garantizará al proveedor (hospital, clínica o médico) que la Persona Cubierta cuente con la cobertura de un plan de seguro de salud provincial/territorial (si esos beneficios se proporcionan bajo el plan de salud del gobierno) y/o los Beneficios de viaje de GSC ETA. El proveedor podrá facturar directamente a GSC Travel Assistance por los servicios aprobados por importes que excedan los \$ 200.

El equipo médico de GSC Travel Assistance seguirá el progreso médico para garantizar que la Persona Cubierta reciba el mejor tratamiento médico disponible. Estos médicos mantendrán también una comunicación constante con el médico de familia y los miembros de la familia, dependiendo de la gravedad de la afección.

PAGO Y COORDINACIÓN DE RECLAMACIONES

En la mayoría de los casos, GSC Travel Assistance coordinará el pago de las reclamaciones con el proveedor médico. GSC Travel Assistance evaluará la cantidad a pagar según el plan de atención de salud provincial/territorial de la Persona Cubierta (si aplica) y proporcionará el reembolso del saldo de cualquier gasto elegible.

Si un hospital u otro proveedor de servicios médicos requiere un depósito o pago completo por los servicios prestados, y el gasto supera los \$ 200 (dólares canadienses), GSC Travel Assistance organizará el pago de dichos gastos y los reclamos se coordinarán en nombre de la Persona Cubierta.

El pago y la coordinación de los gastos elegibles tomarán en cuenta el monto pagadero tanto según el plan de atención médica provincial/territorial de la Persona Cubierta (si ese plan provincial/territorial proporciona dicha cobertura) como según este Plan, y proporcionará el reembolso del saldo de cualquier gasto elegible.

Si posteriormente se determina que dichos pagos superan el monto de los beneficios a los que tiene derecho la persona cubierta, Green Shield Canada tendrá derecho a recuperar el monto excedente mediante la asignación de los beneficios del plan de atención médica provincial/territorial (si aplica) y/o el reembolso de la persona cubierta.

Si el plan de seguro de salud provincial/territorial de la persona cubierta incluye beneficios fuera de Canadá, los servicios médicos y hospitalarios serán elegibles bajo el beneficio de ETA solo si el plan de seguro de salud provincial/territorial proporciona el pago del costo de los servicios contraídos. Esta limitación no se aplica si reside en una provincia o territorio que no ofrezca cobertura fuera de Canadá.

Para los gastos elegibles incurridos que sean inferiores a \$ 200, la Persona Cubierta debe realizar el pago al proveedor médico directamente y luego enviar los recibos al Plan para su reembolso.

Para hacer una reclamación, envíe el nombre del paciente, el número de plan de seguro de salud provincial/territorial, la dirección y el número de identificación de GSC con una declaración detallada que muestre los servicios prestados y las tarifas cobradas por cada servicio.

Si ha incurrido en gastos por cuenta propia, **asegúrese de informar a GSC Travel Assistance sobre toda la cobertura de viaje que tenga al presentar su reclamación.** Las reclamaciones deben presentarse junto con los recibos originales como respaldo a GSC Travel Assistance, quien luego coordinará con el plan de seguro de salud provincial/territorial el reembolso de los gastos elegibles aprobados de todas las fuentes (por ejemplo, planes provinciales que brinden cobertura fuera de Canadá, un plan conyugal, cobertura de viaje proporcionada a través de su tarjeta de crédito, etc.).

Encontrará los **formularios de reclamación**, incluidos los formularios de autorización previa (para cobertura de derivación), así como valiosa información sobre el envío de reclamaciones, disponibles en greenshield.ca. GSC deberá recibir todas las reclamaciones enviadas manualmente **a más tardar 12 meses** a partir de la fecha en que se incurrió en el gasto elegible.

Tenga en cuenta que, además de un formulario de reclamación completado, **el reembolso de gastos elegibles requiere el recibo pagado original detallado (los recibos en efectivo o los recibos de tarjetas de crédito por sí solos no son aceptables)**. GSC se reserva el derecho a solicitar información adicional para estas reclamaciones. No responder a tales requerimientos puede resultar en la denegación a su reclamación.

La omisión intencional, tergiversación o falsificación de información relacionada con cualquier reclamación constituye fraude. La presentación de una reclamación fraudulenta constituye un

delito penal y se reportará a las agencias de aplicación de la ley y/o reguladoras correspondientes.

GSC se reserva el derecho de recuperar todos los montos resultantes de reclamaciones de beneficios pagadas en exceso o sin respaldo, deduciendo dichos montos de reclamos futuros y/o por cualquier otro medio legal.

Los gastos médicos elegibles ETA serán tenidos en cuenta en función de los cargos **razonables y habituales** en el área donde se recibieron, menos el monto pagadero por el plan de seguro médico del gobierno provincial/territorial aplicable, si su provincia/territorio proporciona dicha cobertura.

Si tiene cobertura de beneficios dentales y de atención médica complementaria en más de un plan, los beneficios ETA que le cubra de este plan se coordinarán con los otros planes para que se le reembolse hasta el 100 % de los gastos elegibles en los que haya incurrido.

Las reclamaciones de reembolso deberán enviarse primero al pagador principal. Los saldos pendientes de pago deben enviarse al plan o planes secundarios. Para obtener más información, consulte la sección Coordinación de Beneficios de esta Guía Informativa para Miembros del Plan.

Cuando GSC se identifique como un prestador secundario, envíe la declaración de Explicación de Beneficios original del prestador principal y una copia del formulario de reclamación para recibir los saldos adeudados.

DETALLES DE COBERTURA MÉDICA Y DE REFERENCIA DE EMERGENCIA EN VIAJES

Importante: Este beneficio de viaje ETA incluye requisitos, limitaciones y exclusiones que pueden afectar su elegibilidad y/o el reembolso de los gastos incurridos. Al tratar con GSC Travel Assistance, deberá ser preciso y claro en todo momento. Antes de viajar, tómese el tiempo para leer este beneficio y asegúrese de conocer los términos y condiciones, teniendo en cuenta lo siguiente:

- A excepción de los “**Servicios de derivación**”, este beneficio de viaje es únicamente un beneficio médico de **emergencia** y le brindará cobertura mientras se encuentre temporalmente fuera de su provincia/territorio de residencia habitual por motivos de vacaciones, educación o negocios. No cubre ningún tratamiento, cirugía, procedimiento ni cualquier otro servicio que no sea de emergencia, electivo, cosmético o experimental, ni tampoco cualquier otro servicio que una Persona Cubierta elija haber realizado fuera de su provincia/territorio de origen, ya sea planificado previamente o no.
- GSC se reserva el derecho de revisar su información médica en el momento de recibir una reclamación de reembolso. Cualquier procedimiento invasivo o de investigación debe ser aprobado previamente por el equipo médico de GSC Assistance. **Si la Persona Cubierta es el paciente y es médicamente imposible que llame antes de recibir**

tratamiento de emergencia, es extremadamente importante que alguien llame a GSC Travel Assistance en nombre de la Persona Cubierta dentro de las 48 horas. Si no se notifica a GSC Travel Assistance dentro de las primeras 48 horas, el reembolso de los gastos incurridos puede limitarse a **la cantidad menor** de solo aquellos gastos incurridos dentro de las primeras 48 horas de cada tratamiento/incidente o el máximo del plan. Esto significa que la Persona Cubierta será responsable de todos los gastos posteriores.

Emergencia significa una condición médica repentina e imprevista que requiere tratamiento. Ya no se tratará de una emergencia cuando la evidencia revisada por GSC Travel Assistance indique que no se requiere más tratamiento en el destino o que usted puede regresar a su provincia/territorio de residencia para recibir más tratamiento. Si GSC Travel Assistance determina que se le transfiera a otra instalación o que regrese a su provincia/territorio original de residencia, y usted decide no hacerlo, no se pagarán los beneficios por tratamiento médico adicional y la cobertura se limitará a eventos no relacionados.

La emergencia excluye el tratamiento de una **afección preexistente** que no haya estado completamente **estable** durante el **período de 90 días** inmediatamente anterior a la partida de la Persona Cubierta.

Afección preexistente significa cualquier afección médica que exista antes de la fecha de partida de la Persona Cubierta.

Afección médica significa cualquier enfermedad, dolencia o lesión (incluidos los síntomas de afecciones no diagnosticadas).

Una afección médica se considera **estable** cuando todas las siguientes afirmaciones son verdaderas durante el **período de 90 días** inmediatamente anterior a la fecha de partida de la Persona Cubierta

- a) No se ha prescrito o recomendado ningún **Tratamiento nuevo**, ni ha habido cambios en el Tratamiento existente (incluida la interrupción del Tratamiento), y
- b) La afección médica **no ha empeorado**, y
- c) No ha habido **ningún síntoma nuevo, más frecuente o más grave**, y
- d) **No ha habido hospitalización** ni derivación a un especialista, y
- e) **No se han recomendado pruebas, investigaciones o tratamientos**, pero aún no se han completado, ni resultados de pruebas sobresalientes, y
- f) No hay **ningún tratamiento planificado o pendiente**, y
- g) No ha habido **ningún cambio en un medicamento recetado existente** (incluido un aumento, disminución o suspensión de la dosis recetada), ni ninguna recomendación o inicio de un nuevo medicamento recetado. Los siguientes no se consideran cambios al

tratamiento farmacológico prescrito existente.

- i. Ajustes de dosis de rutina de Coumadin, warfarina o insulina, siempre que estos medicamentos no se hayan recetado o suspendido recientemente;
- ii. Un cambio de un producto de marca a un producto genérico equivalente siempre que la dosis sea la misma, incluida la transición de un producto biológico a uno biosimilar;
- iii. Disminución de la dosis de un medicamento debido a la mejora de una afección

Para que una Afección Médica se considere Estable, todas las condiciones anteriores deben cumplirse durante el período de 90 días antes de la partida de la Persona Cubierta.

Trato, Tratado, Tratamiento significa un procedimiento prescrito, realizado o recomendado por un médico para una afección médica. Esto incluye, entre otros, medicamentos recetados, pruebas de investigación y cirugía.

- Para calificar para los beneficios, **los solicitantes deben estar cubiertos por su respectivo plan de salud del gobierno provincial/territorial** o equivalente al momento de incurrir en los gastos; de lo contrario, no habrá cobertura bajo este beneficio.
- Los beneficios de viaje elegibles se considerarán en función de los cargos razonables y habituales en el área donde se recibieron, menos el monto pagadero por su plan de seguro de salud provincial/territorial, si su provincia o territorio brinda dicha cobertura.
- Todos los máximos y limitaciones en dólares se indican en moneda canadiense. El reembolso se efectuará con fondos canadienses o estadounidenses, tanto para los proveedores como para los Miembros del Plan, dependiendo del país del beneficiario. Para los pagos que requieren conversión de moneda, la tasa de cambio utilizada será la tasa vigente en la fecha de servicio de la reclamación.
- Los beneficios elegibles se limitan al máximo de días por viaje que se muestra en el Resumen de Beneficios y en la sección MÁXIMOS DEL BENEFICIO DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA EN VIAJES, comenzando con la fecha de salida de su provincia o territorio de residencia. Si el día 60 de la duración específica de su viaje usted se encuentra hospitalizado, sus beneficios se extenderán hasta la fecha del alta.

GASTOS MÉDICOS ELEGIBLES PARA ASISTENCIA DE EMERGENCIA EN VIAJES

Los gastos médicos elegibles para emergencias en viajes incluyen lo siguiente:

Servicios hospitalarios y de alojamiento hasta una tarifa de sala estándar en un hospital general público;

Servicios médicos/quirúrgicos prestados por un médico o cirujano legalmente calificado para aliviar los síntomas o para curar una enfermedad o lesión imprevista;

Transporte de emergencia

- **Ambulancia terrestre** hasta el centro médico calificado más cercano.
- **Ambulancia aérea:** el costo de la evacuación aérea (incluyendo un asistente médico cuando sea necesario) entre los hospitales y para la admisión al hospital en Canadá cuando su plan de seguro de salud provincial/territorial o el centro médico calificado más cercano lo aprueben con antelación.

Servicios de derivación: ((a) Servicios hospitalarios y de alojamiento hasta una tarifa de sala estándar en un hospital general público, y/o (b) servicios médicos/quirúrgicos prestados por un médico o cirujano legalmente calificado;

- **Antes del inicio de cualquier tratamiento por derivación, se debe obtener una autorización previa por escrito** de su plan de seguro de salud provincial/territorial y GSC. Su plan de seguro de salud provincial/territorial puede cubrir este beneficio de derivación por completo. Debe proporcionar a GSC una carta de su médico tratante que indique el motivo de la remisión y una carta de su plan de seguro de salud provincial/territorial que describa su responsabilidad. **El incumplimiento en la obtención de la autorización previa dará lugar a la no emisión del pago.**

Servicios de una enfermera privada registrada hasta por un máximo de \$ 5,000 por año calendario, a la tarifa razonable y habitual cobrada por una enfermera calificada (RN) registrada en la jurisdicción en la que se brinda el tratamiento. Deberá comunicarse con GSC Travel Assistance para obtener una aprobación previa;

Análisis de laboratorio para diagnóstico y radiografías cuando las prescriba el médico a cargo. Salvo en situaciones de emergencia, GSC Travel Assistance debe aprobar previamente estos servicios (es decir, cateterización cardíaca o angiograma, angioplastia y cirugía de revascularización);

Reembolso de medicamentos recetados, sueros e inyectables que requieren una receta por ley y están recetados por un médico legalmente calificado (se excluyen las vitaminas y los medicamentos de marca). Presente a GSC Travel Assistance el recibo original del pago al farmacéutico, el médico o el hospital fuera de su provincia o territorio de residencia que muestre el nombre del médico que prescribe, el número de receta, el nombre de la preparación, la fecha, la cantidad y el costo total;

Dispositivos médicos, incluyendo yesos, muletas, bastones, eslingas, férulas y/o el alquiler temporal de una silla de ruedas cuando se considere médicamente necesario y se requiera debido a un accidente que ocurra, y cuando los dispositivos se obtengan fuera de su provincia/territorio de residencia;

Tratamiento dental solo cuando sea necesario debido a un golpe directo en la boca y por hasta un máximo de \$ 2,000. Los tratamientos (antes y después del regreso) deben

proporcionarse dentro de los 90 días posteriores al accidente. Se deberá proporcionar a GSC Travel Assistance los detalles del accidente junto con las radiografías dentales;

Regreso a domicilio: Cuando su enfermedad o lesión de emergencia es tal que:

- GSC Travel Assistance especificará por escrito que usted debería regresar de inmediato a su provincia/territorio de residencia para recibir atención médica inmediata. Se realizará un reembolso por el costo adicional incurrido por la compra de una tarifa aérea económica, más la tarifa económica adicional, si se requiere, para acomodar una camilla, para regresarlo a usted por la ruta más directa a la terminal aérea principal más cercana al punto de partida en su provincia o territorio de residencia.

Este beneficio supone que usted no cuenta con boleto aéreo válido de regreso abierto. Los cargos por mejora de categoría, impuestos de salida, multas por cancelación o tarifas aéreas para familiares o amigos acompañantes no están incluidos;

- GSC Travel Assistance o la línea aérea comercial estipularán por escrito que usted debe estar acompañado por un asistente médico calificado. Se realizará un reembolso por el costo incurrido de la tarifa de un vuelo de ida y vuelta en la tarifa económica y la tarifa razonable y habitual cobrada por un asistente médico que no sea pariente suyo por nacimiento, adopción o matrimonio y que esté registrado en la jurisdicción en la que se brinda el tratamiento, más los gastos de hotel y comida si son requeridos por el profesional.

El costo de regresar su vehículo motorizado de uso personal a su residencia o agencia de alquiler de vehículos adecuada más cercana cuando usted no pueda hacerlo por enfermedad, lesión física o muerte, hasta por un máximo de \$ 1,000 por viaje. GSC Travel Assistance requiere recibos originales de los gastos incurridos (es decir, gasolina, alojamiento y pasajes aéreos);

Comidas y alojamiento hasta por \$ 1,500 (máximo de \$ 150 por día por hasta 10 días). Se reembolsarán los gastos adicionales de alojamiento en un hotel comercial y de comidas en que usted incurra cuando permanezca con un acompañante de viaje o una persona incluida en la cobertura "familiar", cuando el viaje se retrase o se interrumpa por enfermedad, lesión accidental o la muerte de un compañero de viaje. Esto debe ser verificado por escrito por el médico o cirujano legalmente calificado que lo atiende y debe estar respaldado con recibos originales de una organización comercial;

Transporte hasta el lugar de internación, incluyendo un pasaje aéreo económico de ida y vuelta por la ruta más directa desde su provincia o territorio de residencia, para cualquiera de los cónyuges, padres, hijos, hermanos o hermanas, y se pagará hasta \$ 150 por día por un máximo de 5 días en comidas y alojamiento en un establecimiento comercial para que ese miembro de la familia:

- esté con usted o con su dependiente cubierto cuando se encuentre hospitalizado. Este beneficio requiere que la persona cubierta sea eventualmente un paciente hospitalizado durante al menos 7 días fuera de su provincia o territorio de residencia, además de la constancia por escrito del médico tratante certificando que la situación es lo suficientemente grave como para requerir que la visita
- identifique a una persona fallecida antes de liberar el cuerpo.

Tarifa aérea de regreso si su vehículo motorizado de uso personal o el del dependiente cubierto es robado o queda inoperable debido a un accidente. Se reembolsará el costo de una tarifa aérea de ida en una aerolínea económica para regresarlo a usted por la ruta más directa al aeropuerto principal más cercano a su punto de partida en su provincia o territorio de residencia. Se requiere un informe oficial de la pérdida o accidente;

Regreso de fallecidos por hasta un máximo de \$ 5,000 para el costo de embalsamamiento o cremación en preparación para el transporte al lugar de residencia en un contenedor apropiado de usted o del dependiente cubierto cuando la muerte es causada por una enfermedad o accidente. El cuerpo será devuelto al aeropuerto principal más cercano al punto de partida en su provincia o territorio de residencia. El beneficio excluye el costo de un ataúd de entierro o cualquier gasto relacionado con el funeral, maquillaje, ropa, flores, tarjetas de duelo, alquiler de iglesias, etc.;

SERVICIOS ELEGIBLES DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA EN VIAJES

Los siguientes servicios también están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana a través de la organización de servicios médicos internacionales de GSC Travel Assistance.

Estos servicios de asistencia en viaje incluyen:

- Acceso a asistencia previa al viaje (antes de la salida): códigos de llamadas directas de Canadá; información sobre vacunas; avisos de viaje emitidos por el gobierno y requisitos de visa/documentación para entrar al país de destino;
- Asistencia multilingüe;
- Asistencia para localizar la atención médica más cercana y adecuada;
- Redes internacionales de proveedores preferidos;
- Consulta médica y seguimiento para revisar la idoneidad y la calidad de la atención médica
- Asistencia para establecer contacto con la familia, el médico personal y el empleador, según corresponda
- Monitorear el progreso durante el tratamiento y la recuperación y confirmar cuándo el paciente esté médicamente apto para su transporte cuando sea necesario trasladarlo o

repatriarlo

- Servicios de transmisión de mensajes de emergencia;
- Servicios de traducción y derivación a intérpretes locales según sea necesario, relacionados con la emergencia médica
- Verificación de cobertura que facilita el acceso y la internación en hospitales y otros proveedores de atención médica;
- Asistencia especial en la coordinación del pago directo de reclamaciones;
- Coordinación de servicios de embajadas y consulados;
- Gestión, organización y coordinación del transporte médico de emergencia y evacuación según sea necesario;
- Gestión, ordenación y coordinación de la repatriación de restos;
- Asistencia especial para hacer arreglos para planes de viaje interrumpidos y alterados resultantes de situaciones de emergencia que incluyen:
 - el regreso de los acompañantes no acompañados
 - viaje al lugar de internación de la persona que quedó varada
 - reorganización de la emisión de boletos debido a un accidente o enfermedad y otras emergencias relacionadas con viajes
 - regreso del vehículo motorizado de la persona que quedó varada y artículos personales relacionados
- Asistencia legal de expertos;
- Coordinación para la obtención de fianzas y otros instrumentos jurídicos;
- Orientación para reemplazar documentos de viaje perdidos o robados, incluyendo pasaportes
- Asistencia de cortesía para obtener asistencia y otros servicios relacionados con viajes;

LIMITACIONES DE LA COBERTURA POR ASISTENCIA PARA EMERGENCIAS EN VIAJES

1. La cobertura entra en vigencia en el momento en que usted o su Dependiente cubierto cruza la frontera provincial o territorial al salir de su provincia o territorio de residencia y finaliza al cruzar la frontera y regresar a su provincia o territorio de residencia al regresar a su domicilio. Si viaja en avión, la cobertura entra en vigencia en el momento

en que la aeronave despegue en la provincia o territorio de residencia y finaliza cuando la aeronave aterriza en la provincia o territorio de residencia en el regreso al lugar de residencia.

2. **Antes de recibir tratamiento de emergencia, se debe notificar a GSC Travel Assistance para que:**

- confirme la cobertura y
- proporcione la aprobación previa del tratamiento.

Si es médicamente imposible que la Persona Cubierta llame antes de recibir tratamiento de emergencia, GSC Travel Assistance requiere que la Persona Cubierta, o alguien en su nombre, llame a GSC Travel Assistance dentro de las 48 horas posteriores al inicio del tratamiento.

Si no se notifica a GSC Travel Assistance antes de recibir el Tratamiento de emergencia, los beneficios se limitarán a **la cantidad menor** de los gastos incurridos dentro de las primeras 48 horas de cada tratamiento / incidente o el máximo del plan. Esto significa que usted será responsable de todos los gastos posteriores.

3. Una vez que haya comenzado su tratamiento de emergencia médica, GSC Travel Assistance debe evaluar y aprobar previamente el tratamiento médico adicional. Si se somete a pruebas como parte de una investigación médica, tratamiento o cirugía, obtiene tratamiento o se somete a una cirugía que no está aprobada previamente, no se pagará su reclamo. Esto incluye pruebas invasivas, cirugía, cateterismo cardíaco, otros procedimientos cardíacos, trasplantes y resonancia magnética.

4. **La repatriación es obligatoria** cuando GSC Travel Assistance determina que la Persona Cubierta debe trasladarse a otra instalación o regresar a la provincia o territorio de residencia para recibir tratamiento, o al final de la emergencia. Si usted opta por no regresar:

- no se pagarán beneficios por ningún tratamiento médico adicional;
- no se pagarán beneficios por recurrencia o complicaciones relacionadas directa o indirectamente con la afección médica que causó la emergencia; y
- durante el resto del viaje, la cobertura se limitará a afecciones médicas que no tengan ninguna relación con la afección médica que causó la emergencia.

5. Los servicios de ambulancia aérea solo serán elegibles si:

- Son aprobados previamente por GSC Travel Assistance;
- existe la necesidad médica de que usted o su Dependiente estén confinados a una camilla o que un asistente médico los acompañe durante el viaje;
- usted o su Dependiente son admitidos directamente en un hospital en su provincia de residencia, y

- los informes o certificados médicos enviados por médicos legalmente calificados emisores y receptores se envían a GSC Travel Assistance;
 - se envía a GSC Travel Assistance el comprobante de pago (incluidos los comprobantes de boletos aéreos o facturas de las compañías aéreas).
6. Si piensa viajar a áreas donde hubiera disturbios políticos o civiles, o a áreas para las que el gobierno canadiense haya emitido una advertencia de viaje formal con respecto a viajes no esenciales, **comuníquese con GSC Travel Assistance para obtener asesoramiento previo al viaje, ya que podemos no poder garantizar servicios de asistencia.**
7. **GSC se reserva el derecho, sin previo aviso, de suspender, recortar o limitar sus servicios** en cualquier área si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:
- disturbios políticos o civiles, que incluyan rebeliones, disturbios, levantamientos militares;
 - disturbios laborales o huelgas;
 - casos de fuerza mayor; o
 - negativa de las autoridades del país extranjero a permitir que GSC Travel Assistance brinde su servicio.

Esto incluye viajes si cuando reservó su viaje (incluido el retraso del viaje), o antes de su fecha de salida, **el gobierno canadiense emitió una advertencia formal de viaje aconsejando a los canadienses que eviten todos los viajes o todos los viajes no esenciales** relacionados con el país, la región o la ciudad u otros componentes clave de sus arreglos de viaje (por ejemplo, un crucero) debido a una epidemia o pandemia probable o real. En esta limitación, un viaje no esencial significa todo lo que no sea una emergencia médica o familiar importante, como la muerte de un miembro de la familia.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA POR ASISTENCIA PARA EMERGENCIAS EN VIAJES

Además de las Exclusiones complementarias de atención médica proporcionadas anteriormente en esta Guía Informativa para Miembros del Plan, no se pagarán reclamaciones de viaje por lo siguiente:

1. Cualquier gasto incurrido por el tratamiento relacionado directa o indirectamente con una **afección médica preexistente** que, en el momento de salir de su provincia o territorio de residencia y durante el **período de 90 días inmediatamente anterior** a su salida de su provincia o territorio de residencia:
 - a) no haya sido completamente **estable**, según la opinión del equipo de GSC Travel Assistance;

- b) cuando la evidencia médica sugiera una expectativa razonable de que podría ser necesario un tratamiento u hospitalización durante el viaje; o
 - c) un médico aconsejó a la Persona Cubierta que no viajara.
- GSC Travel Assistance se reserva el derecho de revisar la información médica de la Persona Cubierta en el momento de la reclamación. **La opinión de un médico de que la Persona Cubierta estaba en condiciones de viajar no anula** ni elimina el requisito de que la Persona Cubierta cumpla con todas las condiciones de estar Estable.
2. Cualquier gasto presentado si la Persona Cubierta o cualquier persona que actúe en su nombre intenta engañar a GSC Travel Assistance o hace una declaración o reclamo fraudulento, falso o exagerado.
 3. Cualquier gasto incurrido por cualquier servicio recibido que:
 - a) no hayan sido requeridos para tratar una **Emergencia**;
 - b) no hayan sido recomendados por un médico o cirujano legalmente calificado;
 - c) no estén cubiertos por su plan de seguro médico provincial/territorial; o
 - d) normalmente estén cubiertos por los beneficios fuera de Canadá de la cobertura fuera de Canadá de su plan de seguro de salud provincial o territorial (cuando corresponda), cuando el plan provincial o territorial haya rechazado el pago;
 4. Cualquier gasto incurrido por los servicios recibidos después de que GSC Travel Assistance determinara:
 - a) que la Persona Cubierta debía regresar a la provincia o territorio de residencia para recibir tratamiento, pero la Persona Cubierta decidió no regresar a la provincia o territorio de residencia;
 - b) los servicios podrían retrasarse razonablemente hasta que la Persona Cubierta regrese a la provincia o territorio de residencia;
 - c) la emergencia haya terminado; o
 - d) los servicios son para una recurrencia o complicación directa o indirectamente relacionada con la emergencia que GSC Travel Assistance determinó en 3.a), b) o c) arriba.
 5. Cualquier gasto incurrido en servicios para tratar una afección médica o complicaciones de una afección médica relacionada directa o indirectamente con una epidemia o pandemia si, cuando se reservó el viaje, o antes de la fecha de salida, el **gobierno canadiense emitió un aviso oficial de viaje para informarles a los canadienses que eviten todos los viajes o todos los viajes no esenciales** relacionados con cualquier país, región, ciudad u otros componentes clave de sus planes de viaje (por ejemplo, un crucero).

Para ver las advertencias canadienses de viaje, visite el sitio de viajes del Gobierno de Canadá.

6. Cualquier gasto incurrido en servicios para tratar:
 - a) cualquier afección médica, incluidos síntomas de abstinencia, que surja de o de alguna manera relacionada con el uso crónico de alcohol, drogas u otros intoxicantes, ya sea antes o durante el viaje;
 - b) cualquier afección médica que surja durante el viaje como resultado de, o de alguna manera relacionada con, el abuso de alcohol que resulte en un nivel de alcohol en sangre de más de 80 miligramos en 100 mililitros de sangre, drogas u otros intoxicantes; o
 - c) cualquier afección médica resultante de no seguir el Tratamiento según lo prescrito, incluidos los medicamentos recetados o de venta libre.
7. Cualquier gasto relacionado con el **embarazo**, el parto o las complicaciones de cualquiera de ellos, que surjan durante el **período de 8 semanas antes y después de la fecha prevista** del parto.
8. Cualquier gasto incurrido por el nacimiento de un niño durante el viaje.
9. Cualquier gasto incurrido durante cualquier viaje realizado con el propósito de obtener un diagnóstico, tratamiento, cirugía, cuidados paliativos o cualquier terapia alternativa, así como cualquier complicación relacionada directa o indirectamente.

GSC no asume la responsabilidad ni será responsable de ningún consejo médico dado, pero sin limitarse a un médico, farmacéutico u otro proveedor de atención médica o centro recomendado por GSC Travel Assistance.

COBERTURA DUPLICADA DEL BENEFICIO ADICIONAL PARA CUIDADO DE LA SALUD

Los gastos elegibles cubiertos bajo el Beneficio adicional para cuidado de la salud, en que se incurra fuera de la provincia de residencia de la Persona Cubierta (en el caso de una emergencia médica durante el viaje) se cubrirán bajo el Beneficio de asistencia de emergencia en viajes y no bajo el Beneficio adicional para cuidado de la salud.

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DEL BENEFICIO PARA DEPENDIENTES SOBREVIVIENTES

Tras la muerte de un Miembro del Plan elegible, los Dependientes sobrevivientes elegibles (cónyuge e hijos) continuarán siendo cubiertos por el Beneficio de asistencia de emergencia en viajes por un período de hasta 30 meses. Este período comienza después de que se haya agotado la cuenta del Miembro del Plan en el Dollar Bank. No se requerirán pagos de primas o contribuciones para continuar la cobertura durante este período de extensión del Beneficio para dependientes sobrevivientes.

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA EN VIAJES

La cobertura del Beneficio adicional para cuidado de la salud y del Beneficio de asistencia de emergencia en viajes del Miembro del Plan terminará no más tarde de la fecha en que el Miembro del Plan se retire o cumpla 65 años. La cobertura para el Miembro del Plan y sus Dependientes también terminará como se describe anteriormente en la sección Información de elegibilidad de esta Guía.

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA EN VIAJES

No se realizará ningún pago de beneficios a un Miembro del Plan a menos que se presente un Formulario de reclamación completo, así como cualquier otro documento requerido (descritos anteriormente), a la Oficina de Administración del Plan y/o a Green Shield Canada (y/o a la empresa contratada por Green Shield Canada) dentro del tiempo especificado para presentar una reclamación. Consulte las disposiciones de la Fecha límite de presentación de reclamaciones en la sección Reglas y disposiciones generales del Plan de esta Guía.

Los miembros del plan y sus cónyuges elegibles recibirán la Tarjeta de Beneficios del Plan que se debe utilizar para reclamar muchos de los gastos dentales elegibles del Plan. El uso de la Tarjeta de Beneficios elimina la necesidad de completar un formulario de reclamación y la espera del reembolso de los gastos.

REEMBOLSO POR GASTOS DENTALES

El plan proporciona el reembolso de los gastos de atención dental elegibles como se indica a continuación. Si el gasto incurrido es mayor que lo que se considera elegible para reembolso, el Miembro del Plan será responsable de la diferencia en el costo entre los cargos reales incurridos y los cargos que reembolsará el Beneficio de atención dental.

Nivel de reembolso

- 100 % para servicios básicos

BENEFICIO DE ATENCIÓN DENTAL

- 60 % por servicios de ortodoncia.

Guía de tarifas dentales

Los pagos de beneficios se realizarán de acuerdo con la Guía de tarifas actual de la Asociación Dental, vigente para los médicos generales en la provincia o territorio donde se presta el servicio dental en la fecha en que se incurre en el gasto dental.

Necesidad médica y cargos razonables y habituales

Los gastos de atención dental elegibles también se basan en la necesidad médica y en ser cargos razonables y habituales, según corresponda.

MÁXIMO A PAGAR EN BENEFICIOS DENTALES

Servicios dentales básicos y mayores

El beneficio dental anual máximo a pagar por este Plan para todos los servicios de atención dental combinados (excluyendo los servicios de ortodoncia) es de \$ 3,500 por persona cubierta, por año calendario.

Servicios de ortodoncia

El beneficio de ortodoncia máximo de por vida que se paga por cada hijo dependiente menor de 19 años es de \$ 2,500.

ALTERNATIVAS ENTRE BENEFICIOS DENTALES

Cuando hay más de un método normalmente empleado y profesionalmente adecuado para tratar lesiones o enfermedades en los dientes, el Plan se reserva el derecho de determinar los gastos elegibles sobre la base del beneficio alternativo menos costoso.

PRESENTACIÓN DE UN PLAN DE TRATAMIENTO DENTAL (PREDETERMINACIÓN)

Se recomienda que la Oficina de Administración del Plan revise de antemano todos los gastos propuestos para la atención dental que se prevé que superen los \$ 500, mediante el envío de un Plan de tratamiento dental. Se requiere la presentación de un plan de tratamiento dental antes de que comience cualquier procedimiento de ortodoncia o se realicen los pagos de beneficios.

Como servicio, la Oficina de Administración del Plan notificará, por adelantado, el monto que reembolsará el Plan cuando el tratamiento dental propuesto incluya odontología restauradora mayor u ortodoncia.

Para utilizar este servicio, el dentista de la persona cubierta debe completar un plan de tratamiento dental que incluya radiografías antes del tratamiento (si el tratamiento propuesto implica coronas o puentes).

GASTOS DENTALES ELEGIBLES

Los cargos por los siguientes servicios y suministros dentales se consideran gastos de atención dental que son elegibles para reembolso.

SERVICIOS DENTALES BÁSICOS

Servicios de diagnóstico

Procedimientos requeridos en la evaluación y/o cuidado de condiciones existentes y para determinar cualquier atención dental adicional que pueda requerirse.

- Revisiones de control que incluyan tratamiento con flúor tópico una vez cada 6 meses;
- un examen oral completo y diagnóstico cada 24 meses;
- radiografías;
- modelos de estudio.

Servicios preventivos

Procedimientos destinados a eliminar o reducir la necesidad de futuros tratamientos dentales.

- Raspado y pulido (profilaxis) sujeto a un máximo de 8 unidades (2 unidades para hijos Dependientes menores de 13 años) por año calendario (combinado con el raspado periodontal y la planificación radicular);
- flúor tópico;
- Mantenedores de espacio pasivos, aquellos que no mueven los dientes (solo para hijos Dependientes).

Odontología restauradora básica

Procedimientos para restaurar los dientes naturales a su función normal con el uso de amalgama de plata, silicato o restauraciones sintéticas (empastes). Además, se cubren los sedantes.

Extracciones

Remoción sencilla de dientes

Endodoncia

Procedimientos de endodoncia de emergencia y terapia conservadora de endodoncia.

Periodoncia

- Servicios complementarios, según se indica a continuación: raspado, alisado radicular (sujeto al número máximo combinado de unidades indicado anteriormente en servicios preventivos), infecciones agudas, ajuste oclusal, férula provisional;
- los servicios quirúrgicos siguientes: curetaje gingival, gingivoplastia, gingivectomía o cirugía ósea;
- aparatos periodontales especiales.

Cirugía oral

Procedimientos quirúrgicos orales de rutina de la siguiente manera: extirpación quirúrgica de dientes impactados, raíces residuales y cuidados postoperatorios asociados.

Anestesia

La anestesia donde se requiera de forma razonable y habitual en relación con otros procedimientos de atención dental cubiertos.

Reparación, realineado y reparación de base de dentaduras

La reparación o realineado y reparación de base de dentaduras (una vez cada 3 años), incluyendo la adición de nuevos dientes, pero sin incluir el costo de las dentaduras postizas, su reemplazo o duplicación.

SERVICIOS DENTALES MAYORES

Dispositivos protésicos removibles

La instalación inicial de dentaduras parciales o completas, sujeta a la condición preexistente, limitaciones en la pérdida, extracción o fractura de los dientes antes de ser asegurados. El reemplazo de dentaduras existentes no está cubierto excepto si:

- a) el reemplazo es necesario debido a la extracción o pérdida o fractura de uno o más dientes naturales sanos después de que la persona quedó cubierta por este Plan; o
- b) el reemplazo se realiza más de 12 meses después de que la persona quede cubierta por este Plan y las prótesis existentes tienen al menos 5 años y ya no se pueden reparar.

La sustitución de dentaduras perdidas o robadas, la duplicación de dentaduras y la personalización o caracterización de las dentaduras no están cubiertas.

Odontología restauradora extensiva

Procedimientos que incluyen inlays de oro, onlays y coronas, que se usan para restaurar los dientes naturales a sus funciones normales cuando los dientes, como resultado de una extensa caries o fractura, no se pueden restaurar con un empaste. Cuando los dientes pueden ser reparados con una amalgama de plata, silicato o restauraciones sintéticas, el beneficio a pagar se determina en base a los gastos habituales de dicha restauración. Estos procedimientos están sujetos a la condición preexistente, limitaciones en la pérdida, extracción o fractura de los dientes antes de ser cubiertos.

Dispositivos protésicos fijos

La instalación inicial de dispositivos protésicos fijos, está sujeta a la condición preexistente, limitaciones en la pérdida, extracción o fractura de los dientes antes de ser cubiertos. Los servicios de recementación y el reemplazo del revestimiento o la carilla del dispositivo protésico fijo son gastos elegibles. El reemplazo de los dispositivos protésicos fijos existentes no es elegible, excepto si:

- (a) el reemplazo es necesario porque la extracción o pérdida o fractura de uno o más dientes naturales sanos después de que la persona quedó cubierta por este Plan; o
- (b) el reemplazo se realiza más de 12 meses después de que el individuo quedó cubierto por este Plan y el dispositivo protésico fijo existente tiene al menos 5 años y ya no se puede reparar.

SERVICIOS DENTALES DE ORTODONCIA

Solo un hijo dependiente menor de 19 años está cubierto por los servicios de ortodoncia. La cobertura incluye el diagnóstico y la corrección de irregularidades en los dientes y la maloclusión de las mandíbulas, mediante aparatos de alambre, aparatos ortopédicos u otras ayudas mecánicas, comúnmente conocidas como "enderezamiento de los dientes". Esto incluye retenedores de espacio activos, o aparatos de ortodoncia, utilizados para reposicionar o mover los dientes.

Los beneficios de ortodoncia solo se pagan si el tratamiento se requiere para una sobremordida de al menos cuatro milímetros, una mordida cruzada o una relación protrusiva o retrusiva de al menos una corona. Se debe enviar un Plan de tratamiento de ortodoncia previo a la Oficina de Administración del plan y regresarse al dentista, mostrando los beneficios estimados que debe pagar el Plan antes de que comience el tratamiento.

Un "Plan de tratamiento de ortodoncia previo" es un informe en un formulario satisfactorio para el Plan que describe el tipo de tratamiento recomendado y su duración, proporciona el costo estimado y se acompaña de radiografías cefalométricas, modelos de estudio y otras pruebas de respaldo del tratamiento propuesto.

Los pagos de beneficios se realizarán una vez que la Oficina de Administración del Plan haya aprobado el plan de tratamiento previo y el tratamiento haya comenzado.

En cualquier caso, los siguientes gastos de ortodoncia no son elegibles:

1. cargos por un procedimiento para el cual se instaló un dispositivo activo antes de que la Persona cubierta estuviera cubierta por el Plan; y
2. cualquier gasto incurrido mientras la cobertura de la persona no estuviera vigente. Si los pagos de los beneficios se efectuaron al finalizar la cobertura de cualquier procedimiento de ortodoncia que comenzó mientras estaba cubierto por el Plan, se continuarán pagando los gastos incurridos durante los 90 días posteriores a la fecha de finalización de la cobertura. Los exámenes orales, la profilaxis dental o las radiografías de diagnóstico no se consideran el inicio de un procedimiento o una serie de tratamientos.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES EN EL BENEFICIO DENTAL

No se efectuarán pagos de beneficios dentales por ningún procedimiento para cualquier lesión o enfermedad dental por la cual se aconsejó a la persona cubierta que recibiera tratamiento o por el cual el tratamiento comenzó antes de que la persona se cubriera para ese procedimiento dental.

No se efectuarán pagos de beneficios dentales por ningún procedimiento dental con respecto a dientes extraídos, perdidos o fracturados antes de que la persona quedara cubierta para ese procedimiento, excepto por el reemplazo del aparato como se indica específicamente en Gastos dentales elegibles.

No se efectuarán pagos por la instalación inicial o la adición de dispositivos protésicos, a menos que dicha instalación o adición se requiera principalmente debido a la pérdida, extracción o fractura de los dientes después de la cobertura del Plan.

Además de las limitaciones y exclusiones anteriores, el Plan no efectúa ningún pago de beneficio dental por lo siguiente:

1. servicios o suministros que sean principalmente para odontología cosmética;
2. servicios o suministros que no sean proporcionados por un dentista, higienista o dentista legalmente calificado que actúe dentro del alcance de su licencia;
3. cualquier cargo por una lesión que resulte de una guerra, disturbios, insurrección o participación en un acto criminal;
4. cualquier cargo misceláneo como asesoramiento o instrucción, viajes, citas no cumplidas, costos de comunicación o completar formularios;
5. cualquier cargo que resulte de cualquier lesión autoinfligida intencionalmente;
6. cualquier servicio cubierto, en su totalidad o en parte, por cualquier plan provincial de atención médica, servicios por los cuales no se cobra, o servicios que la ley no permite que cubra el Plan;
7. cualquier cargo por servicios en los que normalmente no se hubiera incurrido, pero por la presencia de este seguro, o por el cual no se incurre en cargos;
8. cualquier cargo hospitalario por alojamiento y comida y servicios y suministros relacionados;
9. cualquier examen dental requerido por un tercero;
10. procedimientos de diagnóstico relacionados con cualquier categoría de beneficios excluidos como gastos elegibles;
11. servicios o insumos para implantología;
12. servicios o suministros que no sean médicamente necesarios para el cuidado y tratamiento de cualquier lesión o enfermedad existente o sospechada;
13. los gastos elegibles que surjan como resultado de un accidente de vehículo motorizado se considerarán elegibles solo después de haberlos enviado primero a su asegurador de automóviles (sujeto a la legislación aplicable).

EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA CIERTOS PROCEDIMIENTOS DENTALES

Se efectuarán pagos por los cargos incurridos después de la terminación del Plan o de este beneficio o después de que la cobertura de la persona cubierta bajo este Beneficio de atención dental cese, con la excepción de la finalización de la instalación de dentaduras postizas o gastos dentales relacionados con una dentadura postiza, puente o corona en la que se haya tomado una impresión o iniciado la terapia de endodoncia, dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la cobertura, siempre que la impresión se haya tomado antes de la finalización y que el plan cubra los gastos.

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DEL BENEFICIO DE ATENCIÓN DENTAL PARA DEPENDIENTES SOBREVIVIENTES

Tras la muerte de un Miembro del Plan elegible, los Dependientes sobrevivientes elegibles (cónyuge e hijos) continuarán siendo cubiertos por el Beneficio de atención dental por un período de hasta 30 meses. Este período comienza después de que se haya agotado la cuenta del Miembro del Plan en el Dollar Bank. No se requerirán pagos de primas o contribuciones para continuar la cobertura durante este período de extensión del Beneficio para dependientes sobrevivientes.

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO DE ATENCIÓN DENTAL

El Beneficio de atención dental del Miembro del Plan terminará el día en que el Miembro del Plan se retire y haya agotado el saldo de su cuenta en el Dollar Bank. La cobertura para el Miembro del Plan y sus Dependientes también terminará como se describe anteriormente en la sección **Información de elegibilidad** de esta Guía.

FORMULARIOS REQUERIDOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO DE ATENCIÓN DENTAL

No se efectuará ningún pago de beneficios a un Miembro del Plan a menos que se presente un Formulario de reclamación completo, así como todo otro documento requerido, a la Oficina de Administración del Plan y/o al Plan dentro del tiempo especificado para presentar una reclamación. Consulte las disposiciones de la **Fecha límite de presentación de reclamaciones** en la sección **Reglas y disposiciones generales del Plan** de esta Guía.

No se requiere un formulario de reclamación para la Tarjeta de Beneficios y/o la presentación de reclamaciones en línea. Se les puede pedir a los Miembros que envíen sus recibos a la Oficina de Administración del Plan para reclamaciones presentadas electrónicamente. Estas auditorías aleatorias aseguran la protección del Plan. Por lo tanto, usted deberá conservar sus recibos durante 13 meses.

BENEFICIO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MIEMBROS (MAP)

El Programa de asistencia para miembros (MAP) es un servicio confidencial de asesoramiento, información y referencia disponible para los Miembros del Plan y los Dependientes elegibles.

Los servicios de asesoramiento son proporcionados por los Programas de asistencia y servicios familiares para empleados (**FSEAP**). La persona cubierta puede comunicarse con FSEAP las 24 horas del día, todos los días del año directamente llamando al **1-800-668-9920**. Para servicio TTY llame al 1-888-234-0414.

En ocasiones, muchas personas se sienten abrumadas por las preocupaciones personales y el estrés cotidiano de la vida. Cuando ocurre una crisis o situación de emergencia y/o cuando se necesita ayuda inmediata, los asesores profesionales de FSEAP están disponibles con solo una llamada telefónica.

Sin embargo, no todas las tensiones de la vida cotidiana implican una emergencia. Los Miembros del Plan y sus Dependientes pueden optar por hablar con un consejero del FSEAP sobre una variedad de problemas personales cotidianos, como ansiedad, depresión, problemas de pareja, adicciones (incluyendo alcohol y juegos de azar), o recibir apoyo o información sobre prodigar cuidados, cuidado de niños, problemas relacionados con el trabajo, dejar de fumar, pérdida de peso, nutrición y problemas dietéticos o, incluso, asistencia legal o financiera.

Las personas que llamen se conectarán de inmediato con un consejero calificado del FSEAP que puede proporcionarles asistencia o concertar una cita para brindar asesoramiento cara a cara. El FSEAP proporciona asesoramiento confidencial en todo Canadá y los Estados Unidos.

El personal del FSEAP incluye trabajadores sociales y psicólogos experimentados. Si se requiere asesoramiento a largo plazo o especializado, el consejero del FSEAP lo ayudará con una referencia a otro recurso dentro de su comunidad. Esta referencia puede implicar una tarifa. Podrá encontrar más información disponible en línea:

- **www.myfseap.com**
- Inicie sesión con el nombre de grupo: **toloc27map**
- Contraseña: **myfseap1**

RESUMEN DE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MIEMBROS

El Programa de asistencia para miembros brinda acceso directo a asesores profesionales experimentados del FSEAP que pueden ayudarle a encontrar las respuestas y los servicios adecuados. A continuación, se enumeran algunas de las áreas de asistencia confidencial disponibles a través del FSEAP:

- Estrés personal o laboral
- Problemas de relación
- Depresión o ansiedad
- Adicciones (incluyendo alcohol, abuso de sustancias y juegos de azar)
- Separación y divorcio
- Dificultades en la crianza de los hijos
- Cuidado de adultos mayores y de niños
- Equilibrio entre vida laboral y vida familiar
- Asistencia legal y financiera
- Consulta nutricional, dietética y sobre pérdida de peso
- Dejar de fumar
- Atención psicológica por duelo

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MIEMBROS

El Beneficio del Programa de asistencia para miembros terminará el día en que el Miembro del Plan se retire y haya agotado el saldo de su cuenta en el Dollar Bank. La cobertura para el Miembro del Plan y sus Dependientes también terminará como se describe anteriormente en la sección **Información de elegibilidad** de esta Guía.

BENEFICIO DE DUELO/PERMISOS PARENTALES

El Beneficio por duelo/permiso parental está destinado a proporcionar alguna asistencia financiera a los Miembros del Plan durante las ausencias al trabajo debidas a ciertos eventos de la vida.

El Beneficio de permiso por duelo/parental es autofinanciado. Las reglas de elegibilidad y las reglas de terminación son las mismas que las del Plan de salud y bienestar. Para ser elegible para los beneficios, un Miembro del Plan también debe ser un miembro con buenos antecedentes del Sindicato Local 27 o 1030.

BENEFICIO POR DUELO

En el desafortunado caso de la muerte de un miembro de la familia, el Miembro del Plan será elegible para recibir el Beneficio por duelo del Plan, siempre que el Miembro del Plan estuviera en el trabajo el día anterior a la pérdida. Solo los Miembros del Plan son elegibles para este beneficio. Los Dependientes de los Miembros del Plan no son elegibles para este beneficio.

QUIÉN CALIFICA COMO “MIEMBRO DE LA FAMILIA”

Para los fines del Beneficio por duelo, el Plan define como miembros de la familia del Miembro del Plan elegibles a los siguientes:

- Cónyuge
- Hijo, incluyendo yerno
- Padre, incluyendo suegros
- Abuelos
- Hermano, incluyendo cuñado
- Hermana, incluyendo cuñada

BENEFICIO DE PERMISOS PARENTALES

Si un Miembro del Plan tiene un hijo recién nacido, el Miembro del Plan será elegible para recibir el permiso parental del Plan, siempre que el Miembro del Plan estuviera en el trabajo el día anterior al nacimiento del niño y que el Miembro del Plan esté ausente del trabajo inmediatamente después del nacimiento del niño. Solo los Miembros del Plan son elegibles para este beneficio. Los Dependientes de los Miembros del Plan no son elegibles para este beneficio.

IMPORTE DEL BENEFICIO

El Beneficio por duelo/permiso parental paga un máximo de \$ 150 por día, por un máximo de hasta tres días hábiles. No se paga ningún beneficio por días sábado o domingo. Los beneficios se pagan desde el primer día de la pérdida de ingresos, siempre que el Miembro del Plan estuviera en el trabajo el día anterior a la pérdida o el nacimiento. No se pagarán beneficios por duelo por el tiempo perdido después del funeral, a menos que el Miembro del Plan deba viajar para asistir al funeral.

SUJECIÓN A IMPUESTOS DE LOS PAGOS DE BENEFICIOS

Los pagos de beneficios por duelo y permiso parental son ingresos gravables para el Miembro del Plan en el año calendario en que se paguen.

En febrero de cada año, el Miembro del Plan que recibió pagos de beneficios en el año calendario anterior recibirá un formulario oficial de impuestos que indica el monto total de los pagos de beneficios efectuados al Miembro del Plan en el año calendario anterior.

Cualquier beneficio pagado a un Miembro del Plan (que se muestre en el formulario oficial de impuestos) debe informarse en la declaración anual del impuesto sobre la renta del Miembro del Plan.

CÓMO PRESENTAR LA RECLAMACIÓN DEL BENEFICIO

Para presentar una reclamación de Beneficio por duelo o permiso parental del Plan, los Miembros del Plan deben completar el formulario de reclamación correspondiente y presentar pruebas suficientes de la pérdida, incluyendo:

- una carta del empleador o del Sindicato local que indique que el Miembro del Plan estaba trabajando, el último día de trabajo y los días en que el Miembro del Plan no trabajó y son causa del permiso;
- un certificado de defunción o una declaración del director de la funeraria (para beneficios por duelo);
- un certificado de nacimiento original para su hijo recién nacido (para los beneficios por permiso parental).

Los formularios de reclamación están disponibles en la Oficina de Administración del Plan o en línea en el sitio web para Miembros del Plan.

Las reclamaciones de beneficios por duelo o permiso parental deben presentarse dentro de los 12 meses posteriores a la fecha del evento correspondiente. Reclamaciones tardías no serán pagadas.

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO POR DUELO/PERMISO PARENTAL

El Beneficio por duelo/permiso parental de un Miembro del Plan terminará el día en que el Miembro del Plan se retire y haya agotado el saldo de su cuenta en el Dollar Bank. La cobertura

para el Miembro del Plan y sus Dependientes también terminará como se describe anteriormente en la sección **Información de elegibilidad** de esta Guía.

PLAN DE VACACIONES PAGAS

GENERALIDADES DEL PLAN

El Plan de vacaciones pagas de Carpenters Local 1030 brinda a los Miembros del Plan el derecho a recibir beneficios de cualquier pago por vacaciones ganado según los términos de la convención colectiva del Local 1030 aplicable en cada año de beneficio. Cada 1° de noviembre, el Plan efectúa el pago anual regular de vacaciones.

Los Miembros del Plan también tienen la opción de cobrar sus beneficios de vacaciones pagas en otro momento, siempre que dicho pago opcional solicitado no esté dentro de un período de 60 días antes o después del 1° de noviembre.

La convención colectiva actual del Local 1030 requiere que cada contratista/empleador aportante realice una contribución al Fondo fiduciario de pagos vacacionales de Carpenters Local 1030. La contribución de pago de vacaciones se expresa como un porcentaje de los pagos brutos efectuados por contratistas/empleadores contribuyentes a nombre de los Miembros del Plan.

El porcentaje actualmente en efecto puede determinarse revisando el acuerdo de convención colectiva vigente.

PREGUNTAS FRECUENTES

La siguiente información proporciona respuestas a preguntas comunes sobre el funcionamiento del Plan de vacaciones pagas del Local 1030. Si tiene alguna dificultad para comprender las reglas del Plan de vacaciones pagas o sus derechos en dicho Plan, la Oficina de Administración del Plan se complace en ayudarlo a responder cualquier pregunta.

¿Cómo funciona el Plan de vacaciones pagas?

La Oficina de Administración del Plan establece y mantiene una "cuenta" de pagos de vacaciones que registra todas las contribuciones para pagos de vacaciones efectuadas por cualquier empleador/contratista signatario de una convención colectiva aplicable a nombre de cada Miembro del Plan.

Estas cuentas de pago de vacaciones se mantienen anualmente desde el 1° de septiembre de cada año hasta el 31 de agosto del año siguiente, registrando las contribuciones de pago de vacaciones recibidas, abarcando desde el mes laboral de septiembre de un año hasta fines del mes laboral de agosto del año siguiente.

¿Cómo se invierten las contribuciones al Fondo fiduciario de pagos vacacionales???

La Junta de fideicomisarios invierte las contribuciones al Fondo fiduciario de pagos vacacionales en valores a corto plazo. Este tipo de inversión proporciona la mejor combinación de ingresos por intereses y riesgo mínimo de inversión, asegurando que los fondos estén disponibles con

poca antelación si es necesario. Los ingresos por intereses obtenidos se utilizan principalmente para pagar los costos operativos del Plan de pagos vacacionales y del Fondo fiduciario de pagos vacacionales.

¿Los Miembros del Plan reciben el 100 % de sus contribuciones por pagos vacacionales?

Los Miembros del Plan siempre reciben el 100 % de las contribuciones de pago de vacaciones a las que tienen derecho, siempre que el empleador/contratista correspondiente haya efectuado todas las contribuciones de pago de vacaciones ganadas por cada Miembro del Plan al Fondo fiduciario de pagos vacacionales, menos cualquier tarifa administrativa aplicable como se describe a continuación.

¿Cómo se otorga a los Miembros del Plan el derecho al pago de vacaciones?

El Plan efectúa un pago automático en noviembre de cada año. El 1° de noviembre de cada año, o en fechas cercanas, la Oficina de Administración del Plan entrega un cheque al Sindicato Local 1030 para cada Miembro del Plan que sea elegible. Este cheque incluye todo el pago de vacaciones ganado por el Miembro del Plan y pagado a nombre del Miembro del Plan por el período de 12 meses que finaliza el 31 de agosto. El Depósito Directo de estos beneficios también está disponible comunicándose con la Oficina de Administración del Plan.

Junto con el cheque de pago vacacional, se proporciona un resumen de la cuenta del Plan de vacaciones pagas del Miembro del Plan para el período de los 12 meses anteriores, que indica las contribuciones mensuales recibidas a nombre del Miembro del Plan y el contratista/empleador que las efectuó.

¿Se puede efectuar un pago vacacional antes del pago anual de noviembre?

Los Miembros del Plan tienen la opción de recibir cada año un pago vacacional adicional. Para solicitar este pago opcional, el Miembro del Plan debe completar la Solicitud de pago de vacaciones, que está disponible en la Oficina de Administración del Plan.

El Plan no efectúa pagos opcionales dentro del período de 60 días antes o después del 1° de noviembre (es decir, el Plan no emite pagos entre el 1° de septiembre y el 1° de febrero del año siguiente). No se efectúan pagos durante este período porque el Plan está procesando su pago automático anual. El Plan cobra una tarifa de gastos administrativos según lo establecido por los Fideicomisarios para cualquier pago opcional.

¿Se puede volver a emitir un cheque de pago vacacional perdido o vencido?

Si un Miembro del Plan pierde su cheque de pago vacacional, o si dicho cheque pasa la fecha de caducidad, la Oficina de Administración del Plan puede volver a emitir el pago a solicitud.

¿Hay algún cargo asociado con la recepción de un pago de vacaciones?

A todo pago vacacional se le aplica una tarifa de gastos administrativos establecida por los fideicomisarios.

¿El pago de vacaciones está sujeto al impuesto sobre la renta?

Cualquier pago vacacional que reciba un Miembro del Plan se considera según las leyes de impuestos de Canadá como un ingreso imponible para el Miembro del Plan en el año calendario en que se pagó.

En febrero de cada año, el Miembro del Plan que recibió pagos por vacaciones en el año calendario anterior recibirá del Plan un formulario oficial de impuestos que indica el monto total de los pagos efectuados al Miembro del Plan en el año calendario anterior.

PLAN DE SERVICIOS LEGALES

asistencia financiera para emplear en una variedad de servicios legales generales de uso común.

TABLA DE SERVICIOS CUBIERTOS

Los beneficios del Plan de servicios legales no pretenden cubrir el costo total de los servicios legales que puede proporcionar un abogado. La siguiente tabla indica el beneficio máximo a pagar por los servicios legales cubiertos por el Plan.

La naturaleza, el alcance y la cantidad de los servicios legales proporcionados son un asunto que debe resolverse entre el Miembro del Plan y el abogado del Miembro del Plan. El Plan de servicios legales, el Fondo fiduciario para servicios legales y la Junta de Fideicomisarios no aceptan ninguna responsabilidad por la determinación de honorarios legales razonables, el resultado del servicio legal o el pago por parte del Miembro del Plan de cualquier cargo legal incurrido que sea superior a los de la Tabla de servicios cubiertos.

<i>Tipo de servicio legal</i>	<i>Máximo beneficio anual</i>
Testamento – Miembro del Plan o cónyuge por separado	\$ 100.00
Testamento – Miembro del Plan y cónyuge juntos	\$ 150.00
Codicilo testamentario – Miembro del Plan o cónyuge por separado	\$ 50.00
Codicilo testamentario – Miembro del Plan y cónyuge juntos	\$ 60.00
Legalización de un testamento – Miembro del Plan o cónyuge*	\$ 250.00
Compra, venta o hipoteca de la residencia principal del Miembro del Plan	\$ 500.00
Renovación/cancelación de la hipoteca de la residencia principal del Miembro del Plan	\$ 50.00
Preparación/revisión del contrato de alquiler de la residencia principal	

del Miembro del Plan	\$ 60.00
Preparación de poder notarial para Miembro del Plan o cónyuge	\$ 60.00
Adopción de niño por Miembro del Plan	\$ 250.00
Infracción de la Ley de tránsito carretero	\$ 300.00

** o administración de dicha herencia cuando no hay testamento*

BENEFICIO GENERAL MÁXIMO POR AÑO CALENDARIO

Además del Beneficio anual máximo pagadero que se detalla en la Tabla de servicios cubiertos precedente, el Plan también tiene un Beneficio general máximo para todos los servicios legales detallados combinados en un año calendario de la siguiente manera.

Primer año calendario de membresía del Plan \$ 400.00

Segundo año calendario (y subsiguientes) de membresía del Plan \$ 1,000.00

Un año calendario es el período de 12 meses que comienza el 1° de enero y finaliza el 31 de diciembre.

Sujeto al Beneficio general máximo por año calendario, un Miembro del Plan solo puede solicitar cada tipo de servicio legal descrito en la Tabla de servicios cubiertos una vez por año calendario. El Beneficio general máximo por año calendario incluirá cualquier monto pagado por servicios legales para los Dependientes de un Miembro del Plan.

SELECCIÓN DEL ABOGADO

Los Miembros del Plan eligen a su propio abogado. El Plan de servicios legales no proporciona asesoría legal ni recomienda abogados. El Plan de servicios legales requiere que el abogado seleccionado tenga la licencia adecuada para ejercer la abogacía en la provincia de Ontario. Para obtener un abogado, el Miembro del Plan puede comunicarse con la Law Society of Upper Canada al (416) 947-3300.

Todos los asuntos legales son estrictamente entre el Miembro del Plan y el abogado seleccionado por el Miembro del Plan, al igual que los honorarios legales que se le cobrarán. Los fideicomisarios no darán ninguna opinión con respecto al tipo o la calidad de los servicios legales que proporcione un abogado a cualquier Miembro del Plan.

CÓMO PRESENTAR RECLAMACIONES

Para presentar una reclamación de reembolso bajo el Plan de Servicios Legales, comuníquese con la Oficina de Administración del Plan. Allí, le proporcionarán el formulario de reclamación adecuado que debe completar el Miembro del Plan. El Miembro del Plan debe proporcionar la

factura completa del abogado seleccionado por los servicios prestados que se solicitan, incluidos:

- los detalles de los servicios legales prestados;
- la fecha en que se prestaron dichos servicios legales;
- el tiempo asignado para cada servicio legal prestado;
- el cargo total por cada servicio legal prestado.

Las reclamaciones por gastos legales incurridos solo se considerarán elegibles cuando el abogado haya completado el servicio legal.

Las reclamaciones por servicios legales deben presentarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que el Miembro del Plan incurrió en los gastos. Reclamaciones tardías no serán pagadas.

Los pagos del Plan de Servicios Legales se efectúan solo al Miembro. El Plan no emitirá pagos a ninguna otra persona, incluyendo abogados o firmas legales.

SUJECCIÓN A IMPUESTOS DE LOS BENEFICIOS

Cualquier pago de Plan de servicios legales que reciba un Miembro del Plan se considera según las leyes de impuestos de Canadá como un ingreso imponible para el Miembro del Plan en el año calendario en que se pagó.

En febrero de cada año, el Miembro del Plan que recibió pagos del Plan de servicios legales en el año calendario anterior recibirá del Plan un formulario oficial de impuestos que indica el monto total de los pagos efectuados al Miembro del Plan en el año calendario anterior.

REGLAS Y DISPOSICIONES GENERALES

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

El Plan de salud y bienestar residencial de Carpenters (y sus aseguradores y proveedores cuando corresponda), el Plan de duelo/permisos parentales, el Plan de vacaciones pagas y el Plan de servicios legales (los “Planes”) recopilarán, mantendrán y comunicarán únicamente la información personal que se considere necesaria para la administración de dichos Planes. La información personal será protegida de conformidad con la legislación aplicable.

Los Planes pueden utilizar e intercambiar información personal con personas u organizaciones relevantes (es decir, sindicatos, profesionales de la salud, instituciones financieras, agencias de investigación, aseguradores, reaseguradores, reguladores, asesores legales, etc.) para administrar los Planes y cualquier derecho a los beneficios de los Planes.

Las preguntas relacionadas con la Política de privacidad de los Planes deben dirigirse a la Oficina de Administración del Plan.

BENEFICIARIO DESIGNADO

Cada Miembro del Plan tiene el derecho a nombrar (o cambiar) un beneficiario designado en su Tarjeta de información de miembro, tal como se describe en la sección de descripción de Beneficio de seguro de vida de esta Guía. Se entiende que la designación del beneficiario hecha en virtud de las pólizas de seguro del Plan se reconocerá como el beneficiario designado en virtud de dichas pólizas, a menos que se haya hecho una designación adicional que la(s) póliza(s) identifique(n) específicamente. A falta de dicha designación, todos los beneficios se pagarán a los herederos de la persona asegurada.

Todas las demás indemnizaciones de la póliza serán pagaderas al Miembro del Plan. Cada Miembro del Plan puede cambiar su beneficiario designado en cualquier momento, según lo permita la ley. El Plan y los aseguradores no asumen ninguna responsabilidad por la validez de dicha designación o cambio de beneficiario. Los Miembros del plan deben revisar periódicamente la designación de sus beneficiarios actuales para asegurarse de que la misma refleje su intención actual.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN AL PLAN

Cuando un Miembro del Plan o un Dependiente elegible incurra en un gasto elegible cubierto por uno de los beneficios del Plan, se debe presentar una reclamación al Plan para su reembolso. Los diferentes tipos de reclamación pueden enviarse al Plan de varias maneras, pero todos deben ser enviados correctamente, con cualquier documento suplementario requerido y antes de la fecha límite para la presentación de reclamaciones.

Las reclamaciones pueden entregarse:

- **Utilizando la Tarjeta de beneficios del Plan en la farmacia, con el proveedor de atención médica o en el consultorio dental**
- **En línea, registrándose con Green Shield Canada en benefits@carpentersresidential.ca**
- **Por correo electrónico a la Oficina de Administración del Plan a benefits@carpentersresidential.ca**
- **Por fax a la Oficina de Administración del Plan al 1-905-946-2535**
- **En persona o por correo electrónico a la Oficina de Administración del Plan, ubicada en**

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

Los gastos elegibles para el Beneficio adicional para el cuidado de la salud y dental pueden solicitarse por medio de la Tarjeta de beneficios del Plan. Estas reclamaciones también pueden enviarse en línea a Green Shield Canada siguiendo las instrucciones del Paquete de bienvenida que se entrega a los nuevos Miembros del Plan cuando reciben su Tarjeta de beneficios. Se les puede pedir a los Miembros que envíen sus recibos a la Oficina de Administración del Plan para reclamaciones presentadas electrónicamente. Estas auditorías aleatorias aseguran la protección del Plan. Por lo tanto, usted deberá conservar sus recibos durante 13 meses.

Las reclamaciones por gastos de Asistencia para emergencias en viajes pueden enviarse directamente al Administrador del plan (si es inferior a \$ 200) o llamando al número de teléfono de Asistencia de emergencia en viajes que se encuentra en el reverso de la Tarjeta de beneficios.

Además, o para cualquier otro tipo de reclamaciones, los Miembros del Plan pueden comunicarse con la Oficina de Administración del Plan, quienes luego proporcionarán el(los) formulario(s) de reclamación necesario(s) y la asistencia para completar y enviar la(s) reclamación(es) al Plan o al Asegurador según sea necesario. Para procesar rápidamente las reclamaciones, todos los formularios de reclamación deben completarse de manera completa y clara e indicar la siguiente información:

- el nombre completo del solicitante, su dirección de correo postal y su fecha de nacimiento;
- el nombre completo del Miembro del Plan, su dirección de correo postal y su fecha de nacimiento;
- el número de identificación del Miembro del Plan;

- la póliza de seguro financiero de Manulife número 10042 (anteriormente pólizas número 10077 y 901202) para reclamaciones de seguro de vida, vida de Dependiente e discapacidad a largo plazo;
- el número de grupo de asistencia de viaje de Green Shield Canada 4932, el número de identificación de Miembro del Plan y el número de tarjeta de plan de atención de salud provincial del solicitante (para reclamación de asistencia de emergencia en viajes);
- el número de póliza AB10403501 de CHUBB Life Insurance Company of Canada (para reclamaciones de AD&D y enfermedad grave).

Todas las reclamaciones (con los formularios de reclamación, los recibos originales y toda otra documentación de respaldo solicitada) deben enviarse por correo electrónico o entregarse en la Oficina de Administración del Plan lo antes posible.

Presentar una reclamación al Plan por gastos que son legítimamente responsabilidad de otra parte, o por un gasto que no se efectuó constituye un delito grave. Por ejemplo, las reclamaciones por gastos debidos a una enfermedad o discapacidad relacionada con el trabajo deben presentarse a Workers' Safety Insurance Board. Una tergiversación con respecto a la elegibilidad de los Dependientes también constituye un delito grave.

Si un Miembro del Plan proporciona información engañosa o presenta una reclamación fraudulenta, los fideicomisarios tomarán medidas para recuperar los fondos pagados a dicho Miembro del Plan o a un proveedor de servicios o suministros. Los fideicomisarios pueden cancelar todos los beneficios de un Miembro del Plan que haya presentado intencionalmente reclamaciones inapropiadas o fraudulentas o que haya proporcionado al Plan información inexacta o engañosa.

PLAZOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES

Todas las reclamaciones enviadas a la Oficina de Administración del Plan y/o al(los) Asegurador(es) para reembolso deben presentarse antes de la fecha límite de presentación de reclamaciones.

Las reclamaciones que el Plan y/o el(los) Asegurador(es) no reciba(n) dentro de los plazos estipulados no serán consideradas elegibles para su adjudicación. Por lo tanto, se recomienda que presentar toda reclamación lo antes posible después de incurrir en el gasto o sufrir la pérdida.

BENEFICIO	PLAZO PARA PRESENTAR RECLAMACIÓN
Seguro de vida	Dentro de los 12 meses a partir de la fecha del fallecimiento
Seguro de vida Dependiente	Dentro de los 12 meses a partir de la fecha del fallecimiento
Mutilación y muerte accidentales	Dentro de los 30 días a partir de la fecha del accidente
Enfermedad grave	Dentro de los 30 días de la fecha del diagnóstico
Indemnización semanal	Dentro de los 6 meses a partir de la fecha de la discapacidad
Discapacidad a largo plazo	Dentro de los 6 meses luego de la terminación del primer mes siguiente al Período calificante de discapacidad
Ben. adicional al cuidado de la salud	Dentro de los 12 meses a partir de la fecha del gasto
Asistencia de emergencia en viajes	Dentro de las 48 horas de la fecha del gasto
Atención dental	Dentro de los 12 meses a partir de la fecha del gasto
Programa de asistencia para miembros	No aplica
Duelo/Permiso parental	Dentro de los 12 meses a partir de la fecha del evento
Plan de servicios legales	Dentro de los 180 días a partir de la fecha del gasto
Plan de vacaciones pagas	No aplica

El incumplimiento de las notificaciones o en la presentación de comprobantes de reclamaciones dentro de los plazos de presentación de reclamaciones indicados anteriormente y como se describe en esta Guía no invalidará la reclamación si la notificación o prueba se entrega tan pronto como sea razonablemente posible y si se demuestra que no fue razonablemente posible dar aviso o presentar prueba dentro del plazo requerido para presentar la reclamación. Los Aseguradores y el Plan no aceptarán bajo ninguna circunstancia la presentación de reclamaciones después de un (1) año.

En caso de que la elegibilidad de un Miembro del Plan para los beneficios del Plan finalice, o si se termina un Beneficio en virtud el Plan, o si una (las) póliza(s) de seguro queda(n) cancelada(s), se debe presentar una reclamación dentro de los 90 días después de la fecha de terminación,

con la excepción de los Beneficios de AD&D y enfermedad grave, que duran 30 días y la Asistencia de emergencia en viajes que dura 48 horas.

ACCIONES LEGALES

Un Miembro del Plan no puede iniciar una acción legal contra los Aseguradores del Plan, o contra el Plan, menos de 60 días después de que se haya presentado la prueba de la pérdida según se describe en la sección **PLAZOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES** de esta Guía. Toda acción o procedimiento en contra del(los) Asegurador(es) del Plan, o contra el Plan, para la recuperación del dinero pagadero en virtud de este Plan queda absolutamente prohibida a menos que se inicie dentro del plazo establecido en la Ley de Seguros o la legislación aplicable.

El (los) Asegurador(es) y el Plan tendrán el derecho y la oportunidad de examinar a cualquier persona cuya lesión o enfermedad sea la base de una reclamación, cuando y con la frecuencia que pueda razonablemente exigir durante el período de trámite y el período de pago, si corresponde, de dicha reclamación.

En Ontario, toda acción o procedimiento contra GSC para recuperar el pago de beneficios bajo el Plan está absolutamente prohibido a menos que se inicie dentro del tiempo establecido en la *Limitations Act* de 2002. En Columbia Británica, Alberta y Manitoba, toda acción o procedimiento contra GSC para recuperar el pago de beneficios bajo el Plan está absolutamente prohibido a menos que comience dentro del tiempo establecido en la *Insurance Act*.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

viajes y de atención dental se coordinará de modo que los beneficios totales pagaderos de todos los planes disponibles (para un Miembro del Plan y/o sus Dependientes elegibles) no excedan el 100 % del monto de los gastos elegibles de la reclamación.

Para este propósito, los Aseguradores y el Plan tienen derecho a recibir y divulgar información sobre la cobertura de beneficios y los pagos de beneficios y, si es necesario, cobrar los sobrepagos. Los procedimientos de presentación de reclamaciones acordados por las aseguradoras de salud canadienses y los planes de beneficios que se utilizarán para coordinar los pagos de beneficios en virtud de este Plan son los siguientes:

1. Si el Miembro del Plan incurrió en el gasto de la reclamación, envíe primero la reclamación a este Plan. Si todavía hay un saldo pendiente de pago, envíe la reclamación al plan del cónyuge del Miembro del Plan junto con la Explicación de Beneficios de este Plan para que el plan del cónyuge sepa cuánto ha pagado este Plan.
2. Si el cónyuge de un Miembro del Plan incurrió en el gasto de la reclamación, presente la reclamación primero al plan del cónyuge (si el cónyuge tiene un plan). Si todavía hay un saldo

pendiente de pago, envíe la reclamación a este Plan junto con la Explicación de Beneficios del plan del Cónyuge para que este Plan sepa cuánto ya ha pagado el plan del Cónyuge.

3. Si un hijo dependiente incurre en un gasto de reclamación, presente la reclamación primero al plan que cubre al padre que cumple años antes en el año calendario. Si todavía hay un saldo pendiente de pago, envíe la reclamación por gasto no pagado al segundo plan (del otro padre), junto con la Explicación de Beneficios del primer plan, de modo que el segundo plan sepa cuánto ha pagado ya el primer plan. Si el cónyuge de un Miembro del Plan no tiene un plan de beneficios y la reclamación de gasto solo se puede enviar a un plan, envíe la reclamación a ese plan.
4. Si un Miembro del Plan y su cónyuge están cubiertos por este Plan como Miembros del Plan, se debe adjuntar una nota al formulario de reclamación que informe a la Oficina de Administración del Plan los nombres de los Miembros del Plan y los dos números de Certificado del Plan (identificación del Miembro del Plan). La Oficina de Administración del Plan resolverá la reclamación en consecuencia.

El proceso de presentación de reclamaciones anteriormente descrito es el procedimiento de Coordinación de Beneficios (COB) acordado entre la mayoría de los planes de seguro grupales canadienses. Póngase en contacto con la Oficina de Administración del Plan si necesita más información sobre cómo funcionan los procedimientos de Coordinación de Beneficios.

APELACIONES DE RECLAMACIONES

En el caso de que el Plan o los Aseguradores del Plan determinen que las reclamaciones de gastos presentadas no son elegibles para reembolso conforme al Plan, o que no sean médicamente necesarias, o que no sean razonables o habituales, la reclamación (o parte de la misma) puede ser denegada.

Los Miembros del Plan pueden discutir la decisión tomada en relación con el procesamiento de cualquier reclamación presentada al Plan. Para hablar sobre el pago o la falta de pago de cualquier reclamación presentada al Plan, comuníquese con la Oficina de Administración del Plan.

Si un Miembro del Plan cree que tiene una circunstancia especial en relación con una reclamación presentada y le gustaría que la decisión de cualquier reclamación presentada sea revisada o reconsiderada (ya sea que la reclamación haya sido pagada o rechazada), debe ponerse en contacto con la Junta de fideicomisarios a cargo de Oficina de Administración del Plan.

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN DEL PLAN

La Junta de Fideicomisarios ha contratado a un Administrador del Plan, **Employee Benefit Plan Services Limited**, para la gestión de los asuntos diarios del Plan de salud y bienestar residencial de Carpenters, incluyendo la administración del Plan y el pago de reclamaciones de muchos de los beneficios de los Planes.

Los fideicomisarios se basan en la experiencia del Administrador del Plan con respecto a la elegibilidad para los beneficios de los Planes y si las reclamaciones de gastos presentadas son elegibles para su reembolso.

Los Miembros del plan pueden comunicarse con la Oficina de Administración del Plan si tienen alguna pregunta sobre los beneficios de los Planes o sobre las reglas administrativas según las cuales funcionan los Planes. La Oficina de Administración del Plan está allí para ayudar a los Miembros del Plan. El Administrador del Plan es:

EMPLOYEE BENEFIT PLAN SERVICES LIMITED

45 McIntosh Drive
Markham, Ontario
L3R 8C7

Llamada gratuita: 1-800-263-3564

Tel.: (905) 946-9700

Fax: (905) 946-2535

Correo electrónico: benefits@carpentersresidential.ca

www.carpentersresidential.ca

