

Prestations E.N.D. 
Carrière — Santé — Sécurité

RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE DU SECTEUR DES E.N.D.

Adresser toute demande d'information à

L'ADMINISTRATEUR
D.A. Townley

**DU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE
DU SECTEUR DES E.N.D.**

4250 Canada Way

Burnaby, British Columbia V5G 4W6

Téléphone (604) 299-7482

Télécopie (604) 299-8136

Appel sans frais 1-800-663-1356

Courriel : health@datownley.com (Réclamations)

Courriel : ndt@datownley.com (Administration)

www.ndtbenefits.org

En vigueur à partir du : 1er février 1977*

*Incluant les modifications en date du : 28 Juillet 2021

AVANT-PROPOS

Il est important pour nous tous d'avoir une protection contre les difficultés financières qui, trop souvent, accompagnent la maladie, l'accident ou le décès.

Conformément à la Convention collective conclue entre la Nondestructive Testing Management Association (NDTMA) et le Conseil du Contrôle de la Qualité du Canada, un régime d'assurance collective (le Régime) a été mis sur pied par le Conseil des Fiduciaires, dont l'administration a été confiée à D.A. Townley.

La Colombie-Britannique et l'Alberta ont voté des lois qui ont des conséquences sur l'utilisation du financement auto-assuré pour fournir des régimes d'assurance. Dans une province comme dans l'autre, la loi autorise le recours au financement auto-assuré, à condition de divulguer par écrit cette information auprès des Membres/Employés couverts.

Les Fiduciaires s'efforcent constamment de procurer aux Membres/Employés des prestations la manière la plus rentable. Pour certaines prestations, telles que les Soins dentaires, l'Indemnité hebdomadaire et certains aspects de l'Assurance-maladie complémentaire, il n'est pas toujours nécessaire de recourir aux services d'une compagnie d'assurance. Par conséquent, certaines prestations proposées par votre Régime/Employeur ne sont pas fournies par une compagnie d'assurance assujettie au Financial Institutions Act (Loi sur les institutions financières) et l'Employeur est exempté des exigences réglementaires stipulées par la Loi.

Vous trouverez dans les pages suivantes, une brève description des prestations fournies par le Régime. Nous sommes convaincus que ce Régime vous apportera, à vous et à votre famille, une tranquillité d'esprit et un sentiment de sécurité accrus.

Ce livret décrit :

- le Régime intégral de Prestations (Page 1)
- le Régime restreint (Pages 2, 50)
- le Régime de Licenciement (Page 5)

Veillez consulter les conditions de couverture de chaque Régime.

POLITIQUE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En tant que Fiduciaires du Régime d'Assurance-maladie du Secteur des E.N.D., nous avons adopté les Principes de Protection des renseignements personnels suivants, qui reflètent notre engagement à préserver la confidentialité des informations personnelles de nos Membres :

- Les renseignements vous concernant ainsi que vos communications avec le Régime demeurent confidentiels.
- Ni l'Administrateur, ni le Régime ne vendront vos renseignements personnels.
- Les renseignements vous concernant seront collectés de façon licite et impartiale.
- Les renseignements vous concernant seront collectés, utilisés ou divulgués uniquement aux fins de vous fournir les prestations et services, tels qu'exposés dans les documents relatifs au Régime.
- Les procédures appropriées seront observées pour veiller à l'exactitude et, le cas échéant, à la mise à jour, des renseignements personnels en notre possession. Si vous jugez que les informations dont dispose le Régime sont inexactes, vous avez le droit de demander la correction de vos renseignements personnels.
- Vous pouvez avoir accès à vos renseignements personnels, sous réserve de rares exceptions et conditions.
- Les renseignements personnels ne sont pas divulgués sans l'autorisation du Membre concerné, sauf dans de rares circonstances permises ou exigées par la loi. Néanmoins, l'Administrateur peut partager des renseignements personnels avec les actuaires, agents, consultants ou fournisseurs de services à des fins de prestation, d'administration, d'arbitrage, d'estimation des coûts et de gestion financière des Régimes des Membres et des programmes de prestations.
- Lorsque nous décidons de faire appel à des tiers pour réaliser certaines tâches, telles qu'une évaluation actuarielle, toutes les précautions raisonnables sont prises pour protéger vos renseignements personnels, eu égard aux pratiques

observées par le fournisseur de services. En retour, nous leur demandons de s'engager à respecter la politique de protection des renseignements personnels du Régime ainsi que la législation en vigueur.

- Pour protéger vos renseignements personnels contre tout accès non autorisé, toute divulgation, copie, utilisation ou modification, tout vol ou toute perte accidentelle, le Régime observera des mécanismes de sécurité adaptés.

– Les Fiduciaires

TABLEAU DES PRESTATIONS

RÉGIME INTÉGRAL

POUR TOUS LES EMPLOYÉS ADMISSIBLES :

Assurance-vie	100 000 \$
Assurance Décès et Mutilation accidentels	Employés : 100 000 \$ Conjoint(e) : 20 000 \$ Enfant à charge : 5 000 \$
Prestation d'Indemnité hebdomadaire	750 \$ par semaine ou montant maximal prévu par l'AE (selon le montant le plus élevé), mais sans excéder 85 % des revenus antérieurs à l'invalidité Les Prestations débutent : le 1 ^{er} jour en cas d'accident, le 4 ^e jour en cas de maladie Durée des Prestations : 52 semaines maximum par invalidité Cette Prestation est imposable.
Invalidité de longue durée	3 500 \$ par mois, mais sans excéder 85 % des revenus antérieurs à l'invalidité Les Prestations débutent : après 52 semaines d'Invalidité totale continue Définition de l'invalidité : 24 mois Emploi actuel Durée maximale : jusqu'à l'âge de 65 ans Cette Prestation n'est pas imposable.

TOUS LES EMPLOYÉS ADMISSIBLES ET LES PERSONNES À LEUR CHARGE :

Assurance-maladie complémentaire	Remboursement : 90 % des dépenses admissibles Honoraires professionnels du pharmacien limités à 8 \$ par ordonnance Montant maximal au cours de la vie : 1 000 000 \$
---	---

Franchise par Année civile
(applicable aux médicaments
uniquement) : 25 \$ par
personne et 50 \$ par famille

**Urgence à l'extérieur
de la Province/du
Canada** Remboursement : 100 %
5 000 000 \$ maximum par
période de couverture
Durée du voyage : 60 jours
Prend fin à l'âge de 75 ans

Programme d'Aide aux Employés

**Aide à la
Réadaptation en
matière de
Toxicomanie** Voir cette Section du livret
pour plus précisions

Soins dentaires Franchise par Année civile :
Néant

**Soins ordinaires et
Soins importants** Remboursement :
100 % des Soins ordinaires
100 % des Soins importants
Montant annuel combiné
maximum : 3 000 \$ par
personne, par année civile

Orthodontie Remboursement :
75 % des soins d'Orthodontie
3 000 \$ par enfant admissible,
tous les 24 mois

RÉGIME RESTREINT

Assurance-vie 100 000 \$

**Assurance Décès
et Mutilation
accidentels** Employés : 100 000 \$
Conjoint(e) : 20 000 \$
Enfant à charge : 5 000 \$

REMARQUE : Toute couverture prend fin automa-
tiquement à l'âge de 65 ans, sauf pour les Employés
qui demeurent professionnellement actifs en vertu
de la Convention collective du Conseil du Contrôle de
la Qualité du Canada (CCQC).

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Admissibilité :

Régime intégral :

Les **Membres** du CCQC bénéficieront de la couverture initiale du **Régime intégral de Prestations** à partir du premier jour du mois suivant le mois durant lequel ils auront travaillé pendant 120 heures, à condition que l'employeur se soit acquitté des cotisations appropriées auprès du Régime.

Exemple : 120 heures travaillées durant le mois d'avril assurent la couverture pour le mois de mai. Pour continuer à être couvert après s'être initialement qualifié, chaque Membre devra travailler au moins 90 heures par mois. Si le Membre concerné a travaillé moins de 90 heures, les prestations dont il pourra bénéficier se limiteront à celles du Régime restreint. En cas d'interruption de la couverture, le Membre devra travailler 120 heures pour pouvoir en bénéficier à nouveau.

En ce qui a trait aux Employés en Période d'essai (Employés ne bénéficiant pas encore de la couverture initiale auprès de la section locale d'un Syndicat affilié au CCQC), ils bénéficieront des prestations du **Régime restreint**. Veuillez vous reporter à la dernière section du présent livret concernant le Régime restreint.

Remarque : Pour pouvoir bénéficier des prestations du Régime intégral, un Membre doit être dûment inscrit auprès d'un des Syndicats affiliés indiqués dans la Convention collective du Conseil du Contrôle de la Qualité du Canada. Une carte d'adhésion doit être remplie et envoyée au bureau de l'Administrateur avant que le paiement d'une quelconque réclamation ne puisse être effectué. Pour apporter des changements relatifs aux personnes à charge ou à un bénéficiaire, une carte d'adhésion révisée doit être remplie. **La carte d'adhésion originale signée doit être envoyée à l'Administrateur – les télécopies ou copies ne sont pas acceptables.**

Personnel de bureau Les Employés à temps plein (30 heures par semaine) seront couverts à partir du premier jour du mois suivant la date où ils sont devenus Employés permanents* à condition que l'intéressé(e) soit effectivement au travail ce jour-là.

*Si la demande de couverture n'est pas faite à la date effective d'admissibilité, ou si elle n'a pas été faite dans les 31 jours suivant cette date, une preuve d'assurabilité sera alors exigée pour toute demande en ce sens. La Compagnie d'Assurance déterminera la

date effective de couverture et, en cas d'approbation, les prestations de Soins dentaires seront limitées, durant les 12 premiers mois, à 250 \$ sans aucune couverture au titre de Soins importants durant cette période.

Employés en Période d'essai Les Employés en Période d'essai travaillant plus de 120 heures ne pourront pas bénéficier des prestations du Régime intégral avant d'avoir rempli les conditions de couverture initiale. En cas de difficulté quelconque concernant la situation d'un(e) « Employé(e) en Période d'essai », veuillez contacter le bureau du CCQC de votre région.

À l'exception des jours fériés et des congés payés, les Employés qui seraient absents au travail le jour où ils deviennent effectivement admissibles bénéficieront de la couverture à partir de la date où ils reprennent leur activité professionnelle à plein temps.

Les Travailleurs temporaires étrangers ne peuvent bénéficier d'aucune prestation en vertu du Régime.

Admissibilité des Personnes à charge

Le Régime fournira des Prestations de Soins dentaires, de Soins de la vue et d'Assurance-maladie complémentaire :

- a) au (à la) conjoint(e)* d'un(e) Employé(e) assuré(e);
- b) à tout enfant non marié d'un(e) Employé(e) assuré(e) jusqu'à l'âge de 21 ans, à condition que cette personne soit principalement à la charge de l'Employé(e) assuré(e) et vive avec lui (elle);
- c) à tout enfant non marié d'un(e) Employé(e) assuré(e) jusqu'à l'âge de 21 ans, à condition que cet enfant fréquente à temps plein une école, un collège ou une université reconnue;
- d) à tout enfant non marié mentalement ou physiquement handicapé d'un(e) Employé(e) assuré(e) jusqu'à n'importe quel âge, à condition que cette personne soit principalement à la charge de l'Employé(e) assuré(e) ou du (de la) conjoint(e) de celui-ci (celle-ci) et vive avec lui (elle).

*Le (la) conjoint(e) légal(e) de l'Employé(e) ou, en son absence, le (la) conjoint(e) de fait de l'Employé(e). Le (la) conjoint(e) de fait est une personne avec laquelle l'Employé(e) vit de façon continue depuis au moins 12 mois et ce mode de vie doit être reconnu en tant que relation conjugale au sein de la communauté où réside le couple. Seule une personne à la fois peut être considérée comme le (la) conjoint(e). Un Formulaire de Déclaration de Conjoint(e) de fait doit

être rempli et envoyé à l'Administrateur du Régime en même temps qu'une Demande d'adhésion au Régime de Prestations et de Carte de désignation des Bénéficiaires.

« Enfants » fait référence aux enfants biologiques, adoptés, placés en famille d'accueil, du (de la) conjoint(e) à la charge l'Employé(e) et vivant avec lui (elle).

« Employé(e) » fait référence à une personne répondant aux critères d'admissibilité du Régime.

Au moment de remplir les formulaires de demande de couverture, veuillez inclure toutes les personnes à charge à assurer. Vous devez être en mesure de prouver que les individus désignés comme personnes à charge dépendent effectivement de vous.

Pour ajouter, supprimer ou modifier les personnes à charge assurées, adressez une Demande d'Adhésion et de carte de Désignation des Bénéficiaires à l'Administrateur ou au Bureau du Syndicat, et envoyez-la au Bureau de l'Administrateur.

Résiliation de l'Assurance des Personnes à charge

La couverture des Personnes à charge prend fin à la même date que celle de l'Employé(e). En cas de décès, l'Assurance-maladie complémentaire et les Soins dentaires pourront être prolongés pendant 12 mois.

Assurance-maladie complémentaire en cas de Cessation d'emploi/Licenciement

Tout Membre du CCQC ayant occupé un emploi chez un Employeur signataire qui a souscrit au Régime intégral bénéficiera, au moment de son licenciement, d'un mois de couverture pour chaque période de cotisation au Régime correspondant à 350 heures travaillées, jusqu'à un maximum de 6 mois, à condition que le Membre soit disponible pour travailler dans le cadre de la Convention collective du CCQC. Le Régime de Licenciement n'inclura pas d'Indemnité hebdomadaire. Si un Membre travaille pour un Employeur non signataire alors qu'il bénéficie de la couverture précitée, il aura l'obligation de rembourser au Régime les primes d'assurance liées à sa couverture de Licenciement avant de pouvoir être nouvellement recruté par un Employeur signataire.

« Mois gratuit » – La couverture de l'Employé(e) (à l'exception de l'Indemnité hebdomadaire et de l'invalidité de longue durée) sera prolongée jusqu'au dernier jour du mois suivant le mois durant lequel les prestations du Régime intégral ou du Régime de

Licenciement prennent fin (à la suite d'un licenciement, d'une démission ou d'un congé). Voir également Régime restreint.

Absence pour motif d'invalidité

- Si un(e) Employé(e) a droit à l'Indemnité hebdomadaire à la date d'échéance de la prime d'assurance, l'Employeur continuera à effectuer les paiements correspondants pour l'ensemble des prestations tant que l'Employé(e) continuera à toucher des prestations.
- Si un(e) Employé(e) a droit à des prestations en vertu d'une Loi sur les accidents du travail ou d'une législation similaire, il (elle) ne pourra pas bénéficier de l'Indemnité hebdomadaire. Comme indiqué dans le paragraphe précédent, toutes les autres prestations seront maintenues durant une période maximum de 52 semaines.

Lorsqu'un Membre du CCQC est sans emploi

Paie par l'utilisateur : Le Régime prévoit une période de 6 mois* durant laquelle la prime est payée par l'utilisateur pour les Membres du CCQC qui sont en règle (pour toutes les prestations à l'exception de l'Indemnité hebdomadaire et l'Invalidité de longue durée); cette période débute le premier jour du mois coïncidant avec ou faisant suite à :

- la cessation de la couverture complémentaire autorisée après que la couverture fournie par l'employeur ait pris fin, comme indiqué ci-dessus.
- l'expiration de l'Indemnité hebdomadaire d'un Membre du CCQC.
- le moment où l'Indemnité hebdomadaire serait arrivée à expiration si le Membre du CCQC n'avait pas bénéficié de prestations en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une législation similaire.

*Pour les Membres du CCQC atteints d'Invalidité totale, cette période de paiement par l'utilisateur sera prolongée, selon l'éventualité survenant le plus tôt (i) jusqu'au moment où le Membre du CCQC cessera d'être totalement handicapé ou (ii) jusqu'à la date à laquelle le Membre du CCQC atteindra l'âge de 65 ans.

SUR DEMANDE, UN AVIS DE PAIEMENT PAR L'UTILISATEUR SERA ENVOYÉ PAR COURRIER POSTAL À L'ADRESSE FIGURANT AU DOSSIER. SI UN VERSEMENT EST EFFECTUÉ, DES AVIS CONSÉCUTIFS SERONT ENVOYÉS TOUS LES MOIS.

LE VERSEMENT DOIT ÊTRE FAIT LE 15 DU MOIS.

Réintégration

Si un Membre du CCQC reprend son activité professionnelle et travaille 90 heures (chez un ancien employeur ou un nouvel employeur) avant que sa couverture (complémentaire ou financée par l'utilisateur) ne prenne fin, on considèrera que celle-ci a été continuée.

Si un Membre du CCQC faisait une réclamation avant qu'une cotisation par l'utilisateur n'ait été reçue, cette réclamation sera considérée comme admissible à condition que ladite cotisation ait été reçue durant la période définie.

DESCRIPTION DES PRESTATIONS

ASSURANCE-VIE

Uniquement pour les Employés

Chaque Employé(e) admissible est couvert(e) par une Assurance-vie, tel qu'indiqué à la page 1.

Le montant de cette assurance est payable au bénéficiaire que vous avez désigné, au cas où votre décès surviendrait, pour une cause quelconque, alors que vous êtes couvert(e) par la police d'assurance collective.

Si vous ne désignez aucun bénéficiaire, le montant de l'assurance sera versé à votre succession.

Transformation de l'Assurance-vie à la cessation de la couverture

L'Employé(e) a le droit d'obtenir une police d'assurance-vie individuelle sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité si une partie ou l'intégralité de son assurance-vie prend fin le jour de son 65^e anniversaire ou avant, et que l'Employé(e) en fait la demande par écrit et paie la première prime dans les 31 jours suivant la résiliation de l'assurance. Ce droit de transformation n'est pas proposé si l'assurance est résiliée en raison de l'âge.

La police individuelle est l'une des options de transformation de l'Assurance-vie proposée par la compagnie d'assurance.

Une seule police ainsi transformée peut être en vigueur à un moment donné durant la vie de l'Employé(e).

Si le décès survient durant la période de 31 jours, l'Assurance-vie sera versée, indépendamment du fait qu'une demande de police individuelle ait été faite ou non.

En cas d'Invalidité totale

Sous réserve de fournir une preuve satisfaisante de son Invalidité totale dans les 12 mois suivant la date à laquelle elle est survenue, l'Employé(e) devenu(e) totalement invalide et qui continue à l'être pendant 6 mois à la suite d'un accident, d'une blessure ou d'une maladie pourra bénéficier, sur demande écrite, du montant total de l'Assurance-vie qui restera en vigueur tant que l'intéressé(e) demeurera en état d'Invalidité totale, sous réserve de résiliation à l'âge de 65 ans. Une preuve d'Invalidité totale sera exigée de temps à autre.

Prestation d'Aide à la vie quotidienne

La Prestation d'Aide à la vie quotidienne est proposée sous la forme d'un versement anticipé d'une partie de l'Assurance-vie de base pour permettre de payer les soins médicaux ou les dépenses liées à la santé et au bien-être d'un(e) Employé(e) en phase terminale. Veuillez contacter l'Administrateur.

PRESTATION POUR DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Pour les Employés et les Personnes à leur charge

Le Régime d'Assurance de base pour Décès et Mutilation accidentels vous couvre 24 heures sur 24, partout dans le monde, pour les pertes accidentelles spécifiées survenant pendant ou en dehors du travail. Si vous subissez l'une des pertes énumérées ci-dessous dans le Tableau des Pertes à la suite d'une blessure accidentelle qui résulte directement et indépendamment de toute autre cause et que la perte survient dans les 365 jours suivant la date de l'accident, les prestations indiquées ci-dessous seront payées.

Qui est couvert?	Montant de la couverture
Tous les Employés admissibles âgés de moins de 80 ans	100 000 \$
Tous les conjoints âgés de moins de 70 ans	20 000 \$
Tous les Enfants à charge admissibles	5 000 \$

Tableau des Pertes

Perte de la Vie	Capital assuré
Perte des Deux Mains	Capital assuré
Perte des Deux Pieds	Capital assuré
Perte complète de la Vue des Deux Yeux	Capital assuré

Perte d'Une Main et d'Un Pied	Capital assuré
Perte d'Une main et	
Perte complète de la Vue d'Un Œil	Capital assuré
Perte d'Un Pied et	
Perte complète de la Vue d'Un Œil	Capital assuré
Perte d'Un Bras	Quatre cinquièmes du Capital assuré
Perte d'Une Jambe	Quatre cinquièmes du Capital assuré
Perte d'Une main	Trois quarts du Capital assuré
Perte d'Un Pied.....	Trois quarts du Capital assuré
Perte complète de la Vue	
d'Un Œil	Trois quarts du Capital assuré
Perte du Pouce et de l'Index	
de la même Main	Un tiers du Capital assuré
Perte de la Parole ou de l'Ouïe	Trois quarts du Capital assuré
Perte de la Parole et de l'Ouïe	Capital assuré
Perte de l'Ouïe d'Une Oreille	Deux tiers du Capital assuré
Quadriplégie (paralysie totale des deux	
membres supérieurs et inférieurs) ...	Deux fois le Capital assuré
Paraplégie (paralysie totale des	
deux membres inférieurs)	Deux fois le Capital assuré
Hémiplégie (paralysie totale des	
membres supérieurs et inférieurs	
d'un côté du corps).....	Deux fois le Capital assuré
Perte de l'Usage des Deux Bras	
ou des Deux Mains	Deux fois le Capital assuré
Perte de l'Usage d'Une main	
ou d'Un Pied.....	Trois quarts du Capital assuré
Perte de l'Usage d'Un Bras	
ou d'Une Jambe	Quatre cinquièmes du Capital assuré
Perte de Quatre Doigts d'Une Main ...	Un quart du Capital assuré
Perte de Tous les Orteils	
d'Un Pied	Un quart du Capital assuré

Le terme « Perte » utilisé ci-dessus en référence à la quadriplégie, la paraplégie et l'hémiplégie désigne la paralysie complète et irréversible des membres; utilisé ci-dessus en référence à la main ou au pied, il désigne le sectionnement complet ou au-dessus du poignet ou de la cheville, mais au-dessous du coude ou du genou; utilisé en référence à un bras ou une jambe, il désigne le sectionnement complet ou au-dessus de l'articulation du coude ou du genou; utilisé en référence au pouce et à l'index, il désigne le sectionnement complet ou au-dessus de la première phalange; utilisé en référence aux doigts, il désigne le sectionnement complet ou au-dessus de la première phalange des quatre doigts d'une main; utilisé en référence aux orteils, il désigne le sectionnement complet des deux phalanges de tous les orteils d'un pied et utilisé en référence à l'œil, il désigne la perte irrémédiable de la vue de telle sorte que l'acuité visuelle corrigée de cet œil est de 20/200 ou moins.

Le terme « Perte » utilisé ci-dessus en référence à la parole désigne la perte complète et irrémédiable de la capacité à articuler des sons intelligibles.

L'expression « Perte complète de la Vue des Deux Yeux » désigne la Perte totale et irrémédiable de la vue de telle sorte que l'acuité visuelle corrigée des deux yeux est de 20/200 ou moins et que leur champ de vision est inférieur à vingt (20) degrés. Le diagnostic clinique doit être confirmé par écrit par un Médecin spécialisé en Ophtalmologie. L'expression « Perte de l'Ouïe d'Une (1) Oreille » désigne la Perte permanente de l'Ouïe d'Une (1) Oreille avec un seuil d'audition de plus de quatre-vingt-dix (90) décibels. Le diagnostic clinique doit être confirmé par écrit par un Médecin spécialisé en Otorhinolaryngologie. L'expression « Perte de l'Ouïe » désigne un diagnostic de Perte permanente de l'Ouïe des Deux Oreilles, avec un seuil d'audition de plus de quatre-vingt-dix (90) décibels par oreille. Le diagnostic clinique doit être confirmé par écrit par un Médecin spécialisé en Otorhinolaryngologie.

Le terme « Perte » utilisé ci-dessus en référence à la « Perte de l'Usage » désigne la perte totale et irrémédiable de l'usage, à condition que celle-ci soit continue pendant 12 mois consécutifs et qu'il soit déterminé qu'elle est permanente.

Toutes les réclamations présentées en vertu de cette police pour Perte de l'Usage doivent être vérifiées d'un commun accord entre un médecin autorisé à pratiquer désigné par l'Administrateur du « Régime » et un médecin autorisé à exercer désigné par Blue Cross Life (« la Compagnie »); ou, dans le cas où les deux médecins ainsi nommés ne parviendraient pas à un accord, un troisième médecin praticien autorisé doit être choisi par les deux premiers médecins et la décision majoritaire aura force contraignante pour le Régime et la Compagnie. La Compagnie peut déroger à cette procédure à sa seule discrétion.

Disparition

Si le corps d'un Membre assuré n'a pas été retrouvé un an après la disparition, l'atterrissage forcé, l'échouement, le naufrage ou la destruction d'un moyen de transport dans lequel cette personne était un occupant, alors il sera considéré, sous réserve de toutes les autres modalités et clauses de la police, que ce Membre assuré a perdu la vie au sens de la police.

Désignation des bénéficiaires

En cas d'une Perte accidentelle de la Vie, les prestations sont payables comme indiqué par écrit par le Membre assuré en vertu de la police d'Assurance-vie collective de base du Régime en vigueur. En l'absence d'indication dans ce sens, les prestations seront versées à la Succession du Membre assuré.

Toutes les autres prestations seront payables au Membre assuré.

Prestation de rapatriement de la dépouille

Lorsque des Blessures couvertes par la présente police entraînent la Perte de la Vie d'un Membre à plus de 50 kilomètres hors de sa ville de résidence permanente et dans les 365 jours suivant la date de l'accident, la Compagnie paiera les frais réels encourus pour la préparation du défunt en vue de l'enterrement et de l'expédition du corps à la ville de résidence de la personne décédée, mais sans dépasser le montant de 15 000 \$.

Prestation de réadaptation

Si un Membre assuré subit une Blessure donnant lieu à un versement de la part de la Compagnie en vertu de la section sur l'Indemnité pour Décès et Mutilation accidentels de la présente police, la Compagnie paiera en plus :

Les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés, dans la limite de 15 000 \$, pour que le Membre assuré suive une formation spéciale, à condition que :

- a) cette formation soit nécessaire en raison de ces Blessures et afin que le Membre assuré acquière des qualifications lui permettant d'exercer une profession qu'il n'aurait pas exercée autrement, si ce n'était en raison desdites Blessures,
- b) les frais soient encourus dans les 3 ans à compter de la date de l'accident,
- c) aucun paiement ne soit versé au titre des frais de la vie quotidienne, de voyage ou d'habillement.

Transport de la famille

Lorsque les Blessures couvertes par la police entraînent l'internement d'un Membre assuré dans un hôpital à 100 kilomètres de sa ville de résidence permanente, dans les 365 jours suivant l'accident et que le médecin traitant recommande la présence à ses côtés d'un membre de la famille proche, la Compagnie payera les dépenses réelles encourues par

le membre de la famille proche pour qu'il se rende par la voie la plus directe en utilisant un transporteur public autorisé auprès du Membre assuré interné, sans dépasser le montant de 15 000 \$.

Droit de transformation

À la date de la cessation de la couverture ou au cours de la période de 90 jours suivant la cessation de la couverture, vous pouvez changer votre assurance pour une police d'assurance individuelle de la Blue Cross Life. La police individuelle entrera en vigueur soit à compter de la date à laquelle la demande est reçue par la Compagnie d'assurance, soit à la date à laquelle la couverture en vertu de la police prend fin, selon l'éventualité survenant le plus tard. Le montant de la prime sera identique au montant que vous auriez normalement payé si vous aviez fait une demande de police individuelle à ce moment. La demande de police individuelle peut être faite auprès de n'importe quel bureau de la Blue Cross Life. Le montant des prestations d'assurance transformée ne doit pas dépasser le montant émis en vertu de ce Régime.

Maintien de la couverture

Dans le cas de Membres qui sont (1) mis à pied de façon temporaire, (2) temporairement absents du travail pour cause d'invalidité de courte durée, (3) en congé, ou (4) en congé de maternité, la couverture sera prolongée pour une période de 12 mois, sous réserve du paiement de la prime. Si un Membre remplit d'autres tâches professionnelles pendant le congé ou la période de mise à pied, aucune prestation ne sera payable pour une perte survenant pendant l'exécution de ces tâches.

Exonération de prime

Au cas où un Membre assuré est atteint d'Invalidité totale et permanente, et que sa demande d'exonération de prime est acceptée et approuvée en vertu de la police d'Assurance-vie collective en vigueur du Régime, alors les primes payables en vertu de cette police sont suspendues à partir de la date à laquelle la réclamation est acceptée et approuvée par le Souscripteur du Régime d'Assurance-vie collective jusqu'à ce que l'une des dates suivantes soit échue, selon l'éventualité survenant en premier :

- a) date à laquelle le Membre assuré atteint l'âge de 65 ans.
- b) date du décès ou de la guérison du Membre assuré.
- c) date à laquelle le Membre assuré n'est plus admissible pour être exonéré du versement des primes en raison de son Invalidité totale en vertu de la

police collective d'Assurance-vie du Titulaire de la police; et

d) date à laquelle la Police-cadre prend fin.

Avenant relatif à la ceinture de sécurité

Les prestations en vertu de la police seront majorées de 10 % si les Blessures ou le décès du Membre assuré sont survenus alors que celui-ci était passager ou conducteur d'un véhicule automobile particulier et que sa ceinture de sécurité était correctement attachée. La vérification de l'utilisation réelle de la ceinture de sécurité doit faire partie du rapport officiel de l'accident ou être certifiée par le policier chargé de l'enquête.

Altération du domicile et modification du véhicule

Si un Membre assuré reçoit un paiement en vertu du Tableau des Pertes et doit par la suite (en raison du motif pour lequel le paiement en vertu du Tableau des Pertes a été effectué) utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, alors cette prestation couvrira, sur présentation d'une preuve de paiement :

- a) le coût ponctuel des modifications à la résidence du Membre assuré afin de la rendre habitable et accessible aux fauteuils roulants; et
- b) le montant le moins élevé des coûts suivants :
 - i) coût ponctuel des altérations nécessaires au véhicule automobile appartenant au Membre assuré afin de le rendre accessible ou utilisable par l'intéressé(e); et
 - ii) coût ponctuel d'achat d'un véhicule spécialement modifié pour être utilisable avec un fauteuil roulant, avec l'approbation préalable de la Compagnie.

Le montant maximum payable en vertu des articles a) et b) combinés ne dépassera pas 15 000 \$.

Le paiement des prestations contenues dans les présentes ne sera pas effectué, sauf si :

- a) les modifications du domicile sont faites au nom du Membre assuré et sont réalisées par une personne expérimentée en la matière et recommandée par un organisme reconnu, offrant aide et assistance aux personnes en fauteuil roulant; et
- b) les modifications des véhicules sont faites au nom du Membre assuré et sont réalisées par une personne expérimentée en la matière et les modifications sont approuvées par les Autorités provinciales d'immatriculation des véhicules.

Prestation éducative pour les Enfants à charge

Si un Membre assuré subit une Blessure entraînant la Perte de la Vie pour laquelle la Compagnie a payé la prestation indiquée dans le Tableau des Pertes, la Compagnie remboursera les frais de scolarité annuels, à l'exclusion du logement et des repas, facturés pour l'année scolaire par un Établissement d'Enseignement supérieur pour chaque Enfant à charge de ce Membre assuré, à concurrence des montants suivants :

- a) 10 000 \$ par année scolaire; ou
- b) 5 % du Capital assuré du Membre assuré.

Cette prestation est payable annuellement jusqu'à un maximum de quatre paiements consécutifs par Enfant à charge :

- c) uniquement pour l'Enfant à charge qui, au moment de la Perte de la Vie du Membre assuré, est inscrit à plein temps dans un Établissement d'Enseignement supérieur au-delà de la classe de 12^e; et
- d) uniquement pendant que l'Enfant à charge continue à étudier dans un Établissement d'Enseignement supérieur.

La Compagnie remboursera la personne qui a effectivement assumé les dépenses de frais de scolarité.

Prestation éducative pour le Conjoint

Si un Membre assuré subit une Blessure entraînant une Perte de la Vie pour laquelle la Compagnie a payé la prestation indiquée dans le Tableau des Pertes, la Compagnie paiera les frais effectivement engagés par le (la) Conjoint(e) du Membre assuré pour suivre un programme de formation à une profession ou un métier auquel il (elle) s'est inscrit(e) afin de pouvoir assurer ses besoins et sa subsistance de façon autonome, à condition que ces frais aient été engagés au plus tard dans les 30 jours suivant la Perte de la Vie du Membre assuré.

Le montant maximal payable pour cette prestation est de 15 000 \$ par Membre assuré.

Le terme « **Enfant à charge** » désigne ici tout enfant non marié de moins de 26 ans dépendant du Membre assuré pour au moins 50 % de sa subsistance et ses besoins.

L'expression « **Établissement d'Enseignement supérieur** », telle qu'utilisée dans les présentes, inclut, sans toutefois s'y limiter, les collèges postsecondaires ou écoles de métiers privés ainsi que tout Collège d'enseignement général et professionnel (CÉGEP)/College of General and Vocational Education.

Prestation de garderie

Si un Membre assuré subit une Blessure entraînant une Perte de la Vie pour laquelle la Compagnie a payé la prestation indiquée dans le Tableau des Pertes, la Compagnie versera au tuteur légal de tout Enfant à charge survivant du Membre assuré une somme égale au montant le moins élevé de ce qui suit :

- a) coût annuel effectivement facturé par un centre de garderie commercial et autorisé;
- b) 5 % du Capital assuré du Membre assuré; ou
- c) 5 000 \$ par an.

Cette prestation est payable annuellement jusqu'à un maximum de quatre paiements consécutifs par Enfant à charge :

- a) et concerne uniquement l'Enfant à charge qui, à la date de la Perte de la Vie du Membre assuré, est âgé de moins de 13 ans;
- b) à condition que cet Enfant à charge ait été inscrit dans un centre de garderie commercial et autorisé au plus tard 90 jours après la Perte de la Vie du Membre assuré; et
- c) à condition que l'Enfant à charge continue à être inscrit dans un centre de garderie commercial et autorisé

Prestation d'hospitalisation

Si un Membre assuré subit une blessure entraînant une Perte (autre que la Perte de la Vie) pour laquelle la Compagnie a payé la prestation indiquée dans le Tableau des Pertes et qu'en raison de cette Perte le Membre assuré est, conformément aux instructions d'un Médecin, interné dans un Hôpital pour un séjour de plus de 5 nuits consécutives, la Compagnie paiera :

- a) pour une période d'internement en Hôpital de plus de 30 nuits consécutives, 1 % du Capital assuré du Membre assuré; ou
- b) pour une période d'internement en Hôpital de 30 nuits consécutives ou moins, un trentième (1/30) du montant déterminé pour chaque nuit passée à l'Hôpital.

Cette prestation, qui est rétroactive à la première nuit d'internement passée à l'Hôpital, sera versée mensuellement par la Compagnie.

Le montant maximal de cette prestation payable pour toutes les Blessures résultant d'un accident par assuré est de 2 500 \$ par mois.

Il n'y a pas de prestations payables pour un internement de plus de 12 mois au total lié à un accident ayant entraîné des Blessures.

Aux fins du calcul de cette prestation, les internements successifs en Hôpital pour des Blessures résultant du même accident sont considérés comme une seule et même période d'internement s'ils sont séparés par des intervalles de moins de 3 mois.

Le terme « **Hôpital** » est défini comme un établissement remplissant toutes les exigences suivantes :

- (1) autorisé en tant qu'hôpital (si une telle autorisation est nécessaire dans la province);
- (2) fonctionnant principalement pour l'accueil, les soins et le traitement des personnes malades ou blessées en tant que patients hospitalisés;
- (3) fournissant des soins infirmiers de jour 24 heures sur 24 dispensés par des infirmiers autorisés ou diplômés;
- (4) disposant d'un personnel composé d'un ou de plusieurs de médecins autorisés disponibles à tout moment;
- (5) disposant d'installations organisées pour établir des diagnostics et d'infrastructures médicales chirurgicales majeures; et
- (6) ne constituant pas principalement une clinique, un centre d'hébergement et de soins de longue durée, une maison de repos ou de convalescence ou un établissement semblable et n'étant pas, sauf incidemment, un endroit pour les alcooliques ou les toxicomanes.

Indemnité d'Invalidité totale permanente

Si un Membre assuré subit une Blessure entraînant une Invalidité totale et permanente, la Compagnie paiera le montant équivalant à 100 % du Capital assuré pour le Membre assuré moins tout montant prévu dans le Tableau des Pertes ayant été versé ou payable par la Compagnie au titre des Pertes subies par le Membre assuré.

EXCLUSIONS

Aucune couverture ne sera fournie en vertu du présent contrat et aucun paiement ne sera effectué pour une Perte ou une réclamation quelconque résultant, partiellement ou totalement, ou contribuant à, ou constituant une conséquence naturelle et probable de n'importe lequel des risques exclus suivants, même si

la cause directe ou immédiate de la Perte ou de la réclamation est une Blessure accidentelle :

- a) suicide ou tentative de suicide de la part du Membre assuré alors qu'il est sain d'esprit;
- b) Blessure auto-infligée ou toute tentative dans ce sens par le Membre assuré, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- c) guerre déclarée ou non, ou tout acte d'hostilité en découlant; ou
- d) affection, maladie ou handicap physique, que la Perte ou la réclamation résulte directement ou indirectement de l'une quelconque de ces causes;
- e) incapacité mentale, que la Perte ou la réclamation résulte directement ou indirectement d'une incapacité mentale quelconque;
- f) Blessure subie alors que le Membre assuré est soumis à un traitement médical ou chirurgical pour soigner une affection, une maladie ou un handicap physique ou mental;
- g) attaque ou accident ou incident vasculaire cérébral ou accident ou incident cardiovasculaire, infarctus du myocarde ou crise cardiaque, thrombose coronaire, anévrisme;
- h) voyage ou vol (ce qui inclut l'entrée et la sortie, l'embarquement et le débarquement) à bord de tout véhicule utilisé pour la navigation aérienne, si le Membre assuré :
 - i) utilise en tant que passager un aéronef quelconque non destiné ou autorisé au transport de passagers; ou
 - ii) exécute, apprend à exécuter ou enseigne à d'autres personnes la fonction de pilote ou de membre d'équipage sur un aéronef quelconque; ou
 - iii) utilise en tant que passager un Aéronef loué par le Titulaire de la police ou lui appartenant et exploité par celui-ci.
- i) infections de toute nature, sans égard à la manière dont elles ont été contractées, à l'exception des infections bactériennes directement causées par le botulisme, l'intoxication par des ptomaïnes ou une coupure ou lésion accidentelle, indépendamment et en l'absence de toute affection, maladie ou problème de santé sous-jacent, ce qui inclut, sans toutefois s'y limiter, le diabète;
- j) Blessure ou Perte subie alors que le Membre assuré sert à plein temps au sein des forces armées ou

du corps de réserve organisé d'un pays ou d'un organisme international. (sur demande du Titulaire de la police à la Compagnie, les primes non travaillées durant la période où le Membre assuré a servi à temps plein seront remboursées);

- k) Blessure ou Perte subie alors que le Membre assuré est sous l'emprise de l'alcool et conduit un quelconque véhicule ou moyen de transport ou de déplacement et que son taux d'alcool dans le sang dépasse (80) milligrammes pour cent (100) millilitres de sang;
- l) Blessure ou Perte subie alors que le Membre assuré est sous l'emprise d'une drogue ou substance contrôlée comme le stipule la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (Canada), à moins qu'il ne l'ait prise sur le conseil et dans le strict respect des instructions d'un Médecin dûment autorisé.
- m) commission ou tentative de commission par un Membre assuré ou Blessure survenue alors qu'un Membre assuré était en train de commettre ou de tenter de commettre tout acte qui, s'il était jugé par un tribunal, serait considéré comme criminel en vertu des lois de la juridiction où l'acte a été commis; et
- n) commission ou exécution d'un acte, d'une tentative d'acte ou d'une omission par le Membre assuré, ou commission ou exécution d'un acte, d'une tentative d'acte ou d'une omission avec le consentement du Membre assuré dans le but d'interrompre la circulation du sang vers le cerveau du Membre assuré ou de provoquer son asphyxie, avec ou sans l'intention de lui causer préjudice; ou
- o) causes naturelles.

PRESTATION D'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE

Uniquement pour les Employés

Les prestations d'Indemnité hebdomadaire seront payées à chaque Employé(e) admissible qui est invalide et incapable de travailler en raison d'un accident ou d'une maladie non professionnels. Pour avoir le droit de faire une demande d'Indemnité hebdomadaire, l'Employé(e) doit avoir été couvert(e) par le Régime intégral d'Assurance (payé par son Employeur) durant 3 mois consécutifs immédiatement antérieurs à la date à laquelle il (elle) est devenu(e) invalide ou avoir à son actif 1000 heures cotisées dans les 12 derniers mois immédiatement antérieurs à la date à laquelle il (elle) est devenu(e)

invalide. Cela est applicable aux demandes d'Indemnité hebdomadaire soumises le 1^{er} juillet 2018 ou après. Le paiement des Prestations débute le 1^{er} jour où survient l'accident non professionnel et le 4^e jour où se déclare la maladie non professionnelle.

Remarque : Les Prestations ne débiteront pas avant que vous n'ayez consulté un médecin et été traité par lui.

Chaque Employé(e) admissible peut recevoir l'Indemnité hebdomadaire, comme indiqué à la page 1 et bénéficier de cette prestation pendant 52 semaines au maximum.

Sur demande, l'impôt sur le revenu sera déduit des prestations de perte de salaire conformément aux exigences administratives de l'Agence du revenu du Canada (ARC) aux fins des retenues de l'impôt à la source.

Comment faire une demande d'Indemnité hebdomadaire :

Suivez les étapes suivantes dès que possible après être devenu(e) invalide :

- a) Contactez votre médecin dès que vous devenez invalide. Vous devez être examiné(e) et traité(e) pendant que vous êtes invalide.
- b) Remplissez le recto du formulaire de demande.
- c) Le médecin traitant doit remplir la Déclaration du Médecin au verso de ce même formulaire. S'il y a un coût pour remplir ce formulaire, celui-ci incombe à la personne faisant la réclamation.
- d) Les réclamations au titre d'une invalidité doivent être soumises au plus tard 30 jours après le début de votre Invalidité totale, à moins que des circonstances particulières ne vous en empêchent.

Un(e) Employé(e) faisant une réclamation au titre d'un accident non professionnel peut commencer à recevoir des prestations à partir du 1^{er} jour de l'accident et durant son rétablissement ou durant le nombre maximum de semaines de la réclamation, selon l'éventualité survenant en premier.

Est-il nécessaire de consulter un médecin en personne avant de faire une demande d'Indemnité hebdomadaire?

Oui. Le rapport médical est exigé pour prendre acte de votre incapacité à travailler et vous devrez être régulièrement suivi par un médecin pendant la durée de la réclamation.

Les frais de formulaire de 25 \$ pour la demande initiale d'Indemnité hebdomadaire sont payables par le Régime.

D'autres rapports médicaux seront-ils exigés?

Oui, en fonction de la nature de la maladie et un examen médical indépendant pourrait en outre être exigé.

Veillez noter : Pour reprendre votre travail, votre employeur pourrait exiger que vous produisiez une autorisation écrite de votre médecin.

En cas de récurrence de la même invalidité, plus de deux semaines continues d'emploi avéré doivent s'être écoulées depuis l'apparition initiale de l'invalidité, pour que cette récurrence soit considérée comme une nouvelle période d'invalidité. Si l'invalidité survient pour une raison différente ou sans lien avec la précédente, elle sera considérée comme une nouvelle invalidité, à condition qu'elle ait débuté après que l'Employé(e) ait repris son travail.

Responsabilité civile

Lorsque la loi le permet, le Fonds et l'Assureur seront subrogés à tous vos droits de recouvrement pour perte de revenu, à concurrence du montant des prestations payées ou payables par le Fonds ou l'Assureur. Cela signifie que si, en vertu du présent Régime, vous recevez des versements de prestations au titre d'une perte de revenu pour laquelle il pourrait y avoir une cause juridiquement contraignante à l'encontre d'un tiers, vous devrez remplir un Contrat de Prêt. Ce faisant, le Régime aura droit à être remboursé pour toutes prestations versées ayant fait l'objet d'un recouvrement auprès d'un tiers.

Droit de recouvrement

Si un(e) Employé(e) est atteint(e) d'Invalidité totale à la suite d'une blessure ou d'une maladie :

- a) dont un tiers pourrait, directement ou indirectement, en partie ou en totalité, être responsable vis-à-vis de l'Employé(e); ou
- b) pour laquelle l'Employé(e) peut faire réclamer des prestations en vertu d'une loi sur les accidents du travail;

le Régime ne versera pas de prestations à l'Employé(e).

Si l'Employé(e) apporte au Régime la preuve qu'il n'y a pas de tiers responsable, en partie ou en totalité, ou la preuve que la réclamation qu'il (elle) a faite en vertu d'une loi sur les accidents du travail a été rejetée, le Régime exigera que l'Employé(e) signe un

Contrat de Prêt pour pouvoir bénéficier des prestations du Régime. Si cette réclamation fait par la suite l'objet d'une réparation financière payée à l'Employé(e) par un tiers ou si la commission des accidents du travail revient sur sa décision, l'Employé(e) devra rembourser au Régime les montants payés dans le cadre de cette réclamation.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Aucune prestation ne sera versée pour les périodes d'invalidité :

- résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, étant donné que ceux-ci sont couverts par la Loi sur les accidents du travail ou une législation similaire;
- résultant de la commission ou la tentative de commettre une agression ou un acte criminel;
- résultant de blessures ou maladies auto-infligées;
- en cas d'insurrection ou de guerre, déclarée ou non déclarée, avec ou sans participation avérée à celle-ci;
- en cas de participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- résultant d'une maladie liée à une grossesse durant la période pendant laquelle la personne (a) a droit aux prestations de l'AE ou (b) a droit à un congé de maternité en vertu d'un règlement provincial ou fédéral, ou à une quelconque période de congé plus longue accordée par l'employeur de cette personne par le biais d'un contrat ou d'un accord, verbal ou écrit, ou alors que cette personne n'a pas droit à un congé de maternité.
- lorsque le Membre touche un revenu d'autres sources telles que l'Assurance-Emploi ou toute autre prestation émise par le gouvernement qui est une source de revenu;
- si vous devenez invalide pendant une grève ou un lockout (grève patronale) sur votre lieu de travail; cependant, votre droit aux prestations sera rétabli à la fin de la grève ou du lockout;
- résultant d'un accident automobile.

RÉSILIATION DES PRESTATIONS

Le versement de vos prestations cessera à la première date à laquelle l'une ou plusieurs des éventualités suivantes se produisent :

- vous n'êtes plus invalide;

- la date à laquelle vous cessez de recevoir des traitements ou des soins médicaux continus de la part de votre Médecin;
- la date à laquelle vous omettez de soumettre une preuve satisfaisante de la persistance de votre invalidité, comme exigé par le Régime;
- la date à laquelle vous refusez de vous soumettre à un examen médical réalisé par un Médecin choisi par le Régime;
- la date à laquelle vous cessez de suivre le traitement recommandé pour votre invalidité;
- la date à laquelle vous exécutez un quelconque travail contre rémunération ou bénéfique;
- la date à laquelle la période de prestation maximum indiquée dans le Tableau des Prestations prend fin;
- vous prenez votre retraite; ou
- vous décédez.

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Uniquement pour les Employés

Chaque Employé(e) admissible est assuré(e) contre l'Invalidité de longue durée comme indiqué à la page 1.

Durant la période d'évaluation initiale

Durant la période d'évaluation initiale, qui est constituée de la période d'Attente plus les 24 mois suivants d'invalidité, une personne est considérée comme invalide si :

1. la maladie ou la blessure empêche l'Employé(e) d'effectuer les tâches essentielles liées à son occupation professionnelle habituelle; et
2. à l'exception d'un quelconque emploi dans le cadre d'un plan de réadaptation approuvé, l'Employé(e) ne travaille à aucune occupation professionnelle lui procurant un revenu égal ou supérieur à la prestation de revenu offerte par son Régime.

Après la période d'évaluation initiale

Après la période d'évaluation initiale, l'Employé(e) est considéré invalide s'il est dans l'incapacité d'occuper un emploi rémunérateur en raison d'une maladie ou d'une Blessure.

Un emploi rémunérateur fait référence à un travail :

1. qu'une personne est capable de réaliser d'un point de vue médical;

2. pour lequel cette personne possède au moins les qualifications minimales;
3. qui procure à cette personne au moins 75 % de son revenu mensuel; et
4. qui existe dans la province ou le territoire où cette personne travaillait lorsqu'elle est devenue invalide ou dans lequel elle réside actuellement.

La disponibilité de l'emploi n'est pas prise en considération lors de l'évaluation de l'invalidité.

Perte de permis

La Perte de tout permis requis pour travailler n'est pas prise en considération lors de l'évaluation de l'invalidité.

Période d'invalidité

La période d'invalidité est constituée de la période d'Attente plus la période de prestation.

Période d'Attente

L'Employé(e) doit être atteint(e) d'une Invalidité totale pendant une période de 52 semaines ou pendant la durée de la prestation d'Indemnité hebdomadaire, selon l'éventualité la plus longue.

Si l'Employé(e), ayant observé seulement une partie de la Période d'Attente de prestation, reprend le travail pendant deux semaines continues ou moins et devient à nouveau invalide en raison de la même maladie ou Blessure, cette dernière Période d'invalidité sera considérée par le Régime comme la continuation de la Période d'invalidité antérieure; néanmoins, la Période d'Attente sera prolongée du nombre de jours travaillés par l'Employé(e) à cette occasion.

Période de prestation

La période de Prestation correspond au temps écoulé après la Période d'Attente durant lequel l'Employé(e) est invalide de façon continue; de plus, si l'invalidité n'est pas continue, toute période durant laquelle l'invalidité réapparaît est considérée comme une récurrence.

Les prestations seront payées aussi longtemps que l'Employé(e) restera atteint(e) d'Invalidité totale, mais pas au-delà de l'âge de 65 ans.

Récurrence

Après la Période d'Attente, l'invalidité est considérée comme récurrente si elle résulte de la même maladie ou Blessure et débute dans les 6 mois suivant la fin de

l'invalidité antérieure ou dans les 6 mois suivant la fin d'un plan de réadaptation approuvé.

Prestations de revenu

Une personne invalide a droit à des prestations de revenu après la fin de la Période d'Attente et aussi longtemps que dure la période de prestation. Aucune prestation de revenu n'est payable pour la Période d'Attente en soi.

Montant payable

Le montant payable correspond à la prestation de revenu indiquée dans le Tableau des Prestations moins la réduction requise eu égard à la clause relative au maximum de toutes les sources, le cas échéant. La prestation de revenu est payable rétroactivement à la personne invalide tous les mois. Un trentième de la prestation de revenu est payable pour chaque jour de toute période inférieure à un mois complet.

Le versement de la prestation de revenu plus d'une fois par mois au prorata est laissé à la discrétion de la Canada Vie.

Autres revenus

Le montant appliqué eu égard à la clause relative au maximum de toutes les sources correspond au revenu payable pour la même période que la prestation de revenu prévu par la présente police.

À l'exception des prestations de retraite, tout revenu est considéré comme payable lorsqu'une personne y a droit, indépendamment du fait qu'il ait été accordé ou reçu. S'il n'a pas été accordé, la Canada Vie aura le droit d'en faire une estimation conformément aux conditions de tout régime ou de toute loi concernée. Les prestations de retraite sont considérées comme payables lorsqu'elles sont effectivement reçues.

Si le revenu payable consiste en une somme forfaitaire, le montant appliqué correspondra à la portion payable au titre d'une Perte de revenu durant la période de prestation.

Traitement particulier aux revenus imposables

Les déductions stipulées dans le présent Régime, eu égard à la définition du salaire net, seront appliquées au revenu imposable avant de calculer le montant payable. Cela n'est applicable ni au Régime de pensions du Canada, ni au Régime de rentes du Québec et ne concerne pas les prestations offertes par un régime similaire dans un autre pays ayant conclu une entente réciproque avec le Canada ou le Québec.

Salaire net

Le salaire net correspond à ce qu'une personne gagne tous les mois, déduction faite des impôts fédéraux et provinciaux sur le revenu, des cotisations au Régime de pensions du Canada et au Régime de rentes du Québec, et des cotisations fédérales à l'Assurance-emploi.

Clause du maximum de toutes sources

Cette disposition prévoit une réduction de la prestation de revenu de la personne si le total du revenu subséquent et des prestations de revenu est supérieur à 85 % de son salaire net. Si tel est le cas, la prestation de revenu de la personne est réduite du montant excédant 85 %.

1. 92,5 % de toute prestation d'invalidité à laquelle la personne a droit à titre individuel en vertu :
 - (a) du Régime de pensions du Canada;
 - (b) du Régime de rentes du Québec; ou
 - (c) d'un régime similaire dans un autre pays ayant conclu une entente réciproque avec le Canada ou le Québec.
2. Prestations de retraite auxquelles la personne a droit à titre individuel en vertu :
 - (a) du Régime de pensions du Canada;
 - (b) du Régime de rentes du Québec; ou
 - (c) d'un régime similaire dans un autre pays ayant conclu une entente réciproque avec le Canada ou le Québec.
3. Prestations prévues par la Loi sur les accidents du travail ou une législation similaire, à l'exception :
 - (a) des prestations accordées pour invalidité partielle payables pour chacun des 12 mois précédant une période d'invalidité; et
 - (b) des prestations liées à un emploi occupé chez un autre employeur.
4. Prestations pour perte de revenu prévues par un régime d'assurance automobile, dans les limites permises par la loi.
5. Prestations pour perte de revenu prévues par la loi, auxquelles la personne ou un autre membre de sa famille a droit eu égard à son invalidité, à l'exception des prestations de l'Assurance-emploi et de l'assurance automobile.

6. Partie de perte salariale de toute indemnité accordée à la suite d'une Blessure découlant d'un acte criminel, à l'exception des indemnités incluant les prestations de revenu pour Invalidité de longue durée offertes par le présent Régime dans le calcul de l'indemnisation.
7. Prestations d'invalidité offertes par un régime d'assurance proposé par une association, à l'exception des prestations payables pour chacun des 12 mois précédant une période d'invalidité.
8. Revenus professionnels, prestations d'invalidité ou de retraite liées à tout emploi, à l'exception :
 - (a) des prestations d'invalidité constituant des paiements anticipés d'Assurance-vie.
 - (b) des prestations de régimes de retraite auxquels un employeur n'a pas cotisé.
 - (c) tout montant lié à un emploi autre que chez l'employeur et payable pour chacun des 12 mois précédant une période d'invalidité. Tous les revenus professionnels et toutes les prestations d'invalidité et de retraite découlant d'un même emploi sont considérés globalement pour satisfaire la condition relative aux 12 mois, du moment qu'il n'y a pas eu d'interruption entre eux. Les Périodes d'Attente pour les prestations d'invalidité ne sont pas comptabilisées comme des interruptions.
 - (d) du revenu découlant d'un plan de réadaptation approuvé. Ce revenu est pris en compte dans le cadre de la clause d'incitation à la réadaptation

Dans le cadre de la présente clause, les indemnités de cessation d'emploi, les indemnités de départ ainsi que toutes prestations similaires de cessation d'emploi, et notamment tout salaire versé en guise de préavis, sont considérés comme des revenus professionnels.

Clause d'incitation à la réadaptation

Les gains perçus par une personne dans le cadre d'un plan de réadaptation approuvé ne sont pas pris en considération pour réduire la prestation de revenu, sauf si ces gains, les revenus découlant de la présente police et ceux indiqués dans la clause du maximum de toutes sources excèdent 100 % de son salaire net. Si tel est le cas, la prestation de revenu de la personne est réduite du montant excédant 100 %.

INDEXATION

Les clauses suivantes procurent une protection contre l'inflation.

Recalcul

Le montant payable sera recalculé en vue de compenser l'inflation un an après le début de la période de prestation, et tous les ans par la suite. À ces dates, la limite de revenu prévue par la clause d'incitation à la réadaptation sera multipliée par le facteur d'indice des prix à la consommation. Le facteur d'indice des prix à la consommation ne sera pas appliqué aux montants suivants :

1. montant brut de la prestation.
2. maximum de toutes sources aux fins du recalcul de la prestation de revenu.
3. limite de revenu prévue par la clause du maximum de toutes sources.

Autres revenus

Lors du recalcul du montant payable, les augmentations du coût de la vie eu égard aux revenus décrits dans la clause du maximum de toutes sources, qui prend effet après le début de la période de prestation, ne sont pas incluses en tant que revenu assujéti aux clauses du maximum de toutes sources et d'incitation à la réadaptation.

Facteur d'indice des prix à la consommation

Le facteur de l'indice des prix à la consommation pour une date d'évaluation ou de recalcul donnée correspond au ratio de l'indice des prix à la consommation trois mois avant cette date comparé à l'indice des prix à la consommation trois mois avant le début de la période de prestation.

Changements à l'indice des prix à la consommation

S'il y a un changement dans la méthode de calcul de l'indice des prix à la consommation :

1. l'indice des prix à la consommation sera utilisé pour la période antérieure à ce changement; et
2. une évaluation adéquate de l'inflation sera utilisée pour la période ultérieure à ce changement.

Indice des prix à la consommation

L'indice des prix à la consommation fait référence à l'Indice des prix à la consommation pour le Canada, IPC d'ensemble (non désaisonnalisé).

RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

La réadaptation professionnelle a trait à une activité professionnelle ou une stratégie de formation qui est :

1. conçue pour aider une personne invalide à reprendre son travail ou à trouver un emploi rémunéré; et
2. recommandé ou approuvé par la Canada Vie.

Pour décider s'il convient de recommander ou d'approuver une proposition de réadaptation, la Canada Vie évalue des facteurs tels que la durée probable de l'invalidité, et le niveau d'activité exigé pour faciliter le retour à l'emploi le plus tôt possible.

Le plan de réadaptation doit avoir pour objectif de permettre à la personne de :

1. reprendre le même travail;
2. continuer à travailler de façon modifiée chez le même employeur; ou
3. faire un travail différent, misant sur des compétences transmissibles.

Engagement de participation

Si une personne ne participe pas ou ne coopère pas au plan de réadaptation recommandé ou approuvé par la Canada Vie, celle-ci n'aura plus droit aux prestations de revenu.

Engagement sur la durée

La durée du plan de réadaptation doit être approuvée par la Canada Vie. Une fois approuvée, la période de prestation de la personne est garantie pour cette durée aussi longtemps qu'elle continue à participer et coopérer au plan.

Revenus professionnels

Les revenus professionnels acquis durant une période de réadaptation seront pris en compte dans le cadre de la clause d'incitation à la réadaptation.

Prestation de remboursement des dépenses

Les dépenses raisonnables connexes à un plan de réadaptation, autres que celles liées à un emploi habituel, peuvent être prises en charge par la Canada Vie, à sa discrétion.

Les dépenses faisant l'objet d'une demande en vertu de cette clause doivent être préalablement approuvées par la Canada Vie.

Restriction

Les prestations de réadaptation professionnelle ne sont offertes que pendant que la personne a droit à des prestations de revenu.

COORDINATION MÉDICALE

La coordination médicale est un programme :

1. créé pour procurer des soins efficaces et de qualité;
2. conçu pour favoriser la stabilité de l'état médical de la personne;
3. recommandé ou approuvé par la Canada Vie.

Pour décider s'il convient de recommander ou d'approuver un programme de coordination médicale, la Canada Vie évalue des facteurs tels que la durée probable de l'invalidité, et le niveau d'activité exigé pour favoriser la stabilité médicale de la personne.

Un programme de coordination médicale peut comprendre les services suivants :

1. Concertation avec la personne invalide, les membres de sa famille et le médecin traitant pour mieux comprendre le plan de traitement et son objectif.
2. Comparaison du plan de traitement actuel de la personne avec les normes thérapeutiques généralement acceptées pour des problèmes de santé similaires et, si cela est approprié, suivi des options identifiées avec le médecin traitant.
3. Orientation vers des professionnels, notamment des médecins spécialistes ou des établissements à des fins de diagnostic et de traitement.

Engagement de participation

Si une personne ne participe pas ou ne coopère pas au programme de coordination médicale recommandé ou approuvé par la Canada Vie, celle-ci n'aura plus droit aux prestations de revenu.

Prestation de remboursement des dépenses

Les dépenses raisonnables connexes à un plan de réadaptation, autres que celles liées à un emploi habituel, peuvent être prises en charge par la Canada Vie, à sa discrétion.

Les dépenses faisant l'objet d'une demande en vertu de cette clause doivent être préalablement approuvées par la Canada Vie.

Aucune prestation ne sera versée pour une quelconque partie des dépenses pour lesquelles les prestations sont payables en vertu d'un régime gouvernemental.

Restrictions

Les prestations de coordination médicale ne sont disponibles que tant que la personne a droit à des

prestations de revenu. La Canada Vie ne couvrira pas les services de coordination médicale après que la personne a repris son travail, sauf si celle-ci reçoit des prestations de réadaptation professionnelle.

RESTRICTIONS GÉNÉRALES

Aucune prestation ne sera payée pour :

1. toute période durant laquelle la personne ne participe pas ou ne coopère pas à un programme de traitement raisonnable et conventionnel.

Un programme de traitement raisonnable et conventionnel est un traitement systématique :

- (a) exécuté ou prescrit par un docteur en médecine légalement autorisé; et
- (b) dont la nature et la fréquence sont celles habituellement requises pour traiter le problème de santé en question.

Lorsque la Canada Vie juge cela approprié eu égard à la gravité du problème de santé, le traitement doit être prescrit, et s'il y a lieu, exécuté ou supervisé par un médecin agréé spécialiste du problème en question.

Si la toxicomanie joue un rôle dans l'invalidité de la personne, son traitement doit inclure la participation à un programme reconnu de désintoxication.

2. toute période ultérieure au refus de la personne de coopérer pour réclamer d'autres prestations d'invalidité, demander à nouveau ces prestations ou faire appel des décisions concernant ces prestations, alors que la Canada Vie juge que cela est nécessaire.
3. toute période ultérieure au refus de la personne de coopérer ou participer à un programme de réadaptation recommandé ou approuvé par la Canada Vie.
4. toute période ultérieure au refus de la personne de coopérer ou participer à un programme de coordination médicale recommandé ou approuvé par la Canada Vie.
5. toute période ultérieure au refus de la personne de coopérer ou participer à une évaluation médicale ou professionnelle requise par la Canada Vie.
6. la durée prévue d'un congé. Un congé est considéré comme débutant à la date convenue entre l'Employé(e) et l'employeur.

Cette exclusion n'est pas applicable à une partie quelconque de la période de congé de maternité durant laquelle la personne ne peut pas travailler en raison de sa grossesse. Si l'enfant naît avant que le début prévu de la période de congé de maternité, la date de la naissance est considérée comme le début dudit congé.

7. toute période durant laquelle la personne se trouve hors du Canada. Cette exclusion n'est pas applicable aux 30 premiers jours de congé ou si la Canada Vie a préalablement autorisé le congé avant le départ de la personne concernée.
8. toute période d'incarcération, d'internement ou d'emprisonnement par autorité de justice.
9. Invalidité résultant d'une guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute.

PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS ET À LEUR FAMILLE

Le Programme d'Aide aux Employés et à leur Famille (PAEF) est un service de conseil et de counseling volontaire, confidentiel et à court terme qui vous met en relation, ainsi que les membres admissibles de votre famille, avec un réseau de professionnels qualifiés, disponibles pour vous apporter du soutien 24 heures sur 24.

Cette prestation propose une aide professionnelle pour une grande variété de problèmes, tels que :

- le stress lié à la vie personnelle et professionnelle;
- les relations de couple et maritales;
- l'éducation des enfants et les difficultés du rôle parental;
- les problèmes familiaux;
- les problèmes concernant les personnes âgées;
- la dépression et l'anxiété;
- l'alcoolisme et la toxicomanie;
- les questions juridiques et les problèmes financiers.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter la brochure disponible auprès de l'Administrateur. Contactez le Programme d'Aide aux Employés et leur Famille (PAEF) 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 par téléphone, sur le Web ou par application mobile à **www.workhealthlife.com** ou appelez le **1-800-387-4765** / ATS : 1-877-338-0275.

AIDE À LA RÉADAPTATION EN MATIÈRE DE TOXICOMANE (ART)*

Il est avéré que, dans certains cas, le counseling ne suffit pas pour traiter correctement la dépendance à l'alcool ou aux substances chimiques. Pour obtenir un soutien adéquat, le coût à payer peut être supérieur à ce que vous ou votre famille pouvez vous permettre de dépenser. Si vous, ou un membre de votre famille êtes dépendants à l'alcool ou aux substances chimiques, le Régime pourrait être en mesure de vous apporter de l'aide pour assumer le coût d'un traitement dans des établissements approuvés.

Cette aide est limitée à un maximum de 15 000 \$ au cours de la vie, pour les Membres en règle appartenant à un Syndicat affilié au CCQC au moment où la demande d'aide est faite. Le Membre doit aussi avoir à son actif 500 heures cotisées au Régime d'Assurance-maladie du secteur des E.N.D. durant les 12 derniers mois ou avoir été couvert par le Régime intégral durant quatre mois consécutifs avant de faire une demande d'ART. Si le Membre n'est pas en règle au moment de faire une demande d'ART, il peut régulariser sa situation auprès de son syndicat et soumettre à nouveau sa demande, à condition de remplir tous les autres critères d'admissibilité. Un certificat d'achèvement du programme doit être fourni à l'Administrateur du Régime, sinon le remboursement de tous les coûts assumés par le Régime au titre de ce traitement sera exigé. La personne faisant cette demande d'aide doit signer un Contrat de Prêt avec le Régime, indiquant qu'elle consent à se conformer à cette exigence.

*Les Membres de la Région du Centre auront accès à des services de réadaptation en matière de toxicomanie par le biais du Centre de traitement De Novo. De Novo offre des services de traitement de la dépendance à l'alcool et à la drogue et fonctionne sur la base d'un partenariat entre la direction et les membres syndiqués des Métiers de la Construction en Ontario. De Novo fournit gratuitement des services d'évaluation, d'orientation, de traitement en établissement et d'aide à la désintoxication aux Membres du Conseil du Contrôle de la Qualité du Canada travaillant en Ontario.

Veillez contacter l'Administrateur du Régime pour savoir si vous répondez aux critères d'admissibilité pour bénéficier de cette aide.

PRESTATIONS D'ASSURANCE- MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Pour les Employés et les Personnes à leur charge admissibles

Les dépenses encourues au Canada sont remboursées comme indiqué à la page 1.

Une couverture médicale d'urgence à l'extérieur de la Province/du Canada est fournie aux Employés et aux Personnes à leur charge admissibles âgées de moins de 75 ans, jusqu'à un maximum de 5 000 000 \$ par période couverte.

Prestations :

L'Assurance-maladie complémentaire a pour but de vous aider à payer les dépenses de services et fournitures particulières, encourues par vous et les Personnes à votre charge, qui ne sont pas procurées par un régime d'assurance-maladie gouvernemental ou un organisme subventionné par les deniers publics.

Les dépenses suivantes sont considérées comme remboursables lorsqu'elles sont encourues en raison d'une maladie ou Blessure nécessitant traitement et, le cas échéant, lorsqu'elles sont prescrites par un médecin.

- 1) Médicaments sur ordonnance (la substitution par un médicament générique est toujours applicable) – Carte de paiement direct pour les médicaments – présentez votre carte pour les médicaments, ainsi que votre ordonnance, à votre pharmacien qui traitera votre réclamation sur place. Le remboursement des médicaments sur ordonnance est fondé sur le coût du médicament générique équivalent le moins cher. Si vous utilisez votre carte pour les médicaments, vous n'avez pas besoin d'envoyer le reçu de la pharmacie et d'attendre pour être remboursé. Vous êtes couvert par votre Régime pour les pharmacothérapies et médicaments sur ordonnance (y compris pour les contraceptifs oraux) exigeant l'ordonnance écrite d'un médecin ou d'un dentiste autorisé et pouvant seulement être obtenus à cette condition, si la loi provinciale le permet. Les pharmacothérapies et médicaments ne peuvent être fournis que pour une période de 60 jours au maximum (100 jours pour les pharmacothérapies de longue durée). Les ordonnances ne peuvent pas être renouvelées plus fréquemment que ce qui est considéré comme un intervalle raisonnable et

habituel. Les fournitures en médicaments pour les vacances, qui dépassent les limites de fournitures pour les jours ordinaires, doivent être préalablement autorisées par le Régime et être entièrement payées par l'Employé(e), puis soumises au Régime pour remboursement. Les produits pour cesser de fumer seront couverts jusqu'à un maximum de 650 \$ par année civile. Les frais du pharmacien dépassant 8 \$ par ordonnance ne sont pas couverts par le présent Régime.

Les pharmacothérapies et médicaments pouvant être normalement achetés « sans ordonnance » sont exclus, même si une ordonnance a été délivrée à cet effet. Les médicaments contre la stérilité, les vitamines, les médicaments préventifs, les aliments et compléments diététiques sont également exclus.

Il existe un certain nombre de médicaments sur ordonnance qui ne sont pas admissibles en vertu de la liste de médicaments standard de la Province, mais qui pourraient l'être dans le cadre de son Programme d'Autorisations spéciales. Le Régime pourrait exiger que votre médecin fasse une demande d'Autorisation spéciale pour un ou plusieurs médicaments qu'il vous a prescrits. Si cette demande d'Autorisation spéciale est approuvée par un régime de la Province, ces médicaments seront pris en compte dans votre franchise annuelle provinciale.

VEUILLEZ NOTER : Il est obligatoire pour tous les Employés qui résident en C.-B. de s'inscrire au programme Fair PharmaCare et d'apporter la preuve de cette inscription à l'Administrateur pour continuer à bénéficier des prestations du Régime. Pour vous inscrire au Programme Fair PharmaCare, appelez le 604-683-7151 depuis Vancouver et le 1-800-663-7100 depuis le reste de la C.-B. pour un appel sans frais.

Si vous préférez consulter le site de Fair PharmaCare en ligne, voici l'adresse : <http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/health-drug-coverage/pharmacare-for-bc-residents>

Après vous être inscrit, veuillez vous adresser à l'Administrateur, qui vous fournira votre numéro d'inscription.

- 2) Vaccinations pour le traitement préventif des maladies transmissibles.

- 3) Frais excédant le montant payable par le Régime de Soins médicaux de la Province de la Personne assurée pour un service d'ambulance professionnel autorisé en cas d'urgence, y compris le transport par train, bateau ou avion ou, en cas d'extrême urgence, par ambulance aérienne, depuis l'endroit où est survenue la blessure ou la maladie, jusqu'à l'hôpital général de soins de courte durée le plus proche et le transport de retour, et notamment le déplacement aller-retour d'un accompagnateur (médecin, infirmier, préposé aux premiers secours), si cela est nécessaire. Les transports organisés après avoir attendu l'admission à l'hôpital pour un problème de santé n'exigeant pas une attention immédiate ou ceux organisés à la convenance du patient ne constituent pas des dépenses admissibles.
- 4) Frais pour les services d'un infirmier exerçant à titre privé en dehors de l'hôpital lorsque cela est nécessaire d'un point de vue médical. Ces services doivent concerner des soins infirmiers, et non des soins de garde. L'infirmier exerçant à titre privé doit être un infirmier ou un infirmier auxiliaire diplômé, agréé ou autorisé dans la province où vous vivez et ne pas vivre avec vous habituellement. Les services d'un infirmier autorisé sont admissibles uniquement lorsqu'une personne possédant de moindres qualifications ne peut pas réaliser les tâches en question.
- 5) Frais de logement et de repas dans les Maisons de Convalescence ou les Établissements de Rééducation fonctionnelle, à l'exception des frais de soins aux malades chroniques, si le fait que la Personne assurée réside au sein de cette institution :
 1. est certifié comme étant médicalement nécessaire par un Médecin,
 2. est survenu dans les 48 heures suivant un séjour à l'Hôpital d'au moins 3 jours consécutifs, et
 3. est dû à la même maladie ou Blessure physique accidentelle ayant justifié le séjour à l'Hôpital.Ces frais sont limités à un maximum de 120 jours.
- 6) Frais de massothérapeute, podiatre, chiropraticien, naturopathe ou ostéopathe autorisé et exerçant légalement dans les limites de son

permis. Ces frais seront remboursés à 90 % jusqu'à un maximum de 500 \$ par année civile par personne assurée pour chaque praticien. Il n'y a pas de limites pour les frais d'orthophoniste, de physiothérapeute ou de psychologue, à condition que le praticien en question soit autorisé et exerce dans les limites de son permis. En ce qui a trait au Personnel de Bureau et aux Personnes à leur charge, les frais d'orthophoniste, de physiothérapeute ou de psychologue sont limités à 500 \$ par personne assurée par année civile par type de praticien pour les réclamations ayant été présentées le 1^{er} juillet 2018 ou après. Les services psychologiques peuvent être fournis par un Psychologue autorisé, un Conseiller clinicien autorisé ou un travailleur social autorisé.

- 7) Frais d'oxygène, de sang ou de plasma sanguin, de fournitures d'ostomie ou d'iléostomie.
- 8) Frais de déambulateurs, canes et embouts de cane, béquilles, attelles, plâtres et bandages, mais les éléments de soutien élastiques ou en mousse sont exclus.
- 9) Frais de fournitures de test, d'aiguilles et de seringues pour les personnes diabétiques.
- 10) Membres artificiels et prothèses oculaires (veuillez contacter l'Administrateur du Régime pour connaître les montants maximums applicables).
- 11) Frais de bas chirurgicaux, jusqu'à un maximum de 100 \$ par année civile.
- 12) Frais de chaussettes pour moignon.
- 13) Frais de soutien-gorge chirurgicaux, à concurrence de 2 par année civile.
- 14) Frais de lentilles pliables pour chirurgie de la cataracte.
- 15) Fournitures orthopédiques : Support de voûte plantaire (limité à 400 \$ par an), talonnettes, semelles compensées, attelles Dennis Browne et chaussures achetées en vue d'être utilisées avec ces accessoires orthopédiques. Si des chaussures orthopédiques ne faisant pas partie intégrante d'une orthèse ou d'une attelle sont prescrites par un médecin, 50 % de leur coût sera remboursable.
- 16) Frais d'orthèses de soutien rigides et de prothèses permanentes (prothèses oculaires, membres et

larynx artificiels, prothèses mammaires – 2 par année civile). Les prothèses myoélectriques sont exclues, mais le Régime versera le montant équivalent à une prothèse standard, à concurrence de 2 000 \$ par année civile.

- 17) Frais de location ou, si cela s'avère plus économique, d'achat d'équipement durable à des fins de traitement thérapeutique, y compris fauteuils roulants et lits d'hôpital. Le maximum pour un équipement durable au cours de la vie est de 10 000 \$ et les dépenses excédant 5 000 \$ doivent être préalablement autorisées par le Régime avant de procéder à l'achat/la location.
- 18) Frais de dentiste pour la réparation ou le remplacement de dents saines, vivantes et naturelles ou pour immobiliser une mâchoire fracturée ou luxée si :
 - de tels soins sont nécessaires à la suite d'un coup direct accidentel à la bouche et non en raison d'un objet placé dans la bouche;
 - l'accident est survenu pendant que la personne est couverte par cette prestation; et
 - les frais sont engagés dans les 24 mois suivant la date de l'accident.
- 19) Frais hospitaliers facturés par un hôpital général de soins de courte durée approuvé dans votre province de résidence, au titre de la différence de coût entre une chambre en salle commune et une chambre semi-privée ou, si le médecin juge cela nécessaire sur le plan médical, une chambre privée (location de téléphone, télévision, etc. non incluse).
- 20) Frais de prothèses auditives et de réparations jusqu'à un maximum de 500 \$ par période de 5 ans pour les adultes et les enfants. L'entretien, les piles et autres accessoires ne sont pas couverts.
- 21) Les perruques et postiches nécessaires à la suite d'un traitement médical ou d'une Blessure sont couverts jusqu'à un maximum de 500 \$ par personne au cours de la vie.
- 22) Les examens radiographiques et autres services diagnostiques de laboratoire (en ce qui a trait aux résidents de la Province du Québec).

SOINS DE LA VUE (PAYÉS À 90 % DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE)

Une prestation de 525 \$ par Employé(e)/Conjoint(e) et de 375 \$ par Enfants à charge admissible durant 24 mois consécutifs est disponible.

Les dépenses suivantes pourront être remboursées :

- a) un jeu de verres unifocaux, bifocaux ou trifocaux, prescrit par une personne légalement habilitée à délivrer ce type d'ordonnance;
- b) un jeu d'armatures nécessaires lorsque des lunettes sont prescrites pour la première fois ou pour adapter de nouveaux verres si l'armature existante ne peut être utilisée;
- c) verres de contact prescrits par une personne légalement habilitée à délivrer ce type d'ordonnance;

le coût des examens de la vue réalisés par un Optométriste ou un Ophtalmologiste autorisé est couvert dans le cadre du montant maximum précité.

Chirurgie oculaire au laser

Pour les Employés uniquement, la chirurgie oculaire au laser sera remboursée à 100 % jusqu'à un maximum de 1 500 \$ au cours de la vie. La chirurgie oculaire au laser n'est pas couverte pour les Personnes à charge. En ce qui concerne les réclamations relatives à une chirurgie oculaire au laser présentée le 1^{er} juillet 2018 ou après, un(e) Employé(e) réclamant le maximum prévu au cours de la vie pour cette prestation ne pourra pas prétendre au remboursement de dépenses de Soins de la Vue pendant les trois prochaines périodes de 24 mois.

Exclusions et restrictions en matière de Soins de la Vue

Le coût des articles suivants est exclu du Régime :

- a) double de verres oculaires, verres oculaires de rechange ou toutes lentilles ou armatures connexes;
- b) lunettes de soleil (simples ou sur ordonnance);
- c) lunettes de protection sans ordonnance;
- d) remplacement de lentilles ou armatures perdues, volées ou cassées.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS :

L'Assurance-maladie complémentaire du Régime ne couvre pas :

- a) les dépenses liées aux prestations, soins ou services payables par, ou en vertu du Régime provincial d'Assurance-maladie, de PharmaCare, de tout

Programme hospitalier ou de la Loi sur les accidents du travail, indépendamment du fait que ces prestations, soins ou services aient fait l'objet d'une réclamation ou non, ou qu'ils aient été fournis sans coût ou pour une somme symbolique par une régie ou un organisme publics financés par les recettes fiscales, ou que leur coût puisse être recouvert par l'Employé(e) ou la Personne à sa charge auprès d'un tiers;

- b) les dépenses liées aux services d'un physiothérapeute, massothérapeute ou chiropraticien encourues à la suite d'un accident automobile;
- c) tous frais excédant les honoraires habituels et reconnus pour les services exécutés;
- d) les dépenses encourues à l'extérieur de la Province de résidence, sauf si elles découlent d'une Blessure ou d'une maladie imprévue survenant lors d'un voyage temporaire à l'extérieur de la Province et uniquement dans la mesure précisée dans la section Dépenses d'Urgence admissibles à l'extérieur de la Province.
- e) les dépenses de services et de fournitures à des fins cosmétiques;
- f) les dépenses entraînées, alimentées ou rendues nécessaires par :
 - la guerre ou tout acte de guerre ou la participation à une émeute ou insurrection civile;
 - une blessure ou maladie auto-infligée intentionnellement, que la personne qui en souffre ou la subie soit saine d'esprit ou non;
 - une maladie ou blessure professionnelle; ou
 - la commission par la personne de tout acte illégal, notamment une infraction au Code criminel du Canada;
- g) toutes dépenses pour lesquelles un personne peut être couverte au titre des prestations d'un régime gouvernemental ou d'une loi.
- h) tout paiement à un médecin, qu'il prenne part ou non au Régime provincial d'Assurance-maladie, exigé ou reçu par facturation du solde, surfacturation ou frais supplémentaires, représentant un montant excédant celui des coûts prescrits par le Régime provincial d'Assurance-maladie;
- i) toute chose non prescrite par un médecin ou non nécessaire pour des soins médicaux ou de la vue;

- j) frais pour « contrôle médical » (y compris dépistage, examen clinique de routine, test APS et études de recherche) sauf dans le cadre d'une maladie, Blessure ou grossesse (y compris soins pré- et postnataux);
- k) soins d'acuponcture;
- l) médicaments sur ordonnance, analyses médicales, procédures et appareils chirurgicaux considérés comme étant à caractère expérimental par le Régime et non reconnus par Santé Canada en tant que norme de traitement établie pour le problème de santé en question.
- m) cannabis médical, sous toutes ses formes.

Dépenses urgentes admissibles à l'extérieur de la Province/du Canada

Frais pour services et fournitures nécessaires en raison d'une urgence médicale survenant lors d'un voyage, si :

- vous-même ou la Personne à votre charge êtes couverts par un Régime provincial d'Assurance-maladie; et
- le traitement ne pouvait pas être attendre le retour au Canada.

Assurance médicale d'Urgence et Assistance-voyage

Pendant que vous voyagez en dehors de votre Province de résidence, conservez sur vous la carte-portefeuille qui vous a été fournie.

L'Assurance-voyage est conçue pour couvrir les Pertes survenant lors de circonstances soudaines et imprévues tandis que vous voyagez temporairement à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence. Il est important de lire et de comprendre votre Régime avant de voyager. Au cas où il existerait une incohérence entre les clauses du livret ou d'un autre document en votre possession et les clauses de la Police, ce sont les clauses de la Police qui prévaudront. Le Régime a engagé Gestion Global Excel inc. (appelé Global Excel) pour fournir une assistance médicale et des services de réclamation dans le cadre de la Police. Ceci est un résumé des prestations. Le livret complet est disponible auprès de l'Administrateur du Régime.

Période de couverture : 60 jours par voyage.

**EN CAS D'URGENCE, VOUS DEVEZ
IMMÉDIATEMENT APPELER GLOBAL EXCEL.**

Les numéros de téléphone d'urgence sont indiqués au verso de la Carte d'Assistance médicale.

Vous devez contacter Global Excel avant de recevoir un traitement médical. Si votre état de santé vous en empêche, demandez à quelqu'un de contacter immédiatement Global Excel à votre place. Ne présumez pas que quelqu'un contactera Global Excel en votre nom. C'est à vous qu'il incombe de veiller à ce que Global Excel soit contacté avant de recevoir un traitement médical ou dès que cela est raisonnablement possible.

Si vous réalisez des dépenses sans l'approbation préalable de Global Excel, ces dépenses seront couvertes, sauf si la police exige expressément l'approbation ou l'autorisation préalable de Global Excel, sur la base des coûts raisonnables et habituels qui auraient été payés pour ces dépenses par l'assureur conformément aux modalités et conditions de la police. Ces dépenses pourraient être supérieures à ce montant; par conséquent, vous aurez la responsabilité de payer toute différence entre le montant que vous avez déboursé et les coûts raisonnables et habituels remboursés par l'assureur.

En cas d'urgence, la police couvre les dépenses :

- réalisées à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de la personne assurée;
- nécessaires sur le plan médical;
- raisonnables et conformes aux coûts habituels;
- réalisées en raison d'une urgence liée à une maladie et/une Blessure soudaine et imprévue survenue durant la période de couverture;
- excédant celles couvertes par le Régime d'Assurance-maladie du Gouvernement ou d'une autre assurance vous couvrant; et
- légalement assurables;
- assujetties au maximum global de 5 000 000 \$ par personne et par période de couverture.

Lors du voyage, l'Assuré(e) doit porter sur lui (elle) la Carte d'Assistance médicale, indiquant les numéros à appeler dans le monde pour bénéficier de la couverture d'Urgence de Global Excel. Ces cartes peuvent être obtenues auprès de l'employeur ou de l'Administrateur. Les détails complets relatifs à la couverture à l'extérieur du Canada/de la Province peuvent être consultés sur le site Web du Secteur

des E.N.D. : www.ndtbenefits.org. Les Employés travaillant à l'extérieur du Canada doivent prendre des dispositions pour obtenir une couverture supplémentaire.

Procédures de réclamation

La responsabilité vous incombe de produire tous les documents indiqués ci-dessous et d'assumer les frais facturés pour ces documents. Pour faire une réclamation, vous devez :

- a) inclure le numéro de police, le nom du patient (nom marital et de jeune fille, s'il y a lieu), la date de naissance, le numéro du Régime d'Assurance-maladie du Gouvernement provincial ou territorial du Canada en incluant sa date d'expiration ou code de version (le cas échéant);
- b) soumettre toutes les factures détaillées originales du (des) fournisseur(s) de soins médicaux, indiquant le nom du patient, son diagnostic, tous les types et dates de traitement, ainsi que le nom de l'établissement médical et/du médecin;
- c) fournir les reçus originaux des médicaments sur ordonnance (pas de reçus pour encaissement en espèces) obtenus d'un pharmacien, d'un médecin, d'un hôpital indiquant le nom du médecin délivrant l'ordonnance, le numéro d'ordonnance, le nom de la préparation, la date, la quantité et le coût total;
- d) apporter la preuve de la (des) date(s) de départ et de retour;
- e) fournir la preuve écrite de réclamation dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date du reçu des services couverts par la police;
- f) fournir les informations supplémentaires pertinentes à votre réclamation que Global Excel pourrait solliciter après avoir reçu votre demande;
- g) signer et renvoyer le formulaire d'autorisation fourni par Global Excel, pour permettre à l'Assureur de recouvrer le paiement auprès du Régime d'Assurance-maladie du Gouvernement provincial ou territorial du Canada. L'assureur coordonnera le traitement de votre réclamation et effectuera les paiements aux fournisseurs de soins médicaux participants et lorsque cela est permis, organisera directement le traitement des réclamations auprès du Régime d'Assurance-maladie du Gouvernement provincial ou territorial du Canada en votre nom; et

h) renvoyer la partie non utilisée de votre billet d'avion à Global Excel si la prestation de Transport aérien d'Urgence est utilisée.

Sauf indication contraire, toutes les sommes mentionnées dans le présent Régime font référence à la monnaie canadienne. Si vous payez une dépense couverte dans une devise autre que la monnaie canadienne, vous serez remboursé en monnaie canadienne selon le taux de change à la date où la demande de paiement est présentée. La présente assurance ne versera pas d'intérêt.

Toute information non fournie pourrait occasionner des délais dans le traitement de votre réclamation.

Tous les documents pertinents doivent être adressés à :

Global Excel Management Inc.

73 Queen St., Sherbrooke, Québec J1M 0C9

Tél. : 1-866-870-1898 (appel sans frais) ou

(819) 566-1898 (appel à frais viré) pendant les heures ouvrables (HNE)

Numéro de police : 1063911

Le montant maximal de couverture d'urgence à l'extérieur du Pays s'élève à 5 000 000 \$ par période de couverture.

SOINS DENTAIRES

Pour les Employés et les Personnes à leur charge admissibles

Les frais de Soins dentaires sont remboursés comme indiqué à la page 2.

Partie I – Soins ordinaires

Les services suivants sont admissibles pour être remboursés à 100 % de la somme facturée ou à 100 % du Barème d'Honoraires de l'Association dentaire (généraliste) de la Province de résidence, selon le montant le moins élevé.

1) Services de diagnostic

Toutes les actes nécessaires pour permettre au dentiste d'évaluer la situation existante afin de déterminer quel est le traitement dentaire nécessaire, y compris :

- Examens oraux : limités à deux par année civile pour les enfants à charge âgés de moins de 13 ans, et une fois par année civile pour les adultes et enfants à charge de moins de 13 ans ou plus âgés; les examens oraux complets sont néanmoins limités à une fois tous les 36 mois.

- Examens spécifiques
- Consultations (rendez-vous distinct)
- Radiographies dentaires : les radiographies interproximales sont limitées à un jeu pour toute période de 6 mois, les radiographies de la bouche entière sont limitées à un jeu pour toute période de 36 mois, et les panoramiques dentaires sont limités à une radiographie pour toute période de 36 mois.
- Modèles diagnostiques : limités à ce qui est raisonnable et habituel.

2) Services de prévention

Tous les actes nécessaires pour éviter l'apparition d'une affection buccale, y compris :

- Nettoyage et application topique de fluor, limités à deux fois par an, par année civile
- Détartrage et surfaçage radiculaire (limite cumulée de 16 dents par année civile)
- Scellement adhésif des puits et fissures limité à une fois par dent tous les 12 mois pour les Enfants à charge âgés de moins de 19 ans
- Appareil de maintien en position fixe des dents temporaires chez les enfants à charge âgés de moins de 21 ans

3) Services de chirurgie

Tous les actes nécessaires pour réaliser des extractions ainsi que toute autre intervention de chirurgie buccale de routine normalement exécutée par un dentiste.

4) Services de restauration

Tous les actes nécessaires :

- aux obturations dentaires en amalgame, silicate, résine acrylique ou aux restaurations en composite
- aux restaurations par remplacement, à condition qu'au moins 12 mois se soient écoulés depuis la pose initiale
- aux couronnes en acier inoxydable sur les dents temporaires

5) Réparation et entretien des prothèses

Réparation si une période de 6 mois s'est écoulée depuis la dernière fois que des prothèses dentaires ont été fournies.

Entretien des prothèses dentaires, après une période de 3 mois suivant l'insertion, y compris :

- regarnissage des prothèses dentaires posées il y a au moins 6 mois, une fois tous les 36 mois
- rebasage des prothèses dentaires posées il y a au moins 2 ans, une fois tous les 36 mois
- application d'enduit correcteur sur les prothèses dentaires regarnies ou rebasées, une fois tous les 36 mois.

6) Endodontie (Canaux radiculaires)

Tous les actes nécessaires à un traitement pulpaire et à l'obturation d'un canal radiculaire. La répétition du traitement est couverte uniquement en cas d'échec du traitement initial, après les 18 premiers mois.

7) Parodontie

Tous les actes nécessaires au traitement des tissus soutenant les dents, y compris les greffons.

8) Anesthésie

Anesthésie générale nécessaire dans le cadre d'une chirurgie buccale.

Partie II – Soins importants

Appareils de prothèse, facettes, couronnes et bridges

Les services suivants sont admissibles pour être remboursés à 100 % de la somme facturée ou à 100 % du Barème d'Honoraires de l'Association dentaire (pour un Généraliste) de la Province de résidence, selon le montant le moins élevé. Les prothèses intrinsèques (inlays) et extrinsèques (onlays) ne sont couvertes que lorsque d'autres matériaux ne peuvent être utilisés de manière satisfaisante. Les patients optant pour de l'or là où d'autres matériaux suffiraient devront assumer le coût de la différence. Il est suggéré d'obtenir une autorisation préalable.

- Pose initiale de prothèses dentaires partielles ou totales, ou d'une prothèse fixe, si cela s'avère nécessaire pour remplacer une ou plusieurs dents naturelles extraites alors que la couverture du Régime est en vigueur. Les prothèses dentaires partielles ne peuvent être fournies que par un dentiste.
- Pose initiale d'une couronne ou de facettes et leur remplacement, à condition qu'au moins quatre ans se soient écoulés.

- Remplacement d'une prothèse dentaire totale ou partielle existante, à condition qu'au moins quatre ans se soient écoulés.
- Remplacement de la prothèse fixe, si la prothèse fixe existante a été posée quatre ans auparavant et ne peut être réparée.
- Le Régime n'assumera pas le remplacement des prothèses dentaires égarées, perdues ou volées.

Les frais facturés par un Denturologue autorisé seront acceptés pour paiement, conformément à un Tableau d'Indemnités distinct.

Le remplacement de prothèses dentaires peut être remboursé à 70 % si :

- ce remplacement s'avère nécessaire en raison de la pose initiale d'une prothèse dentaire totale antagoniste à la suite de l'extraction de dents naturelles
- la prothèse dentaire est une prothèse amovible de transition, destinée à être remplacée par une prothèse permanente
- alors qu'elle se trouvait dans la cavité buccale, la prothèse dentaire a été trop endommagée pour être réparée à la suite d'une Blessure survenue pendant que la couverture du Régime est en vigueur.

Partie III – Orthodontie (Enfants à charge âgés de moins de 21 ans)

Pour pouvoir bénéficier de cette prestation, vous devez avoir été couvert par le Régime pendant au moins trois mois consécutifs.

Les soins d'orthodontie réalisés par un Orthodontiste seront payés à 75 %, jusqu'à un maximum de 3 000 \$ pour chaque période de 24 mois consécutifs. Le paiement des réclamations sera effectué en fonction de l'admissibilité et du travail réalisé. Le Régime n'assumera pas le coût du remplacement des appareils perdus, cassés ou volés.

Estimation des frais importants de Dentisterie restauratrice et d'Orthodontie avant traitement

Avant de commencer un traitement, le dentiste doit fournir un résumé des frais prévus pour les soins dentaires proposés. Le Régime fournira ensuite une estimation par écrit du montant maximum qui sera payé.

Soins alternatifs :

Si le problème dentaire peut être traité par des soins alternatifs, le montant maximum indiqué dans le Barème d'Honoraires suggéré pour les soins ou les fournitures les moins chers nécessaires pour obtenir un résultat satisfaisant d'un point de vue professionnel sera pris en considération.

Restrictions concernant les espaces vides

Pour avoir le droit de vous faire rembourser des dépenses concernant une dent manquante alors que vous ne bénéficiez pas de couverture, vous devez avoir été couvert par le Régime pendant au moins 2 ans (24 mois).

Soins dentaires d'Urgence partout dans le monde

En cas d'URGENCE, lorsque vous êtes en voyage ou en vacances à l'extérieur de votre Province de résidence, vous avez droit à recevoir des soins de la part d'un dentiste dûment qualifié; dans ce cas, selon le coût réel de ces soins ou la somme qui aurait été payée si ces soins avaient été effectués dans votre Province de résidence, vous serez remboursé du montant le moins élevé.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Le Régime de Soins dentaires ne couvre pas le paiement de prestations concernant :

- les articles ne figurant pas au Barème d'Honoraires et les honoraires dépassant ceux indiqués dans le Barème d'Honoraires;
- les frais pour les rendez-vous non respectés, les conseils en matière d'alimentation et d'hygiène, le remplissage de formulaires, les rapports écrits, les coûts de communication ou la traduction de documents;
- les Soins dentaires de nature cosmétique;
- les Soins dentaires fournis dans le cadre d'un régime de soins médicaux offert par un employeur ou un gouvernement.
- des actes pour lesquels, en l'absence de couverture, aucuns frais ne seraient facturés;
- les couronnes en acier inoxydable sur les dents permanentes;
- les appareils de protection pour athlètes;
- une anesthésie non réalisée dans le cadre d'une chirurgie et les frais liés aux installations, équipements et fournitures;

- une reconstruction complète de la bouche en vue d'une correction de la dimension verticale, d'un diagnostic ou de la correction d'une dysfonction de l'articulation temporomandibulaire;
- le remplacement d'une prothèse perdue ou volée;
- les actes incomplets et temporaires;
- tous frais pour des Soins dentaires ayant débuté avant la date de la couverture; ou
- un traitement dentaire commandé durant la période de couverture (et incluant du travail de laboratoire et des empreintes dentaires) mais n'ayant pas été posé ou livré plus de 31 jours après la fin de la prestation de Soins dentaires.

Les dépenses recouvrables en vertu de tout autre Régime seront coordonnées avec les versements réalisés par le présent Régime, de façon à ce que le paiement total reçu ne dépasse pas les dépenses effectivement encourues.

POUR FAIRE UNE RÉCLAMATION

Prestations d'Assurance-maladie complémentaire et Soins dentaires :

Les formulaires de demande de Prestations d'Assurance-maladie complémentaire peuvent être obtenus auprès du Bureau de l'Administrateur, de votre employeur, de votre Syndicat ou sur le site Web des E.N.D. : www.ndtbenefits.org. En C.-B., les formulaires standards de réclamation de Soins dentaires sont habituellement fournis par votre dentiste, mais si cela est nécessaire, ils peuvent aussi être obtenus comme indiqué ci-dessus.

Bien que les réclamations au titre des Prestations d'Assurance-maladie complémentaire et des Soins de la Vue puissent être soumises à tout moment, il est préférable de les envoyer tous les deux ou trois mois. Pour être prises en considération en vue de leur paiement, toutes les réclamations doivent avoir été reçues par l'Administrateur d'ici le 31 décembre de l'année suivant celle où les dépenses ont été réalisées.

COORDINATION DES PRESTATIONS :

- 1) Lors de l'organisation des paiements de prestations, D.A. Townley respectera les critères établis dans les directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP) en vigueur à la date où la dépense admissible a été engagée.

- 2) Si l'Employé(e) ou la Personne à sa charge est aussi couvert(e) en vertu du régime du (de la) conjoint(e) ou en vertu de tout autre régime collectif qui assure des prestations similaires, les versements seront coordonnés et/ou réduits dans la mesure où les prestations payables de tous les régimes ne seront pas supérieures à 100 % de la Dépense admissible (pour les Soins dentaires, le Barème d'honoraires est applicable).
- 3) Le régime qui détermine les prestations en premier (assureur principal) calculera ses prestations comme si la couverture en double n'existait pas.
- 4) Le régime qui détermine les prestations en second (assureur secondaire) limite ses prestations au moins élevé de ces deux montants :
 - a) le montant qui aurait été payable s'il avait été l'assureur principal, ou
 - b) 100 % de toutes les Dépenses admissibles réduites de toutes les autres prestations payables pour les mêmes dépenses par l'assureur principal.
- 5) Si l'autre régime ne contient pas une clause de coordination des prestations, le paiement dans le cadre de ce régime sera versé avant que le Régime ne paie en vertu de cette clause.
- 6) Les régimes d'Assurance-maladie complémentaire avec couverture pour les accidents dentaires déterminent les prestations avant les régimes d'assurance dentaire.
- 7) Si la priorité ne peut pas être établie de la manière ci-dessus, les prestations seront calculées au prorata dans la proportion des montants qui auraient été versés s'il y avait eu une couverture fournie uniquement par ce régime.
- 8) Lorsque le Régime a versé des prestations à l'Employé(e) dans la limite de la franchise du régime de la Province, le Régime paiera la partie des Dépenses admissibles en se fondant sur le pourcentage de remboursement du Régime.
- 9) L'Employé(e) communiquera l'information nécessaire pour que cette clause soit mise en œuvre. Il incombe à l'Employé(e) de présenter une copie de ce formulaire de réclamation original et le relevé de compte ou un talon de chèque lorsqu'il soumet une réclamation supplémentaire en vertu de cette clause.

Pour soumettre des réclamations admissibles, veuillez à inclure :

- Votre nom (en lettres d'imprimerie)
- Votre adresse
- Votre numéro de certificat/d'identification (NAS)
- Votre syndicat local

Toutes les réclamations seront transmises au bureau de l'Administrateur

par courriel à :

**DU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE
DU SECTEUR DES E.N.D.**

4250 Canada Way
Burnaby, British Columbia V5G 4W6

Ou par télécopie au :
(604) 299-8136

Ou par courriel à :
health@datownley.com

RÉGIME RESTREINT

Si vous travaillez dans un cadre assujéti à la Convention du Conseil du Contrôle de la Qualité du Canada et que vous n'êtes pas admissible pour bénéficier du Régime intégral de Prestations, vous devriez être couvert par le Régime restreint.

Assurance-vie

Pour les Employés 100 000 \$

Décès et mutilation accidentels

Pour les Employés 100 000 \$

ADMISSIBILITÉ

Les Membres du CCQC et les Employés en Période d'essai (Employés n'appartenant pas encore à un syndicat local affilié du CCQA) seront couverts à partir de la date où ils commenceront à travailler pour un Employeur participant, indépendamment du nombre d'heures travaillées, à condition que cet employeur s'acquitte des cotisations appropriées envers le Régime. Ils pourront bénéficier de la couverture jusqu'à la fin du mois civil suivant la date d'embauche, à condition de ne pas être devenus admissibles aux prestations du Régime intégral des Prestations entretemps. Le Membre doit être en règle avec l'un des Syndicats affiliés figurant dans la Convention du CCQC pour pouvoir bénéficier des prestations du Régime intégral.

Exemple : Un employé embauché le 16 avril sera couvert du 16 avril au 31 mai.

Exemple : Un employé a été embauché le 16 avril et a travaillé 120 heures en avril. Il est couvert par le Régime restreint du 16 au 30 avril, et par le Régime intégral des Prestations à partir du 1^{er} mai.

REMARQUE : Si le Membre a travaillé moins de 90 heures chez un seul employeur (Régime restreint), mais a travaillé 90 heures chez deux employeurs ou plus, il pourrait être admissible au Régime intégral de Prestations. Pour plus de précisions, veuillez contacter l'Administrateur.

RÉSILIATION

La couverture en vertu du Régime restreint prend fin le dernier jour du mois suivant le dernier mois de travail ou à la date de début de la couverture du Régime intégral des Prestations, si celle-ci survient avant. Le Régime restreint ne comporte pas de clause de paiement par l'utilisateur.

DESCRIPTION DES PRESTATIONS

Veillez vous reporter aux descriptions des prestations d'Assurance-vie et d'assurance Décès et Mutilation accidentels expliquées dans le présent livret.

SITE WEB DES EMPLOYÉS ET DÉPÔT DIRECT

En ce qui concerne l'Assurance-maladie complémentaire et les Soins dentaires, vous pouvez maintenant visualiser et imprimer votre historique de réclamations en utilisant le site Web des Employés de D.A. Townley : www.ndtbenefits.org. Vous pouvez également demander à ce que vos remboursements de réclamations soient directement déposés sur votre compte bancaire en remplissant le Formulaire d'Inscription au Dépôt direct, également disponible sur le site Web de D.A. Townley : www.ndtbenefits.org.

DROIT AUX COPIES DES DOCUMENTS

À partir du 1^{er} juillet 2012, si un(e) Employé(e)/Membre vit en Colombie-Britannique ou en Alberta, il (elle) a le droit de demander, sur avis raisonnable, des copies des documents relatifs au Régime. La loi l'autorise à obtenir des copies des documents suivants :

- son formulaire d'adhésion ou sa demande d'assurance
- tout relevé écrit ou autre document, ne faisant pas par ailleurs partie de la demande, fourni à l'assureur comme preuve d'assurabilité
- un exemplaire du contrat/de la police

La première copie sera fournie gratuitement à l'Employé(e), et des frais pourront être facturés pour toutes copies supplémentaires. Toutes les demandes de copies de documents doivent être adressées par écrit à D.A. Townley.

ACTION EN JUSTICE

Toute action ou procédure en justice contre le Régime pour le recouvrement des prestations payables en vertu du Contrat ne peut en aucun cas être intentée, à moins d'avoir été lancée durant la période prescrite par la Loi sur les assurances.

Blank
inside back cover

Prestations fournies par :

La Canada Vie

No 161133

Assurance-vie

Invalidité à long terme

**Régime d'Assurance-maladie du secteur
des E.N.D. (Essais non destructifs)**

No 52565

Indemnité hebdomadaire

Assurance-maladie complémentaire

Soins dentaires

Blue Cross Life

No 793960007

Décès et mutilation accidentels

Assurance voyage RSA

No 1063911

VIATOR/Gestion Global Excel inc.

Urgence à l'extérieur de la province/du Canada

Excédent de frais médicaux et hospitaliers

Assurance-voyage

**Programme d'aide aux employés
et à leur famille**

No 7026

Shepell

Ce livret explique en termes généraux le Régime de prestations et la couverture en vigueur. Il n'est pas considéré comme un contrat d'assurance. Les modalités détaillées du Régime sont exposées dans les politiques du groupe remises aux Fiduciaires.

L'ADMINISTRATEUR

D.A. Townley

**DU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE
DU SECTEUR DES E.N.D.**

4250 Canada Way

Burnaby, British Columbia V5G 4W6

Téléphone (604) 299-7482

Télécopie (604) 299-8136

Appel sans frais 1-800-663-1356

Courriel : health@datownley.com (Réclamations)

Courriel : ndt@datownley.com (Administration)

www.ndtbenefits.org