



OECA

Industrie électrique d'Ottawa

Régime d'avantages sociaux

Tous les membres actifs et à la retraite

Date d'entrée en vigueur : 1er mai 2025

Conservez ce livret en lieu sûr

Votre régime d'avantages sociaux se veut un supplément important de votre revenu et une protection précieuse pour vous et votre famille.

Le présent livret définit les conditions spécifiques de votre régime d'avantages sociaux, de même que les niveaux de couverture de chaque garantie. Assurez-vous de le conserver en lieu sûr pour le consulter au besoin.

Voici les assureurs de la couverture :

Garantie	Assureur/administrateur	Numéro de police	Annexe
Assurance vie de base, assurance vie de base pour les personnes à charge, assurance invalidité de longue durée	Canada Vie, compagnie d'assurance-vie	325077	Annexe A
Assurance décès et mutilation accidentels de base	Zurich Compagnie d'assurances SA	8622073	Annexe B
Soins de santé complémentaires et soins dentaires	Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux de l'Industrie électrique d'Ottawa	61083	s. o.
Programme d'aide aux membres (PAM)	Building Trades	s. o.	s. o.
Télémedecine, deuxième avis médical et TCCI assistée par un thérapeute	CloudMD	s. o.	Annexe C

Si vous avez des questions à propos de votre régime d'avantages sociaux qui ne sont pas abordées dans le livret, veuillez communiquer avec Ellement Consulting Group (« Ellement »), l'administrateur du régime, au 613 699-8967, sans frais au 1 866 517-8967, par télécopieur au 844 736-5600 ou par courriel à EIO@ellement.ca.

Veuillez visiter le site web du régime à www.eiobenefits.ca/fr-ca

En cas de divergence entre le contrat du régime d'avantages sociaux et le présent livret, votre couverture sera déterminée en fonction des dispositions du contrat du régime.

Note importante

Le présent document renferme des renseignements importants sur votre régime d'avantages sociaux. Veuillez le conserver en lieu sûr. Il annule et remplace tout document antérieur qui vous a été transmis et constitue l'unique référence quant aux avantages sociaux décrits ci-après.



En tant que promoteur du régime, l'Industrie électrique d'Ottawa, ou ses fiduciaires ou agents désignés, établissent les règles ou règlements applicables à l'administration ou à la gouvernance du régime d'avantages sociaux et des transactions connexes.

L'Industrie électrique d'Ottawa, ou ses fiduciaires ou agents désignés, ont le droit d'interpréter le régime et de prendre les décisions qui s'y rapportent, notamment clarifier toute incertitude, omission ou incohérence, ou y remédier, conformément aux lois applicables et sur la base des traitements et honoraires raisonnables et usuels pour la couverture décrite dans le présent livret.

Les interprétations ou décisions de l'Industrie électrique d'Ottawa ou de ses fiduciaires ou agents désignés sont définitives et lient toutes les parties.

Protection de vos renseignements personnels

Ellement Consulting Group recueillera, utilisera, tiendra à jour, divulguera et communiquera uniquement les renseignements personnels considérés comme nécessaires à l'administration du régime. Les renseignements personnels seront protégés conformément à la législation applicable. Les administrateurs du régime pourront échanger des renseignements avec les personnes ou les organisations pertinentes – institutions, organismes gouvernementaux, organismes d'enquête, syndicat, fiduciaires, entreprises affiliées à Ellement Consulting Group, assureurs, réassureurs, vérificateurs, organismes de réglementation ou autres – pour administrer le régime et les droits aux prestations. Veuillez faire parvenir toute question sur la politique de confidentialité à notre agent de protection de la vie privée par la poste, ou encore, par courriel à privacy@ellement.ca.

The Privacy Officer
Ellement Consulting Group LP
1345 Taylor Avenue
Winnipeg, MB
R3M 3Y9

Erreurs ou omissions

Même si nous avons fait tout notre possible pour nous assurer que le présent livret est précis et complet, en cas d'erreur, d'omission ou de différend, les conditions des polices émises pour le compte de l'Industrie électrique d'Ottawa ont préséance. Les erreurs d'écriture commises par les fiduciaires et l'administrateur du régime n'invalident pas les garanties en vigueur ni ne maintiennent des garanties résiliées.

Toute fraude ou déclaration mensongère lors d'une demande de règlement invalide votre réclamation. Vous n'aurez pas droit aux avantages demandés. Il est possible que dans certains cas, un paiement en trop vous soit versé par erreur. Cela signifie que vous recevez un paiement d'un montant supérieur à celui auquel vous aviez droit. Si vous recevez un paiement auquel vous n'avez pas droit, vous devez immédiatement rembourser le promoteur du régime, Ellement, qui administre votre régime d'avantages sociaux en cette qualité, ou l'assureur. Si vous recevez un paiement auquel vous n'aviez pas droit et que vous ne le remboursez pas, l'une ou plusieurs des mesures suivantes pourront être prises :

- Tout paiement auquel vous avez droit pourra être retenu jusqu'à concurrence du montant que vous devez.
- Des poursuites en justice pourront être intentées contre vous.

Énoncé de mission

Historique

Le 1er octobre 1962, l'Industrie électrique d'Ottawa (IÉO) établissait le régime d'avantages sociaux des membres actifs et retraités de la section locale 586 de la FIOE, de leurs personnes à charge et de leurs survivants.

Objectifs

L'objectif premier du régime est de rembourser la totalité ou une portion des coûts des soins de santé, des soins dentaires et des fournitures des membres admissibles non couverts par le régime provincial d'assurance maladie. Le régime est aussi conçu pour assurer une protection financière en cas de décès ou d'invalidité grâce à une assurance vie collective, de même qu'une garantie en cas de décès ou mutilation accidentels et une assurance invalidité de longue durée.

Le régime :

- Fournit une couverture efficace de soins de santé et de soins dentaires, une assurance vie ainsi qu'une assurance invalidité de longue durée à tous les membres admissibles et à leurs personnes à charge.
- Assure un service haut de gamme, économique et efficace aux membres et à leurs bénéficiaires.
- Est administré de façon à promouvoir les objectifs de ses membres tout en respectant les principes de saine gouvernance et de responsabilité fiduciaire.

Le texte du régime décrit les garanties et les conditions en détail. Il peut par la suite être modifié en tout temps. Les demandes de règlement seront administrées conformément aux règles en vigueur à leur date de prise d'effet, ainsi qu'à toute modification apportée au régime. Les membres peuvent consulter le texte du régime en tout temps auprès de leur syndicat.

Ellement, l'administrateur du régime, a été choisie pour traiter et rembourser les demandes de règlement conformément au texte du régime.

Table des matières

Résumé des avantages sociaux	1
1. Renseignements généraux	11
1.1 Date d'entrée en vigueur du régime	11
1.2 Votre régime complète les régimes provinciaux	11
1.3 Qui est admissible	11
1.4 Délai d'admissibilité	11
1.5 Prise d'effet de la couverture	11
1.6 Définitions	12
1.7 Compte de la banque d'heures	13
1.8 Remboursement du solde du compte banque d'heures	14
1.9 Changement dans la couverture	14
1.10 Modification des renseignements	15
1.11 Règles relatives au bénéficiaire	15
1.12 Suspension du statut de membre du syndicat et de la couverture	15
1.13 Fin de la couverture	16
1.14 Fin de la couverture par suite de la cessation de la participation au régime de retraite	16
1.15 Remise en vigueur de la couverture	17
1.16 Prolongation de la couverture	17
1.17 Remise en vigueur des avantages sociaux /maximums applicables	19
1.18 Solde du compte de banque d'heures en excédent de deux années de primes	19
1.19 Programme de paiement direct	19
1.20 Paiements préautorisés	20
1.21 Programme de subventions pour les membres en chômage	20
1.22 Programme de réduction des primes pour les membres à faible revenu	20
1.23 Coordination des prestations	20
1.24 Ordre de la détermination des prestation	21
1.25 Imposition	21
1.26 Couverture à l'étranger	22
2. Soins de santé complémentaires	23
2.1 Paiement des prestations	23
2.2 Carte-médicaments à paiement direct	23
2.3 Accident du travail/frais afférents	23
2.4 Frais admissibles	23
2.4.1 Médicaments d'ordonnance et préparations pharmaceutiques	24
2.4.2 En dehors de la province, mais au Canada	24
2.4.3 Soins dentaires dus à un coup accidentel à la bouche	24
2.4.4 Ambulance	25
2.4.5 Fournitures médicales	25
2.4.6 Soins infirmiers	27

2.4.7 Services paramédicaux	28
2.4.8 Centre de désintoxication	28
2.4.9 Soins de la vue	28
2.4.9.1 Verres correcteurs, lentilles cornéennes correcteurs, et la chirurgie oculaire au laser	28
2.4.9.2 Examens de la vision	28
2.4.9.3 Entraînement visuel	28
3. Soins dentaires	29
3.1 Prédétermination des prestations	29
3.2 Disposition d'indemnisation de remplacement	29
3.3 Services de base	29
3.4 Restaurations majeures	30
3.5 Soins orthodontiques	31
4. Exclusions générales	32
5. Prestation de Deuil	33
6. Programme d'aide aux membres (PAM)	34
7. Soumission d'une demande des prestations de soins de santé, de soins dentaires et de soins CGS	35
7.1 Renseignements généraux	35
7.1.1 Coordination des prestations	35
7.2 Options de présentation des demandes	35
7.2.1 Application d'assurance collective d'Ellement ou portail de réclamations	35
7.2.2 Soumission manuelle des demandes de règlement (courriel, par la poste ou en mains propres)	36
7.2.3 Soumissions de facturation directe	37
7.2.3.1 Fournisseurs de soins de santé complémentaires	37
7.2.3.2 Demandes de règlement de soins dentaires soumises directement par votre fournisseur de soins dentaire	37
7.3 Dépôt préautorisé pour les remboursements de réclamations	37
7.4 Procédure d'appel des demandes de règlement	38
8. Nous joindre	39
Annexe A : Assurance-vie de base du membre, assurance-vie de base pour les personnes à charge, et assurance invalidité de longue durée	40
Annexe B : Assurance décès et mutilation accidentels de base	41
Annexe C : Autres services disponibles par l'entremise de CloudMD	42

Résumé des avantages sociaux

Voici un sommaire de votre régime d'avantages sociaux. Pour plus de détails sur chaque garantie, consultez la section appropriée de ce livret.

Assurance vie de base du membre

REPORTEZ-VOUS À L'ANNEXE A – CANADA VIE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Critères d'admissibilité des membres	Volume
(Toute l'information concerne les membres âgés de moins de 65 ans sauf si autrement spécifié.)	
• Activement au travail le 1er novembre 2018 ou après.	\$250,000
• Temporairement mis à pied pendant moins de 24 mois consécutifs.	
• Non activement au travail depuis le 31 octobre 2018.	\$125,000
• Non activement au travail depuis le 31 octobre 2014.	\$100,000
• Non activement au travail depuis le 30 septembre 2005. • À la retraite au 1er juillet 1982 ou après, et avant le 1er octobre 2005.	\$50,000
• À la retraite avant le 1er janvier 1982.	\$25,000
• Membre (peu importe son âge) temporairement mis à pied pendant plus de 24 mois consécutifs, mais moins de 36 mois.	\$7,500

Un membre à la retraite est considéré comme un membre en règle de la section locale 586 de la FIOE qui reçoit des prestations de retraite du Régime de retraite de l'Industrie électrique d'Ottawa.

Réductions

- Réduction de 50 % du montant de capital assuré de l'assurance vie applicable ci-dessus en date du 1er janvier de l'année qui coïncide avec la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans, ou qui la suit immédiatement.
- Réduction de 10 % du solde le 1er janvier de chaque année subséquente.

Les réductions ne peuvent dépasser les montants suivants :

À l'âge de :	Réduction du capital assuré de :	Original Starting Volume			
		250 000 \$	125 000 \$	100 000 \$	50 000 \$
65	50%	125,000 \$	62,500 \$	50,000 \$	25,000 \$
66	10%	100,000 \$	50,000 \$	40,000 \$	20,000 \$
67	10%	75,000 \$	37,500 \$	30,000 \$	15,000 \$
68	10%	50,000 \$	25,000 \$	20,000 \$	10,000 \$
69 et plus	10%	25,000 \$	12,500 \$	10,000 \$	5,000 \$

La couverture d'assurance vie est maintenue à la retraite pourvu que les primes requises soient payées.

Assurance vie des personnes à charge

REPORTEZ-VOUS À L'ANNEXE A – CANADA VIE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Capital assuré	10 000 \$ pour le conjoint. 10 000 \$ par enfant âgé de 15 jours ou plus.
Réduction	Réduction de 50 % en date du 1er janvier de l'année qui coïncide avec la date à laquelle le membre atteint l'âge de 65 ans, ou qui la suit immédiatement. birthday.
Fin de la protection	Date à laquelle la couverture d'assurance vie du membre prend fin.

Assurance décès et mutilation accidentels (ADMA) de base du membre

REPORTEZ-VOUS À L'ANNEXE B – ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA

Critères d'admissibilité des membres <i>(Toute l'information concerne les membres âgés de moins de 65 ans sauf si autrement spécifié.)</i>	Volume
• Activement au travail le 1er novembre 2018 ou après. • Temporairement mis à pied pendant moins de 24 mois consécutifs.	250,000 \$
• Non activement au travail depuis le 31 octobre 2018.	125,000 \$
• Non activement au travail depuis le 31 octobre 2014. • À la retraite au 1er août 1998 ou après, mais avant le 1er novembre 2014.	100,000 \$
• À la retraite au 1er juillet 1982 ou après, mais avant le 1er août 1998.	50,000 \$
• À la retraite avant le 1er janvier 1982.	25,000 \$
Fin de la couverture	70 ans

Réductions

- Réduction de 50 % du montant de capital assuré de l'ADMA applicable ci-dessus en date du 1er janvier de l'année qui coïncide avec la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans, ou qui la suit immédiatement.
- Réduction de 10 % du solde le 1er janvier de chaque année subséquente.

Les réductions ne peuvent dépasser les montants suivants :

At Age:	Reduction from starting volume of:	Original Starting Volume			
		250,000 \$	125,000 \$	100,000 \$	50,000 \$
65	50%	125,000 \$	62,500 \$	50,000 \$	25,000 \$
66	10%	100,000 \$	50,000 \$	40,000 \$	20,000 \$
67	10%	75,000 \$	37,500 \$	30,000 \$	15,000 \$
68	10%	50,000 \$	25,000 \$	20,000 \$	10,000 \$
69	10%	25,000 \$	12,500 \$	10,000 \$	5,000 \$

La garantie de base en cas de décès ou de mutilation accidentels est maintenue à la retraite jusqu'à l'âge de 70 ans, pourvu que les primes requises soient payées.

Assurance invalidité de longue durée du membre

REPORTEZ-VOUS À L'ANNEXE A – CANADA VIE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Prestations	2 500 \$ par mois.
Délai de carence	119 jours civils ou date de cessation du versement des prestations d'AE, selon la dernière de ces éventualités.
Durée maximale des prestations	Jusqu'à l'âge de 60 ans ou à la retraite, selon la première de ces éventualités
Statut des prestations	Imposables.
Fin de la couverture	Jusqu'à l'âge de 60 ans moins le délai de carence ou à la retraite, selon la première de ces éventualités.

Le montant maximal des prestations peut être réduit des prestations et paiements provenant d'autres sources, tel que décrit à la section Assurance invalidité de longue durée (ILD) de ce livret.

Soins de santé complémentaires

Franchise	Aucune.
Niveau de remboursement	90 % (à moins d'indication contraire).
Prestation maximale	Maximum à vie de 50 000 \$ par personne assurée pour les médicaments. Voir les maximums indiqués sous <i>Médicaments d'ordonnance</i> ci-dessous.
Fin de la protection	La couverture est maintenue à la retraite pourvu que les primes requises soient payées.

Remarque : Certains avantages individuels sont assujettis à des maximums mensuels, annuels ou à vie.

Médicaments d'ordonnance

• Franchise	5,00 \$ par ordonnance, laquelle est supprimée si les frais d'ordonnance de la pharmacie n'excèdent pas le maximum du Régime d'assurance-médicaments de l'Ontario.
• Niveau de remboursement	90 % des frais admissibles (à moins d'indication contraire).
• Médicaments admissibles	Médicaments, sérum, vaccins et préparations injectables qui nécessitent une ordonnance avec numéro d'identification (DIN) valide, lorsqu'ils sont prescrits par un professionnel de la santé ou un dentiste agréé et dispensés par un pharmacien, un dentiste ou un médecin.
• Substitutions génériques	Oui
• Carte-médicaments	Oui
• Plafonds et exclusions	
Médicaments admissibles	Maximum à vie de 50 000 \$ par personne assurée. Si le montant à vie maximal est atteint, la limite annuelle de 1 000 \$ par personne assurée s'appliquera.

- Approvisionnement des médicaments	Limité à : <ul style="list-style-type: none"> • 34 jours pour les médicaments d'ordonnance. • 100 jours pour les médicaments d'entretien.
- Injections sclérosantes pour le traitement des varices	Traitement médical nécessaire (médicament seulement) dans les provinces où il n'y a pas de couverture provinciale.
- Viscosupplémentation	1 500 \$ par personne assurée tous les 6 mois
- Produits et médicaments antitabagiques	500 \$ à vie par personne assurée, y compris les médicaments sur ordonnance, les produits en vente libre et les thérapies (y compris l'hypnose, les traitements au laser, etc.).
- Médicaments contre la dysfonction sexuelle	1 000 \$ par personne assurée par année civile.
- Traitement et médicaments liés à la fertilité	3 cycles de traitement à vie (médicaments seulement).
- Médicaments pour la perte de poids	Certains médicaments sont couverts si des critères précis sont respectés.

L'administrateur du régime peut exiger une autorisation pour certains médicaments.

Soins hospitaliers

• Franchise	Aucune.
• Niveau de remboursement	100 % (à moins d'indication contraire).
• Centre de désintoxication	Période de confinement maximale de 28 jours (approbation requise).
• Établissement de soins infirmiers	90 %, jusqu'à un maximum de 31,25 \$ par jour en chambre individuelle ou à deux lits.

Soins de la vue

• Franchise	Aucune
• Niveau de remboursement	100% des frais admissible (à moins d'indication contraire).
• Maximum:	800 \$ par personne assurée par période de 2 années civiles.
• Frais admissibles	Lunettes de prescription, comprenant : <ul style="list-style-type: none"> • lentilles et montures réguliers • lentilles et montures de sécurité • lentilles et montures de soleil Lentilles cornéennes de prescription Chirurgie oculaire au laser
• Cristallin artificiel/lentilles intraoculaires (LIO) pour les cataractes	Frais raisonnables et habituels.
• Examens de la vision, incluant la réfraction oculaire et la tomographie en cohérence optique	125 \$ par personne assurée pour un examen régulier par période de 2 années civiles.
• Examens de la vision pour une urgence	200 \$ per personne assurée pour un examen de la vision pour une urgence par période de 2 années civiles.
• Frais pour le diagnostic d'une condition oculaire	200 \$ per personne assurée pour les frais pour le diagnostic d'une condition oculaire par période de 2 années civiles.
• Entraînement visuel	Admissible si effectuée par un optométriste autorisé.

Services professionnels/paramédicaux

• Franchise	Aucune
• Niveau de remboursement	90 % des frais admissibles (à moins d'indication contraire).
• Maximum	1 900 \$ par personne assurée, par année civile, pour tous les praticiens combinés. Remarque : Les tests et évaluations psychologiques et les soins et services orthophoniques ne sont pas assujettis au maximum annuel combiné de 1 900 \$.
• Praticiens admissibles	
• Acupuncteur	Raisonnables et habituels.
• Chiropraticien	Raisonnables et habituels.
• Homéopathe	Raisonnables et habituels: - Comprend des fournitures et des suppléments
• Massothérapeute ou orthothérapeute	Raisonnables et habituels.
• Naturopathe	Raisonnables et habituels.
• Ergothérapeute	Raisonnables et habituels.
• Ostéopathe	Raisonnables et habituels.
• Physiothérapeute	Raisonnables et habituels.
• Podiatre	Raisonnables et habituels.
• Podologue	Raisonnables et habituels.
• Psychologue, travailleur social, conseiller, psychothérapeute	Raisonnables et habituels.
• Orthophoniste	Raisonnables et habituels.

Fournitures et services médicaux

• Franchise:	Aucune.
• Niveau de remboursement	90 % des frais admissibles (à moins d'indication contraire).
• Maximum par service et/ou fourniture	
- Prothèse mammaire externe (à la suite d'une mastectomie)	Frais raisonnables et habituels
- Soutien-gorge chirurgical	Achat de 6 soutiens-gorges chirurgicaux par personne assurée par année civile.
- Soins infirmiers privés	Frais raisonnables et habituels pour les services d'une infirmière autorisée (IA). 18,75 \$ par jour par famille pour les services d'une infirmière praticienne autorisée (IPA).
- Oeil artificiel	Raisonnables et habituels.
- Bonnets de moignon	Raisonnables et habituels.
- Chaussures orthopédiques (sur mesure)	2 paires jusqu'à concurrence de 500 \$ par paire par personne assurée par année civile.

- Orthèses ou soutien plantaire (sur mesure)	2 paires jusqu'à concurrence de 500 \$ par paire par personne assurée par année civile.
- Bas de soutien	2 paires jusqu'à concurrence de 75 \$ par paire par personne assurée par année civile.
- Prothèses auditives	2 000 \$ par personne assurée par 5 années civiles (incluant les tests auditifs). Sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un audiographe.
- Services de diagnostic	Raisonnables et habituels.
- Perruques à la suite d'une chimiothérapie	100 % jusqu'à concurrence d'un maximum à vie de 1 000 \$ par personne assurée.
- Fournitures pour diabétiques:	Frais raisonnables et habituels (à l'exception des tampons d'alcool et de l'alcool à friction).
- Glucomètre ou reflectomètre; ou moniteur flash FreeStyle Libre; ou un récepteur de glucomètre en continu	Une fois toutes les 5 années civiles, jusqu'à concurrence des frais raisonnables et habituels.
- Capteurs FreeStyle Libre et les émetteurs et capteurs de glucose en continu	5 000 \$ par personne assurée chaque année civile pour les enfants âgés moins de 18 ans.
- Neurostimulateurs transcutanés (TENS)	Achat ou location, un appareil toutes les 5 années civiles, jusqu'à concurrence des frais raisonnables et habituels.
- Dispositif intra-utérin	Frais raisonnables et habituels.
- Support dorsal ObusForme®	Une fois tous les 5 années civiles, jusqu'à concurrence des frais raisonnables et habituels.
- Traitement hors de la province	Exclus.

Soins dentaires

Franchise	Aucune.
Guide des tarifs des actes buccodentaires	Basé sur le Guide des tarifs des actes buccodentaires de l'Association dentaire 2024, à l'intention des dentistes omnipraticiens, des denturologistes, des spécialistes, et des hygiénistes dentaires indépendants, là où le service est rendu.
Remboursement	
• Soins de base et restaurations majeures	90% des frais admissibles
- Maximum	Maximum combiné pour les soins de base et de restauration majeure de 2 000 \$ par personne assurée par année civile.
• Soins orthodontiques	80% des frais admissibles
- Maximum	6 000 \$ à vie par personne assurée.
Fréquence des traitements	
• Examen buccodentaire complet	Une fois par période de 24 mois consécutifs.
• Examen buccodentaire de rappel	Une fois par période de 6 mois consécutifs.
• Examen buccodentaire particulier:	Illimité.
• Examen buccodentaire d'urgence:	Illimité.
• Série complète de radiographies ou radiographie panoramique	Une fois par période de 24 mois consécutifs.
• Polissage	Une fois par période de 6 mois consécutifs.
• Radiographies interproximales	Une fois par période de 6 mois consécutifs.
• Détartrage	8 unités par année civile.
• Surfaçage radiculaire	Frais raisonnables et habituels.
• Traitement au fluorure	Une fois par période de 6 mois consécutifs.
• Obturation de la couleur de la dent (composite)	Admissible pour toutes les dents.
• Appareils parodontaux incluant les plaques occlusales et appareils anti-bruxisme	Frais raisonnables et habituels.
• Ajustements d'un appareil parodontal pour contrôler le bruxisme	Frais raisonnables et habituels.
• Scellants de puits et fissures	Pour les enfants de moins de 18 ans.
• Équilibration occlusale	4 unités par année civile.
• Mainteneurs d'espace	Seulement pour les dents primaires manquantes.

• Instructions en matière d'hygiène buccale	Une fois par période de 6 mois consécutifs.
• Anesthésie	Frais raisonnables et habituels.
• Ajustements des prothèses dentaires, incluant les ajustements mineurs	Frais raisonnables et habituels.
• Rebasage/réalignement des prothèses dentaires	Frais raisonnables et habituels.
• Couronne préformée en acier inoxydable et polycarbonate	Frais raisonnables et habituels.
• Incrustations et incrustations de recouvrement	3 surfaces dentaires ou plus, une fois tous les 5 ans
• Couronnes et facettes	Une fois tous les 5 ans.
• Ponts et prothèses dentaires	Une fois tous les 5 ans.
• Implants dentaires	Une fois tous les 5 ans.
• Services liés à la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporomandibulaire (ATM)	Frais raisonnables et habituels.
• Frais de laboratoire	Limités aux frais raisonnables et habituels pour le traitement ou le service dentaire.
Fin de la protection	La couverture dentaire est maintenue à la retraite pourvu que les primes requises soient payées.

Si la couverture prend fin et est réinstaurée à l'intérieur d'une période de 6 mois, le maximum applicable à la date de la fin de la protection est reporté.

Prestation de Deuil

Montant de la prestation

Maximum de 400 \$ par jour¹, pour un maximum de deux jours de perte de salarie à la suite du décès d'un enfant, d'un petit-enfant, d'un parent, d'un grand-parent, d'un beau-parent, d'un frère, d'une soeur, d'un beau-frère, d'une belle-soeur ou d'un conjoint, tel que défini dans 5.
Prestation de deuil.

¹ Remarque : Les membres dont le salaire est inférieur au taux de base d'un compagnon du secteur industriel, commercial et institutionnel recevront une prestation quotidienne calculée au prorata.

Programme d'aide aux membres (PAM)

Franchise	Aucune.
Événements de la vie	Problèmes personnels, dont des problèmes financiers, juridiques, maritaux, de stress, d'abus d'alcool et de drogues, etc.

Télémedecine

REPORTEZ-VOUS À L'ANNEXE C – AUTRES SERVICES DISPONIBLES PAR L'ENTREMISE DE CLOUDMD.

Services	Soins de santé et soutien médical virtuels pour les questions, les besoins et les problèmes non urgents.
----------	--

Thérapie cognitivo-comportementale en ligne assistée par un thérapeute (TAiCBT)

REPORTEZ-VOUS À L'ANNEXE C – AUTRES SERVICES DISPONIBLES PAR L'ENTREMISE DE CLOUDMD.

Services	La thérapie cognitivo-comportementale offerte en ligne comprend une combinaison de contenu en ligne et de thérapie directe individuelle.
----------	--

Deuxième avis médical

REPORTEZ-VOUS À L'ANNEXE C – AUTRES SERVICES DISPONIBLES PAR L'ENTREMISE DE CLOUDMD

Services	Renseignements médicaux revus par un professionnel de la santé pour s'assurer que le diagnostic posé est le bon et que le programme de traitement est optimal.
----------	--

1. Renseignements généraux

1.1 Date d'entrée en vigueur du régime

Le régime décrit dans ce livret est à jour au 1er mai 2025.

1.2 Votre régime complète les régimes provinciaux

Votre régime d'avantages sociaux est conçu pour vous offrir une protection supplémentaire, mais ne fait pas double emploi avec les prestations offertes en vertu des régimes provinciaux d'assurance maladie et hospitalisation et ne les remplace pas. Par conséquent, le régime d'avantages sociaux exclut les soins et les services offerts par un régime provincial. Le régime collectif n'offre pas de prestations pour des soins ou des traitements qui sont interdits par l'assurance privée.

1.3 Qui est admissible

Un membre en règle du syndicat qui est :

- au service d'un employeur et directement rémunéré par celui-ci et qui, selon la convention collective avec le syndicat, doit cotiser au Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux de l'Industrie électrique d'Ottawa au nom de ce membre; ou qui est employé salarié à temps plein :
 - i) d'un entrepreneur en électricité; ou
 - ii) du syndicat; ou
 - iii) du Construction Council of Ontario de la FIOE.
- un entrepreneur qui a signé un accord de participation avec le syndicat.
- un propriétaire/exploitant qui n'a pas d'employés rémunérés à l'heure et qui, sous réserve d'un accord de participation avec le syndicat, a consenti à verser les cotisations obligatoires au fonds en son propre nom. La participation est facultative.

La couverture de conjoint et des enfants à charge est disponible sous réserve des conditions énumérées dans ce livret.

1.4 Délai d'admissibilité

Vous serez admissible au régime à compter du premier jour du deuxième mois suivant le cumul de 225 heures dans votre compte de banque d'heures.

1.5 Prise d'effet de la couverture

Membre actif

- Une fois les conditions et le délai d'admissibilité satisfaits.

Membre inactif

- Au retour au statut actif du membre.

Personnes à charge

- À la date à laquelle la couverture du membre commence (si une personne à charge a été identifiée); ou
- À la date à laquelle la personne à charge devient admissible à la couverture; ou
- À la date de la demande de couverture de la personne à charge, pourvu que la demande soit présentée dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité initiale à la couverture de la personne à charge.

Remplissez un nouveau formulaire d'inscription pour ajouter ou changer un conjoint légalement marié ou de fait, ou ajouter ou supprimer un enfant. Les demandes de changement de couverture des personnes à charge sont assujetties à l'examen et à l'approbation du syndicat de la section locale 586 de la FIOE.

1.6 Définitions

Actif ou activement au travail : membre qui, dans le cadre de son travail, effectue l'ensemble des tâches habituelles de son occupation.

Bénéficiaire révocable/irrévocable : *Bénéficiaire révocable* signifie que la personne que vous nommez pour recevoir les avantages d'une police d'assurance peut être modifiée. *Bénéficiaire irrévocable* signifie que la personne que vous nommez pour recevoir les avantages d'une police d'assurance ne peut pas être modifiée sans son consentement écrit.

Conjoint : s'entend :

- d'une personne avec qui le membre est légalement marié; ou
- d'un conjoint de fait, y compris un conjoint du même sexe, avec lequel le membre cohabite depuis au moins 12 mois et qui est connu publiquement comme étant son conjoint/partenaire.

Le membre doit indiquer le nom de la personne considérée comme son conjoint aux fins de la police. Un seul conjoint sera couvert en vertu de la police pour une même période.

Convention collective : contrat d'après lequel les cotisations sont versées au Fonds en fiducie par l'employeur au nom d'un membre.

Employeur (s'entend de n'importe laquelle des définitions suivantes) :

- Le titulaire de la police;
- Un entrepreneur en électricité qui emploie des membres à temps plein et qui, conformément à la convention collective avec le syndicat, est tenu de verser des cotisations au Fonds en fiducie au nom desdits membres;
- Un entrepreneur en électricité qui a des employés salariés à temps plein et qui, sous réserve d'une entente de participation avec le syndicat, est tenu de verser des cotisations au Fonds en fiducie au nom desdits employés;
- La section locale 586 de la FIOE ou du Construction Council of Ontario de la FIOE qui a des employés salariés à temps plein; ou
- Un propriétaire/exploitant qui n'a pas d'employés rémunérés à l'heure et qui, sous réserve d'un accord de participation avec le syndicat, a consenti à verser des cotisations au Fonds en son propre nom.

Enfant à charge : une personne célibataire qui demeure avec vous, qui est à votre charge, et qui répond aux deux exigences suivantes :

1^{ère} exigence :

- (i) votre enfant naturel ou adopté ; ou
- (ii) l'enfant naturel ou adopté de votre conjoint(e) (soit époux/épouse légal ou conjoint(e) de fait)

2^{ème} exigence :

- (i) âgé de moins de 21 ans ; ou
- (ii) âgé de 21 ans ou plus, mais moins de 25 ans, et qui fréquente à temps plein un établissement accrédité d'enseignement ; ou
- (iii) âgé de 21 ans ou plus, et qui est incapable de subvenir à ses besoins à cause d'un handicap physique ou mental. La couverture de cette personne à charge sera maintenue conformément à cette police à condition que le handicap existe de façon continue depuis le moment où cet enfant était assuré en tant que personne à charge en vertu de cette police. Une preuve écrite du handicap doit être fournie par un médecin.

Pour éviter les délais ou des problèmes de traitement des demandes, communiquez avec l'administrateur du régime en cas de modification du statut d'une personne à charge. Les demandes de modification concernant les personnes à charge assurées sont soumises à l'examen et à l'approbation de la section locale 586 de la FIOE.

Inactif / en chômage : membre qui s'absente temporairement du travail en raison d'une mise à pied temporaire, d'un congé autorisé, d'une grève ou de tout autre arrêt de travail.

Invalidité : comme définie aux sections de l'assurance vie et de l'assurance invalidité de longue durée (ILD) du présent livret.

Personne assurée : personne couverte à titre de membre, conjoint ou personne à charge.

Retraité : un membre en règle qui :

- est retraité ou prend sa retraite, et qui n'est pas retourné au travail pour un employeur participant;
- perçoit des prestations de retraite du Régime de retraite de l'Industrie électrique d'Ottawa;
- a participé au régime d'avantages sociaux au cours des deux années précédentes et dont les avantages sont en vigueur au moment de la retraite. (Le personnel dont les avantages sont en vigueur au moment de la retraite est admissible);
- a rempli un formulaire confirmant le choix quant à son ensemble d'avantages sociaux et le fait qu'il prend sa retraite.

Syndicat : Fraternité internationale des ouvriers en électricité, section locale 586.

Temps plein : s'entend des salariés qui travaillent régulièrement au moins 20 heures par semaine.

Titulaire de la police : Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux de l'Industrie électrique d'Ottawa en sa capacité de titulaire de la police des contrats collectifs numéros 325077, 8622073 et 61083.

1.7 Compte de la banque d'heures

Pour chaque heure travaillée, une cotisation, définie dans votre convention collective ou l'accord de participation, est versée dans votre compte de banque d'heures.

Chaque mois, un nombre d'heures est déduit de votre compte de banque d'heures pour couvrir le coût de vos prestations. Le nombre d'heures requises peut fluctuer selon le coût des prestations. Les heures en sus de celles qui sont requises pour maintenir votre couverture mensuelle s'accumulent dans votre banque d'heures.

Chaque mois, vous recevez un relevé indiquant les heures travaillées le mois précédent. Il est important de connaître le cycle de consignation des heures travaillées. Le nombre d'heures travaillées au cours d'un mois est transmis à l'administrateur du régime le mois suivant. Ces heures déterminent la couverture offerte le second mois suivant le mois travaillé.

Par exemple, le nombre d'heures travaillées en février est transmis à l'administrateur du régime en mars. Ce chiffre est utilisé pour déterminer l'admissibilité à la couverture du mois d'avril.

Le tableau ci-dessous illustre ce cycle.

Mois travaillés	Mois de signalement	Mois couverts
Février	Mars	Avril
Mars	Avril	Mai
Avril	Mai	Juin
Mai	Juin	Juillet
Juin	Juillet	Août
Juillet	Août	Septembre
Août	Septembre	Octobre
Septembre	Octobre	Novembre
Octobre	Novembre	Décembre
Novembre	Décembre	Janvier
Décembre	Janvier	Février
Janvier	Février	Mars

Remarque: Les nouveaux membres et les membres réintégrés sont couverts le premier jour du deuxième mois qui suit le mois au cours duquel ont été cumulées 225 heures de travail. Ainsi, le membre qui a travaillé 100 heures en février et 125 heures en mars est assuré à compter du 1er mai.

1.8 Remboursement du solde du compte banque d'heures

Si votre couverture cesse et que vous n'êtes pas couvert pendant 24 mois consécutifs, tout solde restant dans votre compte de banque d'heures sera perdu.

Au décès

À votre décès, votre conjoint survivant et vos personnes à charge admissibles pourront utiliser le solde de votre compte pour prolonger la couverture, jusqu'à ce que le compte soit épuisé. Le programme de paiement direct n'est pas offert au conjoint survivant; toutefois, la réserve générale du fonds en fiducie assumera la prime applicable pour faire en sorte d'offrir une couverture minimale de six mois à compter de la date de votre décès. Le remboursement du solde d'un compte de banque d'heures n'est pas permis.

À la retraite

À la retraite, le solde de votre compte peut être utilisé pour prolonger la couverture pendant la retraite; sinon, le solde est perdu.

1.9 Changement dans la couverture

Si votre couverture change en raison d'un changement d'âge, de classe, de gains, etc., ou à la suite d'un changement de régime, votre couverture ne sera pas ajustée avant le premier jour du mois suivant la date du changement, sauf si le changement survient le premier jour du mois. De plus, vous devez être activement au travail et verser les contributions appropriées.

Si l'une de vos personnes à charge est hospitalisée le jour où sont censées prendre effet des prestations accrues, ces dernières n'entreront pas en vigueur avant que la personne à charge reçoive son congé de l'hôpital. Dans tous les cas, le paiement pour des services et des fournitures reçus avant la date d'une augmentation des prestations sera toujours basé sur les prestations du régime en vigueur avant le changement.

1.10 Modification des renseignements

Pour vous assurer que vous recevez toute la correspondance voulue et que les renseignements appropriés sont versés à votre dossier, communiquez avec l'administrateur du régime dès qu'un changement survient (par exemple, nouvelle personne à charge, changement de bénéficiaire ou d'adresse).

1.11 Règles relatives au bénéficiaire

Le bénéficiaire représente la personne que vous avez désignée par écrit pour toucher des prestations. Au moment de votre adhésion, vous devez désigner le bénéficiaire à qui les prestations de décès seront payées.

Vous devez désigner un bénéficiaire révocable ou irrévocabile. Vous pouvez changer une désignation révocable en tout temps, mais il est impossible de modifier une désignation irrévocabile ou apporter certaines modifications à votre régime sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocabile.

Remarque: Lorsque la loi du Québec s'applique et que vous avez désigné votre conjoint marié ou conjoint de fait à titre de bénéficiaire, la désignation devient irrévocabile, sauf indication contraire.

Les prestations payables au décès en vertu de la police sont versées à votre bénéficiaire. À défaut d'un bénéficiaire désigné, les prestations sont versées à la succession.

Sous réserve des droits des bénéficiaires prévus par la loi, vous pouvez changer en tout temps de bénéficiaire en remplissant un formulaire de désignation de bénéficiaire que vous remettez à l'administrateur du régime. Le changement entrera en vigueur à la date de la signature du formulaire, mais ne s'appliquera à aucun paiement effectué par l'assureur avant la date de réception du formulaire par l'administrateur du régime.

Si vous désignez plus d'un bénéficiaire sans préciser la répartition des montants, ceux-ci seront répartis également entre les bénéficiaires.

Si un bénéficiaire décède avant vous, les droits de ce bénéficiaire prennent fin. Les prestations seront réparties également entre les autres bénéficiaires, ou à défaut d'un bénéficiaire désigné ou de bénéficiaires désignés, à votre succession, à moins d'indication contraire sur le formulaire de désignation.

1.12 Suspension du statut de membre du syndicat et de la couverture

Si vous ne versez pas vos cotisations syndicales et de ce fait n'êtes plus membre du syndicat, vos prestations en vertu de ce régime sont résiliées à la date d'effet de la suspension, signalée par la section locale 586 de la FIOE. Le solde de votre compte de banque d'heures est perdu et transféré à la réserve générale du fonds.

1.13 Fin de la couverture

La couverture du membre prendra fin à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle l'appartenance au syndicat cesse pour le membre;
- Le premier jour du deuxième mois suivant le mois au sein duquel le nombre d'heures dans le compte de banque d'heures tombe sous le minimum requis pour prolonger l'assurance;
- Pour la couverture de l'ADMA et l'assurance ILD, le premier jour du deuxième mois suivant la date d'une mise à pied pour une période de plus de 24 mois;
- Pour la couverture d'assurance vie du membre et des personnes à charge, le premier jour du deuxième mois suivant la date d'une mise à pied excédant une période de 36 mois sauf si une preuve médicale a été fournie à l'appui d'une espérance de vie de moins de deux ans;
- Pour les garanties soins de santé complémentaire et soins dentaires, le premier jour du deuxième mois suivant la date d'une mise à pied excédant une période de 36 mois, aucun solde n'existant dans le compte de banque d'heures;
- Le premier jour du deuxième mois suivant la date à laquelle les actifs du Régime de retraite de l'Industrie électrique d'Ottawa du membre sont transférés en permanence du régime, sauf si une preuve médicale a été fournie à l'appui d'une espérance de vie de moins de deux ans;
- La date à laquelle le membre cesse d'être membre d'une catégorie admissible;
- La date à laquelle il est mis fin à la catégorie du membre;
- La date à laquelle le membre devient membre à temps plein des forces armées d'un pays;
- La date à laquelle le membre omet de verser les cotisations;
- Lorsque la date à laquelle la prime est due coïncide avec ou suit immédiatement la date à laquelle le membre atteint l'âge limite indiqué au *Sommaire des garanties*;
- La date à laquelle la police prend fin;
- La date à laquelle le membre commence à travailler pour un employeur non syndiqué ou non participant.

La couverture de la personne à charge prendra fin à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle la couverture du membre cesse;
- La date à laquelle la personne à charge cesse d'être une personne à charge admissible;
- La date à laquelle la couverture de personne à charge en vertu de la police cesse;
- La date à laquelle les cotisations cessent d'être versées pour la couverture des personnes à charge après votre décès (voir 1.16.5 *Garanties de soins de santé complémentaires et de soins dentaires des personnes à charge après votre décès* ci-dessous pour plus de détails);
- La date à laquelle le membre est en chômage depuis plus de 36 mois consécutifs.

1.14 Fin de la couverture par suite de la cessation de la participation au régime de retraite

Si vous choisissez de mettre fin à votre participation au Régime de retraite de l'Industrie électrique d'Ottawa pour un motif autre qu'une espérance de vie écourtée, le transfert de vos actifs en dehors du régime alors que vous êtes toujours couvert fera en sorte que votre couverture sera résiliée le premier jour du deuxième mois suivant la date de règlement de votre compte de retraite. Tout solde d'heures dans votre compte sera perdu.

Si vous optez pour le transfert permanent de vos actifs de retraite en vertu d'un accord réciproque, mais que vous ne faites pas de même pour votre solde de compte au titre du régime d'avantages sociaux, il vous sera encore permis de cotiser à ce régime.

1.15 Remise en vigueur de la couverture

Si vos prestations ont pris fin parce que vous ne comptiez pas suffisamment d'heures dans votre banque et que vous n'avez pas participé au programme de paiement direct, votre couverture sera remise en vigueur lorsque vous aurez accumulé 225 heures dans un délai de 12 mois. La couverture entre en vigueur le premier jour du deuxième mois suivant la date où votre banque totalise 225 heures, pourvu que vous soyez au travail ou admissible à reprendre le travail, et un membre en règle du syndicat.

Si votre couverture a été suspendue en même temps que votre qualité de membre du syndicat, la couverture sera remise en vigueur à la date de réintégration à votre syndicat.

1.16 Prolongation de la couverture

1.16.1 Durant une période d'absence du travail

Si vous êtes absent du travail en raison :

- d'une maladie ou d'une blessure, votre couverture peut être prolongée jusqu'à la première des dates précisées à la section *Fin de la couverture*;
- d'une mise à pied temporaire :
 - (i) votre assurance vie et l'assurance vie des personnes à charge seront maintenues pour une période maximale de 36 mois débutant le premier jour du deuxième mois suivant le mois de votre mise à pied, à la condition que la prime soit versée; cependant, après 24 mois d'une mise à pied temporaire, la couverture d'assurance vie sera réduite à 7 500 \$;
 - (ii) votre ADMA et l'assurance ILD seront maintenues pour une période maximale de 24 mois débutant le premier jour du deuxième mois suivant le mois de votre mise à pied temporaire, à la condition que les primes soient versées;
 - (iii) les garanties soins de santé complémentaire et soins dentaires seront maintenues pendant un maximum de 36 mois débutant le premier jour du deuxième mois suivant le mois au cours duquel vous avez été mis à pied, à la condition que les primes soient versées. Si le nombre d'heures dans votre compte est suffisant pour maintenir la couverture au-delà des 36 mois, la couverture pourra être maintenue jusqu'au premier jour du deuxième mois suivant l'épuisement de votre compte de banque d'heures.

Si vous êtes mis à pied après être devenu admissible à la couverture, que vous retournez au travail pendant au moins 36 heures dans le mois, et que vous êtes par la suite mis à pied, votre couverture peut se poursuivre pendant 36 autres mois de chômage additionnels commençant le premier jour du deuxième mois suivant le mois au cours duquel vous avez été mis à pied, pourvu que les primes aient été versées.

1.16.2 À la suite de la retraite

Si vous prenez votre retraite et que vous touchez une pension du Régime de retraite de l'Industrie électrique d'Ottawa, toutes les prestations en vigueur au moment de votre retraite peuvent être maintenues jusqu'à la première des dates précisées dans la section 1.13 *Fin de la couverture* ci-dessus, pourvu que la prime requise ait été versée et que vous répondiez aux critères d'admissibilité décrits ci-dessous.

Les primes requises varient selon votre classification immédiatement avant la date d'effet de votre retraite du Régime de retraite de l'Industrie électrique d'Ottawa.

En tant que propriétaire d'une entreprise reconnue comme employeur participant, comme entrepreneur ou comme l'un de ses employés administratifs, vous êtes tenu de verser la prime complète de votre programme d'avantages sociaux de retraité.

Il faut également que vous comptiez 10 ans de participation au régime d'avantages sociaux pour être admissible à la couverture à la suite de la retraite.

Comme employé rémunéré à l'heure ou employé du syndicat, vous êtes tenu également de verser la prime complète de votre programme d'avantages sociaux de retraité. Vous pourrez alors être admissible en qualité de retraité si vous répondez aux critères d'admissibilité suivants :

- vous comptez au moins 225 heures de participation au régime d'avantages sociaux au cours de chacune des 10 années précédant immédiatement votre date de départ effective à la retraite.
- dans l'éventualité où vous n'avez pas réussi à accumuler 225 heures dans votre compte au cours de l'une de ces 10 années précédant votre date effective de retraite, vous pouvez tout de même être admissible à la participation si :
 - (i) étiez invalide et touchiez des prestations d'invalidité de longue durée, une indemnité d'une commission des accidents du travail ou si l'on avait approuvé une exonération des primes d'assurance vie pour les années en question; ou
 - (ii) le gérant d'affaires de la section 586 de la FIOE confirme que, d'après les registres du syndicat, vous aviez démontré que vous étiez disposé à travailler en :
 - a) étant membre en règle de la section 586 de la FIOE, selon la constitution; et
 - b) ayant signé le livre au local du syndicat confirmant que vous étiez disposé à travailler selon les procédures de répartition; et
 - c) acceptant un emploi quand l'occasion s'est présentée dans les six mois de votre date de mise en disponibilité. Si l'emploi équivalait à moins de 225 heures, vous deviez avoir été disponible pour occuper l'emploi suivant à la date de mise en disponibilité.

Si vous ne répondez pas aux critères d'admissibilité indiqués ci-dessus, mais que vous étiez membre en règle du syndicat de la section 586 de la FIOE au cours des 10 années précédant immédiatement la date de votre retraite, vous pouvez puiser dans votre solde de compte de banque d'heures, le cas échéant, ou régler directement les primes pour prolonger vos avantages jusqu'à dans votre période de retraite, à la condition que vous réglez la prime totale de votre programme d'avantages sociaux de retraité.

Vous devrez remplir un formulaire de choix du membre confirmant votre départ à la retraite et votre classification au moment de votre départ à la retraite.

1.16.3 Si vous touchez des prestations de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT)

Si vous touchez des prestations de la CSPAAT par suite d'une maladie ou d'une blessure relative au travail, les cotisations au régime d'avantages sociaux et au régime de retraite seront versées en votre nom pour une période maximale de 12 mois. Les cotisations nécessaires en vue de maintenir votre couverture seront versées lorsque l'administrateur du régime aura reçu une copie du rapport d'incident (formulaire 7) de votre employeur et les copies des talons de chèque reçus par vous de la CSPAAT. Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime.

1.16.4 Si vous êtes atteint d'une invalidité totale et permanente

Si vous devenez invalide de façon totale et permanente, selon les définitions des sections sur l'assurance vie et l'invalidité de longue durée de ce livret, votre couverture en vertu du régime sera maintenue pourvu que les primes soient payées, sous réserve des conditions suivantes :

- L'assureur a accepté votre demande de renonciation à la prime; ou
- L'assureur a accepté votre admissibilité aux prestations d'invalidité de longue durée; ou
- Vous touchez des prestations de la CSPAAT depuis plus de 12 mois.

1.16.5 Après le décès

À votre décès, votre conjoint survivant et vos personnes à charge admissibles pourront utiliser le solde de votre compte pour prolonger la couverture, jusqu'à ce que le compte soit épuisé. Le programme de paiement direct n'est pas offert au conjoint survivant; toutefois, la réserve générale du fonds en fiducie assumera la prime applicable pour faire en sorte d'offrir une couverture minimale de six mois à compter de la date de votre décès. Le remboursement du solde d'un compte de banque d'heures n'est pas permis.

1.17 Remise en vigueur des avantages sociaux/maximums applicables

Si la couverture des soins de santé complémentaires, soins de la vue et soins dentaires cesse et qu'elle est rétablie au cours d'une même année civile, les plafonds applicables établis au 1er janvier sont reportés à la fin de l'année civile.

1.18 Solde du compte de banque d'heures en excédent de deux années de primes

Compte de gestion-santé (CGS)

Vous pouvez choisir de transférer le solde excédentaire admissible de votre compte de banque d'heures à un compte de gestion santé (CGS), jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 \$. Un formulaire de déclaration et de sélection sera envoyé avant la fin de l'année avec confirmation du solde admissible au transfert dans le CGS. Lorsqu'une demande de règlement n'est pas remboursée en totalité par le régime principal ni coordonnée avec un autre régime d'avantages sociaux, le solde restant est automatiquement remboursé par le CGS, selon le solde disponible. Un solde excédentaire admissible s'entend de tout montant en excédant du montant requis pour assurer 24 mois de couverture en vertu du Régime d'avantages sociaux de l'Industrie électrique d'Ottawa, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 \$ par année civile (750 \$ par année avant 2024).

L'option du CGS est autorisée en vertu des lois en vigueur si vous optez pour le transfert dans les délais prévus. Vous pourrez demander le remboursement de vos frais médicaux admissibles non couverts par le régime d'assurance maladie provincial pour une période n'excédant pas 24 mois, comme autorisé par l'Agence du revenu du Canada (ARC), après quoi le solde restant du CGS, s'il y en a un, sera versé dans la réserve générale du Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux de l'Industrie électrique d'Ottawa. Vous trouverez la liste des frais médicaux admissibles au CGS sur le site Web de l'ARC à l'adresse suivante : www.cra-arc.gc.ca/medicaux.

1.19 Programme de paiement direct

Si vous êtes sans emploi et que vous n'avez pas accumulé suffisamment d'heures dans votre compte de banque d'heures pour maintenir votre couverture, vous pouvez choisir de la maintenir en cotisant directement à votre régime pendant un maximum de 36 mois suivant une mise à pied. Vous devez maintenir votre statut de membre en règle du syndicat pour participer. Certains avantages prendront fin ou seront réduits avant la fin de la période de 36 mois, conformément aux autres dispositions énoncées dans ce livret.

1.20 Paiements préautorisés

Au lieu d'envoyer vos paiements chaque mois ou de fournir une série de chèques postdatés pour régler les primes des avantages sociaux des retraités, nous vous encourageons à vous inscrire au programme de paiements préautorisés (PPA). Ce programme permet à l'administrateur du régime de débiter le compte bancaire de votre choix le premier de chaque mois. Vous n'avez qu'à remplir le formulaire d'autorisation et à le remettre à l'administrateur du régime, accompagné d'un chèque portant la mention « annulé ».

1.21 Programme de subventions pour les membres en chômage

En qualité de membre en règle du syndicat, vous pouvez être admissible à une subvention mensuelle si vous êtes chômeur et que vous répondez aux critères suivants :

- vous avez signé le livre au local du syndicat confirmant que vous étiez disposé à travailler selon les procédures de répartition; et
- votre couverture est en vigueur, mais votre compte de banque d'heures est épuisé et contient moins d'un mois de primes; et
- vous avez obtenu la signature du gérant d'affaires sur le formulaire *Demande mensuelle – Programme de subventions* et l'avez soumise à l'administrateur du régime accompagnée de votre versement, comme il est précisé.

Si, dans les six mois de la date de votre mise en disponibilité, vous refusez d'accepter un emploi lorsque l'occasion se présente, vous ne serez plus admissible au programme de subventions et devrez assumer la totalité de la prime pour maintenir la couverture. Pour être admissible au programme dans le cas où l'emploi équivalait à moins de 225 heures, vous deviez avoir été disponible pour occuper l'emploi suivant à la date de mise en disponibilité.

1.22 Programme de réduction des primes pour les membres à faible revenu

La réduction des primes est offerte aux membres retraités/invalides de l'Industrie électrique d'Ottawa qui répondent aux critères suivants :

- le revenu brut de la famille n'excède pas le niveau national du seuil de pauvreté, plus 20 %;
- vous avez rempli une demande à cet effet et y avez joint une copie de votre avis d'imposition de l'année précédente (et celui de votre conjoint, le cas échéant);
- vous n'avez pas transféré vos actifs en dehors du Fonds en fiducie du régime de retraite de l'IÉO;
- vous êtes admissible aux prestations des retraités du régime d'avantages sociaux de l'IÉO;
- vous avez épuisé le solde de votre compte de banque d'heures; et
- vous n'êtes pas couvert en vertu du régime d'avantages sociaux de votre conjoint.

Le seuil de pauvreté est défini par la division de la statistique du revenu de Statistique Canada pour une ville de l'envergure de celle d'Ottawa.

Le revenu brut total est la combinaison du revenu de toutes sources d'un membre retraité ou invalide et de celui de son conjoint (le cas échéant) incluant : tout revenu de retraite, RPC/RRQ et pension de vieillesse, prestations d'invalidité, et toutes autres sources de revenu, mais excluant le revenu payable à ou au nom d'une personne à charge.

1.23 Coordination des prestations

Lorsque le versement des prestations prévues au nom du régime est disponible pour une personne en vertu de n'importe quel autre contrat, police ou régime d'assurance payé d'avance, les prestations sont coordonnées et le montant payable selon les présentes est réparti au prorata et limité dans la mesure où le montant total disponible pour toutes les couvertures ne doit pas dépasser 100 % des frais admissibles.

Dans une situation de coordination des prestations où Ellement est le payeur secondaire, vous devez joindre l'explication originale des garanties de l'assureur principal, ainsi qu'une copie des reçus pertinents ou des demandes pour soins dentaires.

1.24 Ordre de la détermination des prestations

Si une personne est admissible à toucher une prestation en vertu du présent régime et la même prestation ou une prestation semblable en vertu d'un autre régime, le paiement des prestations se détermine de la façon suivante :

- si un autre régime ne comprend pas la coordination des prestations, les prestations d'un tel régime seront payées avant l'application des prestations du présent régime;
- si un autre régime comprend la coordination des prestations, ses prestations sont coordonnées avec les prestations du présent régime comme suit :

La priorité sera donnée au régime pour lequel la personne est admissible à recevoir des prestations dans l'ordre suivant :

- (i) les prestations payables en vertu d'un régime qui assure la personne autre qu'une personne à charge sont déterminées avant les prestations d'un régime qui assure la personne comme personne à charge;
 - (ii) les prestations payables en vertu d'un régime qui assure la personne à titre de personne à charge d'une personne couverte sont déterminées selon les premiers jours et mois de naissance dans l'année civile; ou
 - (iii) les prestations payables en vertu d'un régime qui assure la personne à titre de personne à charge sont déterminées en fonction du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, si les deux parents ont leur anniversaire le même jour;
-
- en cas de séparation ou de divorce :
 - (i) le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
 - (ii) le régime du conjoint partenaire du parent ayant la garde de l'enfant;
 - (iii) le régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant; ou
 - (iv) le régime du conjoint partenaire n'ayant pas la garde de l'enfant.
 - si la personne est couverte par un autre régime, la priorité s'établira comme suit :
 - (i) le régime en vertu duquel l'employé est un membre actif à temps plein;
 - (ii) le régime en vertu duquel l'employé est un membre actif à temps partiel; ou
 - (iii) le régime en vertu duquel l'employé est un retraité.

Si l'on ne peut établir la priorité de la façon indiquée ci-dessus, les prestations seront établies au prorata parmi les régimes en proportion des sommes qui auraient été versées en vertu de chaque régime, si seul un régime avait été en vigueur.

1.25 Imposition

Toutes les primes d'assurance vie temporaire et les primes de la garantie en cas de décès ou mutilation accidentels payées par l'employeur sont imposables au membre. À la fin de février de chaque année, vous recevrez le formulaire d'impôt approprié à inclure dans le calcul de vos impôts pour l'année d'imposition précédente.

1.26 Couverture à l'étranger

Priority shall be attributed to the plan under which the person is eligible to receive the benefits in Le régime limite la couverture au Canada exclusivement. Si vous voyagez à l'étranger, il est recommandé que vous souscriviez une couverture médicale indépendante à l'étranger.



2. Soins de santé complémentaires

2.1 Paiement des prestations

Si vous ou les personnes à votre charge engagez des frais admissibles pour des soins et des fournitures médicalement nécessaires, le régime verse une prestation sous réserve des maximums et des exclusions. Le montant remboursé est calculé selon le montant précisé au *Sommaire des garanties*, une fois la franchise annuelle déduite. Toutes les fournitures et tous les soins couverts doivent être considérés comme raisonnables et acceptables par la profession médicale canadienne, et jugés efficaces dans une forme, une intensité, une fréquence et une durée essentielles au diagnostic et au traitement de la maladie ou de la blessure. Certains médicaments peuvent nécessiter une autorisation de l'administrateur du régime.

2.2 Carte-médicaments à paiement direct

Les médicaments d'ordonnance sont immédiatement remboursés lorsque vous utilisez la carte-médicaments à paiement direct fournie par TELUS Santé et Ellement.

Grâce à la carte-médicaments à paiement direct, vos demandes de règlement pour médicaments d'ordonnance sont traitées à la pharmacie de votre choix pendant que vous attendez. Il n'y a aucun formulaire à remplir. Présentez simplement la carte à votre pharmacien au moment de régler l'achat d'un médicament d'ordonnance. Votre remboursement sera traité immédiatement. La carte-médicaments à paiement direct ne couvre que le coût des médicaments d'ordonnance.

L'équivalent générique d'un médicament de marque sera automatiquement distribué et le régime en remboursera les frais en fonction du prix générique, sauf si le médecin a indiqué que le patient a une réaction indésirable au médicament générique.

Si TELUS Santé coordonne les prestations en qualité de second payeur pour le remboursement des achats de médicaments d'ordonnance, l'entreprise limitera le remboursement au montant des frais raisonnables et usuels.

Tous les membres recevront des cartes-médicaments à paiement direct par la poste. Veuillez noter que seul le nom de la personne assurée apparaît sur la carte.

Pour obtenir une carte supplémentaire, ou si une carte est perdue ou volée, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime.

2.3 Accident du travail/frais afférents

Pour les accidents du travail, les frais admissibles au remboursement en vertu de la couverture de la CSPAAT seront remboursés au régime lorsqu'ils seront récupérés de cette dernière.

2.4 Frais admissibles

Le régime rembourse les soins et les fournitures ci-après, à la condition qu'ils ne soient pas couverts par le régime provincial d'assurance maladie, jusqu'aux maximums indiqués au *Sommaire des garanties*.

2.4.1 Médicaments d'ordonnance et préparations pharmaceutiques

- Les médicaments, les sérum, les vaccins et les préparations injectables qui nécessitent une ordonnance avec un numéro d'identification d'un médicament (DIN/NIM) valide, lorsqu'ils sont prescrits par un professionnel de la santé ou un dentiste agréé et dispensés par un pharmacien, un dentiste ou un médecin.
- Les médicaments administrés à l'hôpital ne sont pas couverts.
- L'équivalent générique d'un médicament de marque sera automatiquement distribué et le régime en remboursera les frais en fonction du prix générique, sauf si le médecin a indiqué que le patient a une réaction indésirable au médicament générique.
- Les produits et médicaments antitabagiques, y compris les médicaments sur ordonnance, les produits de remplacement de la nicotine en vente libre et les thérapies antitabagiques (y compris l'hypnose, le laser, etc.), jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*. Pour les produits de remplacement de la nicotine en vente libre, un reçu officiel de la pharmacie indiquant le nom du patient, la date du service, l'article acheté et le montant payé est requis.
- Les traitements et médicaments liés à la fertilité, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.
- Les médicaments et fournitures disponibles sans ordonnance sont remboursés s'ils sont requis à la suite d'une colostomie ou d'une iléostomie, ou pour le traitement de la fibrose kystique, du diabète, de la maladie de Parkinson ou d'une cardiopathie.
- Les contraceptifs oraux.
- Les injections sclérosantes utilisées dans le traitement des varices, lorsque le traitement est principalement à des fins thérapeutiques et non à des fins cosmétiques, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.
- Les médicaments contre la dysfonction sexuelle, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.
- Les médicaments pour la perte de poids, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.
- Le Botox® est couvert s'il est prescrit pour des motifs autres qu'esthétiques.
- Les produits de viscosupplémentation, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*
- La franchise du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) pour les personnes âgées et le copaiement des prescriptions sont remboursés.

2.4.2 En dehors de la province, mais au Canada

Les frais engagés en dehors de la province, mais au Canada sont admissibles comme s'ils avaient été engagés et avaient été admissibles dans la province de résidence pour autant que :

- le traitement soit requis par suite d'une urgence ou d'une maladie soudaine, alors que la personne assurée est temporairement en dehors de la province pour affaires, pour des vacances ou des études, ou pour une formation complémentaire;
- la personne assurée ne puisse obtenir les soins médicaux requis dans sa province de résidence et doit avoir recours à ce traitement ailleurs.

2.4.3 Soins dentaires dus à un coup accidentel à la bouche

Soins dentaires pour la réparation ou le remplacement de dents naturelles résultant directement d'un coup accidentel porté à la bouche. Les dommages doivent être causés par un coup direct porté à la bouche et non par un objet placé volontairement ou non dans la bouche. L'accident doit être survenu après la date d'entrée en vigueur du régime et la couverture doit être toujours en vigueur au moment de la prestation des soins.

Les soins doivent être terminés dans les 6 mois suivant la date de l'accident.

Le remboursement sera basé sur le montant de l'intervention la moins coûteuse offrant un résultat professionnel adéquat, conformément au Guide des tarifs des actes buccodentaires de l'Association dentaire présenté dans le Sommaire des garanties, avec un taux de remboursement de 100 %.

Pour les soins dentaires non liés à un coup accidentel à la bouche, voir 3. *Garantie de soins dentaires* ci-dessous.

2.4.4 Ambulance

Les frais pour le transport d'urgence par une ambulance terrestre ou une ambulance aérienne autorisée vers l'hôpital le plus proche où pourra être administré le traitement approprié.

2.4.5 Fournitures médicales

Les frais pour les fournitures suivantes sont couverts lorsqu'ils sont fournis sur recommandation ou avec l'approbation du médecin traitant ou, si la loi le permet, par l'ostéopathe ou le podiatre traitant. Tout équipement approuvé sera remboursé en fonction de la date à laquelle le prix de l'article a été payé au complet.

Il est fortement recommandé de soumettre une estimation avec tous les documents médicaux à l'appui avant d'engager de l'équipement médical entraînant des implications substantielles de coût :

- appareils et fournitures pour diabétiques, tels que :
 - les aiguilles, seringues, bandelettes réactives et lancettes pour diabétiques (à l'exclusion des tampons d'alcool et de l'alcool à friction), jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
 - fournitures pour pompes à insuline, remboursables à la suite de l'épuisement de la subvention provinciale ;
 - Les capteurs FreeStyle Libre et les émetteurs et capteurs de glucose en continu, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*. Communiquer avec l'administrateur du régime au sujet de l'autorisation préalable et des documents requis ;
 - glucomètre/rélectomètre; ou moniteur flash FreeStyle Libre; ou un récepteur de glucomètre continu, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
- aides à la mobilité : les aides à la mobilité, tels que des cannes, des bâquilles, des marchettes : *location ou achat*. Le remboursement des frais de location ne dépassera pas le prix d'achat ;
- fauteuil roulant :
 - un fauteuil roulant (électriques) et ses réparations, lorsqu'ils sont requis à cause d'une maladie ;
 - un fauteuil roulant (type standard) et ses réparations : *location ou achat*. Le remboursement des frais de location ne dépassera pas le prix d'achat ;

- certaines prothèses, à savoir :
 - une prothèse mammaire (externe) requise à la suite d'une mastectomie et les soutien-gorge chirurgical, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
 - les membres artificiels (type standard) ;
 - les yeux artificiels, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
- prothèses auditives : prothèse auditive, incluant sa réparation et son entretien, les piles ou chargeur, moule de prothèse auditive et tests auditifs, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*. Preuve de refus des demandes de la WSIB sera requis pour un remboursement en vertu du régime ;
- poumons d'acier ;
- bas de soutien : les bas de soutien, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
- chaussures orthopédiques : les chaussures orthopédiques (sur mesure) pour le traitement de problèmes inhabituels, de malformation congénitale ou post-traumatique, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
- manchette cryogénique, tel que les produits Cryo/Cuff
- dossier ObusForme® : *achat*, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
- orthèses : les orthèses ou soutien plantaire (sur mesure), s'ils sont prescrits à des fins médicales, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
- supports :
 - les appareils orthopédiques (à l'exclusion des supports lombaires), ceintures herniaires, plâtres, attelles (à l'exclusion des attelles dentaires), collet cervical : *location ou achat*. Le remboursement des frais de location ne dépassera pas le prix d'achat. Les appareils orthopédiques doivent être fabriqués avec des matériaux rigides ou semi-rigides, nécessaires aux activités normales de la vie quotidienne, et non seulement pour les activités sportives ;
 - les manches (y compris les manches Jobst) pour le lymphœdème après une mastectomie, vêtements pour brûlures (y compris les vêtements pour brûlures Jobst), les bonnets de moignon, les harnais d'épaule, les licols de tête ;
- lit d'hôpital : lit d'hôpital (type standard, avec ou sans matelas), et incluent des ridelles pour lit d'hôpital : *location ou achat*. Le remboursement des frais de location ne dépassera pas le prix d'achat. Appareils de traction lorsqu'ils font partie d'un lit d'hôpital ;
- appareil de mouvement passif continu (CPM) : *location*, lorsque nécessaire à la suite d'une chirurgie ;
- respirateur : respirateur/ventilateur (type standard), oxygène et son administration, et moniteurs d'apnée : *location ou achat*. Le remboursement des frais de location ne dépassera pas le prix d'achat ;
- appareils respiratoires : les appareils respiratoires à pression positive intermittente, les appareils pour thérapie par aérosols, les tentes à inhalation et les nébuliseurs pour la fibrose kystique, l'emphysème aigu, la bronchite obstructive chronique ou l'asthme chronique ;

- le moniteur d'apnée du sommeil pour les dysrythmies respiratoires ;
- le coût du sérum pour les tests d'allergie ;
- stimulateurs : les stimulateurs de consolidation de fractures ;
- TENS : un neurostimulateur transcutanée (TENS) : *location ou achat*, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*. Le remboursement des frais de location ne dépassera pas le prix d'achat ;
- ostomie : les frais engagés à la suite d'une colostomie ou d'une iléostomie et les frais des produits pour l'incontinence, remboursables à la suite de l'épuisement de la subvention provinciale ;
- isotopes radioactifs : le radium ou le cobalt ou les isotopes radioactifs, les analyses diagnostiques de laboratoire et les rayons X ;
- les dispositifs intra-utérins, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
- les fournitures chirurgicales ;
- le sang ou le plasma sanguin ;
- un foyer ou une clinique de soins infirmiers pour l'hébergement et les soins infirmiers habituellement fournis dans un foyer de soins infirmiers autorisé pour les soins de convalescence ou les soins de maladies chroniques (sauf les soins en lieu surveillé), jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
- les perruques pour les patients ayant subi un traitement de chimiothérapie, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*. Les perruques pour toutes les autres conditions médicales ne sont pas couvertes ;
- le traitement hors de la province n'est pas couvert.



2.4.6 Soins infirmiers

Soins d'une infirmière particulière autorisée inscrite auprès de l'organisme local approprié et qui ne réside pas dans votre maison, n'est pas un membre de votre famille, n'a aucun lien de parenté avec vous et ne réside pas normalement dans votre résidence pour la période précisée par le médecin traitant.

Si une infirmière autorisée n'est pas disponible, les services médicalement nécessaires dispensés par une infirmière auxiliaire autorisée ou une infirmière praticienne autorisée seront admissibles, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.

Remarque : L'administrateur du régime doit approuver ces demandes avant le début des soins infirmiers.

2.4.7 Services paramédicaux

Soins professionnels des praticiens autorisés, diplômés et certifiés (qui œuvrent dans leur domaine reconnu dans la province où ils y sont autorisés et ne soignent pas un membre de leur famille immédiate), jusqu'aux maximums précisés dans le *Sommaire des garanties*. Notez que seuls les frais raisonnables et usuels par visite seront remboursés. Tous les reçus doivent clairement indiquer le nom de ceux qui ont pris part aux séances.

Le remboursement est calculé en fonction des dates où les services sont rendus. Si vous décidez de vous prévaloir d'un paiement en bloc ou d'un programme de paiement annuel pour ces services, le remboursement sera effectué à la fin de la période du contrat, après avoir soumis tous les reçus et une copie du contrat.

2.4.8 Centre de désintoxication

Si vous êtes admis dans un centre de désintoxication provincial approuvé, le régime assume les frais usuels et habituels jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*, pourvu que le traitement soit approuvé à l'avance par l'administrateur du régime.

2.4.9 Soins de la vue

Les dépenses pour soins de la vue sont admissibles lorsque ces soins sont recommandés par un médecin (y compris un ophtalmologue) ou un optométriste.

Le remboursement d'un examen de la vision est basé sur la date de l'examen. Le remboursement des lunettes ou lentilles cornéennes admissibles est basé sur la date à laquelle l'article a été entièrement payé.

2.4.9.1 Verres correcteurs, lentilles cornéennes correcteurs, et la chirurgie oculaire au laser

Le régime couvre le coût de lunettes de prescription (y compris les lunettes réguliers, les lunettes de sécurité et les lunettes de soleil), de lentilles cornéennes de prescription, ou encore d'une chirurgie au laser, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.

Le coût d'une chirurgie au laser peut être amorti sur plusieurs années.

2.4.9.2 Examens de la vision

Examens de la vision, incluant la réfraction oculaire, et la tomographie en cohérence optique jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.

Un examen oculaire d'urgence est remboursé jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.

Les honoraires pour le diagnostic d'une condition de l'oeil, lorsque ceux-ci ne sont pas couverts par la province, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.

2.4.9.3 Entraînement visuel

Entraînement visuel effectué par un optométriste autorisé.

3. Soins dentaires

Si, alors que vous êtes assuré, vous ou vos personnes à charge engagez des frais admissibles pour des soins dentaires, le régime les remboursera sous réserve des maximums applicables. Le montant payable sera déterminé en fonction du pourcentage indiqué au *Sommaire des garanties*.

Le remboursement est basé sur les guides des tarifs des associations dentaires indiquées au *Sommaire des garanties*.

Les soins dentaires sont admissibles s'ils sont donnés par un dentiste, un denturologiste ou un hygiéniste dentaire indépendant dûment autorisé par la loi.

Pour obtenir des renseignements sur les soins dentaires liés à une blessure accidentelle aux dents naturelles, voir 3.4.3 *Frais dentaires dus à un coup accidentel à la bouche* ci-dessus.

3.1 Prédétermination des prestations

Lorsqu'un plan de traitement coûte 500 \$ ou plus et implique l'utilisation de couronnes, d'incrustations en profondeur et de surface, de ponts, de prothèses dentaires, d'implants ou de soins d'orthodontie, il est recommandé que l'assuré obtienne une estimation écrite préparée par le dentiste, incluant les procédures, les frais détaillés et les radiographies. Le plan de traitement doit être soumis à l'administrateur du régime avant le début des traitements. Ce dernier évaluera le plan et informera l'assuré du montant des prestations payables.

3.2 Disposition d'indemnisation de remplacement

Dans certains cas, un autre traitement peut être disponible. C'est à vous et à votre dentiste qu'il revient de décider quelle méthode sera employée. Comme fondement pour établir sa responsabilité en vertu du régime d'avantages sociaux, l'administrateur du régime se réserve le droit de rembourser le traitement le moins onéreux susceptible de produire un résultat professionnel approprié.

Cette disposition ne s'applique pas aux dispositions, services ou dispositifs exclus. Seuls les traitements énumérés sont admissibles.

3.3 Services de base

Les services suivants seront admissibles au paiement. Consultez le *Sommaire des garanties* pour connaître les limites pertinentes :

- Examen de rappel.
- Radiographie interproximale.
- Polissage.
- Instructions d'hygiène buccale.
- Traitement au fluorure.
- Examen bucodentaire complet.
- Série complète de radiographies ou radiographie panoramique.
- Alvéolectomie simple (incision dans l'alvéole dentaire) lors d'une ablation.
- Extraction chirurgicale d'une dent, y compris l'extraction des dents touchées.
- Extraction chirurgicale d'une tumeur, d'un kyste, d'un néoplasme et incision et drainage d'un abcès.

- Obturations en amalgame, en silicate, en résine acrylique
- Incrustation sans recouvrement ou incrustation avec recouvrement d'une ou deux surfaces dentaires (pour trois surfaces dentaires ou plus, voir 3.4 Restaurations majeures ci-dessous).
- Scellant de puits et de fissures pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans.
- Détartrage thérapeutique.
- Surfaçage radiculaire.
- Mainteneurs d'espace pour les dents primaires manquantes.
- Appareils pour contrôler le bruxisme et dispositifs servant à corriger les mauvaises habitudes.
- Radiographies diagnostiques et analyses de laboratoire nécessaires à la chirurgie dentaire.
- Anesthésie requise pour un traitement dentaire admissible.
- Consultations demandées par le dentiste traitant.
- Regarnissage, rebasage, l'ajustement ou la réparation d'une prothèse dentaire existante.
- Services endodontiques (soins de base nécessaires à une pulpotomie ou à un traitement de canal) et blanchiment des dents dévitalisées.
- Services de la parodontite (soins de base nécessaires au traitement des maladies des gencives).
- L'équilibration occlusale est limitée aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.
- Antibiotiques injectés sur l'ordonnance d'un dentiste.

3.4 Restaurations majeures

Les services suivants seront admissibles au paiement. Consultez le *Sommaire des garanties* pour connaître les limites pertinentes:

- Incrustation sans recouvrement ou incrustation avec recouvrement lorsque trois surfaces dentaires ou plus sont touchées si les matériaux existants ne peuvent être restaurés, et jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* (pour une ou deux surfaces dentaires, voir 3.3 Soins de base ci-dessus)
- Couronnes, y compris en or ou en porcelaine lorsqu'un substitut ne peut être utilisé.
- Première prothèse amovible ou premier pont, une fois que la couverture est en place pendant au moins 12 mois.
- Les implants dentaires et soins connexes.
- Les services et fournitures offerts dans le cadre d'une reconstruction buccale complète, d'une correction de la dimension verticale ou d'une correction du dysfonctionnement de l'articulation temporomandibulaire sont limités aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.
- Réparation d'un pont, d'une couronne, d'une incrustation en profondeur et de surface ou d'une facette prothétique.
- Remplacement d'un pont, d'une couronne, d'une incrustation en profondeur et de surface, d'une facette prothétique ou d'une prothèse amovible dans les cas suivants :
 - i) lorsque la prothèse existante date d'au moins cinq ans et ne peut plus servir;
 - ii) lorsque la prothèse existante a été mise en place temporairement et est remplacée par une prothèse permanente dans les 12 mois suivant la mise en place de la prothèse temporaire.

3.5 Soins orthodontiques

Tous les soins nécessaires ayant pour objectif principal de corriger la malocclusion des dents.

Le remboursement des frais orthodontiques initiaux ne dépassera pas 35 % du coût total de traitement. Le solde des frais pourra être remboursé mensuellement pendant la durée du traitement actif décrit dans le plan.

Le remboursement des honoraires mensuels reposera sur le montant ou la date du paiement en cas de différence par rapport au plan de traitement.



4. Exclusions générales

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

- Une maladie ou une blessure auto-infligée, peu importe l'état mental de la personne.
- Toute blessure ou maladie pour laquelle la personne assurée peut toucher une indemnité ou une compensation en vertu d'une loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail.
- Les frais d'un médecin ou d'un dentiste pour le déplacement, les rendez-vous non respectés, le transport, l'hébergement et les conseils donnés par téléphone ou par un autre moyen de communication.
- La chirurgie ou le traitement esthétique (lorsque reconnu comme tel par l'administrateur du régime), sauf si la chirurgie ou le traitement est nécessaire à la suite de blessures accidentelles. La chirurgie ou le traitement doit débuter dans les 90 jours suivant l'accident.
- Une blessure découlant directement ou indirectement d'une insurrection, d'une guerre, du service au sein des forces armées de n'importe quel pays ou de la participation à une émeute.
- Les services, traitements ou fournitures admissibles en vertu du régime et remboursables en vertu d'un programme gouvernemental, que l'assuré soit ou non couvert par un tel programme. L'administrateur du régime ne rembourse que la différence entre le montant admissible en vertu du programme gouvernemental et le montant admissible en vertu de ce régime.
- Les examens requis pour satisfaire aux exigences d'un tiers.
- Les voyages pour des raisons de santé.
- Des traitements dentaires reçus du service dentaire ou médical d'un employeur, d'une association ou d'un syndicat.
- Les frais de services, de soins et de fournitures pour lesquels il n'y aurait pas de frais s'il n'y avait pas de couverture en vertu de ce régime.
- Le remplacement d'une prothèse perdue, égarée ou volée.
- Les médicaments, les sérums, les solutions injectées et les fournitures qui ne sont pas approuvés par Santé Canada (Direction générale des produits de santé et des aliments), ou qui sont expérimentaux ou limités dans leur usage, que ce dernier soit autorisé ou non.
- Les traitements de médecine expérimentale ou les méthodes de traitement qui n'ont pas été approuvés par l'Association médicale canadienne ou une association connexe de médecine spécialisée.
- La marijuana à des fins thérapeutiques, sous quelque forme que ce soit.
- Les dépenses requises pour les loisirs ou les sports.
- Les services ou fournitures reçus durant une période de séjour hospitalier qui a commencé avant l'entrée en vigueur de l'assurance.
- Les frais de transport et de livraison.
- Les frais hospitaliers, sauf les frais en centre de désintoxication et établissement de soins infirmiers, comme le précise le régime.
- L'équipement de protection personnelle.
- Les services non énumérés comme des dépenses couvertes.
- Diaphragme
- Pompe tire-lait

5. Prestation de Deuil

Date d'entrée en vigueur

La prestation de deuil sera versée à partir du 1^{er} mai 2025.

Définitions

Voici les définitions utilisées pour les besoins de la prestation de deuil :

Enfant ou petit-enfant : enfant ou petit-enfant naturel du membre ou légalement adopté par lui, ou bel-enfant ou autre enfant qui est à la charge du membre et qui vit avec lui dans une relation parent-enfant régulière.

Parent ou grand-parent : parent ou grand-parent naturel ou légalement adoptif du membre.

Beau-parent ou beau-grand-parent : parent ou grand-parent du conjoint du membre.

Soeur ou frère : **soeur ou frère naturel ou légalement adopté, demi-soeur, demi-frère ou autre personne partageant un parent commun avec le membre.**

Belle-soeur ou beau-frère : frère ou soeur du conjoint, y compris la belle-fille ou le beau-fils.

Conjoint : une personne avec laquelle le membre est légalement marié ou un conjoint de fait, y compris un partenaire de même sexe, avec lequel le membre a cohabité pendant au moins 12 mois et qui est publiquement reconnu comme son conjoint ou partenaire.

Montant de la prestation

La prestation de deuil est payable jusqu'à concurrence de 400 \$ par jour¹, pour un maximum de deux jours de perte de salaire à la suite du décès d'un enfant, d'un petit-enfant, d'un parent, d'un grand-parent, d'un beau-parent, d'un frère, d'une soeur, d'un beau-frère, d'une belle-soeur ou d'un conjoint, tel que défini ci-dessus.

¹ Remarque : Les membres dont le salaire est inférieur au taux de base d'un compagnon du secteur industriel, commercial et institutionnel recevront une prestation quotidienne calculée au prorata.

Éligibilité

La prestation de deuil est versée uniquement au membre qui :

- était employé par un employeur participant au moment de la période de congé de deuil et qui n'a pas été remboursé pour les jours d'absence confirmés par son employeur;
- a rempli le formulaire de demande de prestation de deuil, disponible auprès de la section locale 586 de la FIOE ou d'Ellement Consulting Group LP;
- présente un certificat de décès ou une déclaration de décès fourni par le directeur des pompes funèbres;
- obtient une lettre de son employeur confirmant son absence du travail en raison d'un deuil pendant les jours indiqués et attestant qu'il n'a pas été remboursé par ce dernier pour ces journées d'absence.

6. Programme d'aide aux membres (PAM)

Le Programme d'aide aux membres (PAM) des métiers du bâtiment est un service d'aide confidentiel à la disposition des membres et de leurs personnes à charge qui ont des problèmes d'ordre personnel. Les conseillers offrent de l'aide pour atténuer les symptômes et le stress liés à des problèmes tels que :

- Abus de substance et d'alcool
- Anxiété
- Dépression
- Panique
- Difficultés interpersonnelles
- Abus (physique, sexuel ou émotionnel)
- Traumatisme
- Cheminement dans la séparation ou le divorce
- Gestion de la colère

Visitez le site Web du programme à <https://tradesmap.org/> pour en savoir plus ou communiquez avec ce service au 613 742-7962 ou 1 800 258-0580.

La confidentialité des communications signifie qu'aucun renseignement que vous fournissez ne sera divulgué à un tiers, à moins que vous donnez l'autorisation écrite de partager certaines informations avec une personne en particulier, ou que la loi l'exige.



7. Soumission d'une demande des prestations de soins de santé, de soins dentaires et de soins CGS.

7.1 Renseignements généraux

Pour avoir droit à un remboursement, Ellement doit recevoir une preuve de dépenses dans les 12 mois suivant la date de l'achat ou du service. Si votre couverture prend fin, vous avez 90 jours après la date de résiliation pour présenter une demande de remboursement.

Aucun intérêt ne sera versé sur les remboursements dans le cadre de ce régime.

Tous les frais engagés et payés par vous seront réputés avoir été engagés et payés en dollars canadiens et les remboursements seront effectués en dollars canadiens.

Les remboursements seront effectués pour des frais engagés et payés par vous pour les soins, les substances et les appareils admissibles énumérés dans les dispositions de cette police et conformément à ces dernières, à la condition que de tels frais :

- i) soient engagés et payés pour des soins, des substances et des appareils prescrits par un médecin et fournis sous sa direction, sous réserve des conditions de cette entente; et
- ii) de l'avis de l'administrateur du régime, sont raisonnables et habituels dans la région où ils sont rendus ou fournis.

Aucun remboursement ne sera effectué pour des frais admissibles si les primes n'ont pas été payées pour les mois au cours desquels les soins, les substances ou les appareils ont été fournis.

7.1.1 Coordination des prestations

Dans une situation de coordination des prestations où Ellement est le payeur secondaire, vous devez joindre l'Explication des garanties originale de l'assureur principal, ainsi qu'une copie des reçus pertinents ou des demandes pour soins dentaires.

Remarque : Les reçus originaux joints aux demandes seront gardés par Ellement. Nous vous recommandons de photocopier ces documents avant de soumettre vos demandes.

7.2 Options de présentation des demandes

7.2.1 Application d'assurance collective d'Ellement ou portail de réclamations

Vous pouvez soumettre tous les types de demandes de règlement par l'intermédiaire de l'application d'assurance collective d'Ellement ou du portail de réclamations. Avant de soumettre votre première demande de règlement, vous devrez vous inscrire à l'application d'assurance collective Ellement ou au portail des demandes de règlement en utilisant votre numéro de groupe et votre numéro de certificat qui se trouvent sur votre carte d'avantages sociaux. Vous pouvez télécharger l'application et configurer votre compte directement à partir de l'App Store ou de Google Play en recherchant « Ellement Group Benefits » ou scannez ce code QR.



7.2.2 Soumission manuelle des demandes de règlement (courriel, par la poste ou en mains propres)

Si vous préférez soumettre des demandes de remboursement manuellement, Ellement a besoin d'un formulaire de réclamation dûment rempli et signé.

Pour tous les frais autres que dentaires, nous avons besoin du Formulaire de demande de règlement pour soins médicaux fourni par Ellement.

Pour les demandes de règlement dentaires, nous avons besoin du formulaire de Demande de règlement pour soins dentaires standard fourni par votre fournisseur de soins dentaires. Si votre fournisseur de soins dentaires ne fournit pas ce formulaire, nous pouvons vous fournir un formulaire de Demande de règlement pour soins dentaires à apporter à votre rendez-vous pour que votre dentiste le remplisse.

Les formulaires de règlement de demande sont disponibles sur le site web du régime d'avantages sociaux (www.eiobenefits.ca/fr-ca) ou peuvent être demandés en communiquant avec Ellement.

Les demandes de règlement peuvent être soumises par courriel, par la poste ou en les déposant en personne à notre bureau (voir 8. Contactez-nous ci-dessous pour plus de détails).

Ellement offre un service pratique de soumission des demandes de règlement pour soins de santé et soins dentaires. Les membres peuvent soumettre les formulaires de demande et les reçus originaux en personne :

Lundi au vendredi : pendant les heures normales d'ouverture

Pour plus de commodité, une boîte de dépôt sécurisée est située à côté des portes d'entrée du bâtiment pour les dépôts en dehors des heures d'ouverture. Les réclamations déposées seront traitées dans un délai de deux à cinq (2-5) jours ouvrables.

Soumettez vos demandes à :

Ellement Consulting Group
1150, chemin Cyrville, bureau 220,
Ottawa, ON K1J 7S9

7.2.3 Soumissions de facturation directe

7.2.3.1 Fournisseurs de soins de santé complémentaires

Votre fournisseur de services peut également soumettre des demandes de règlement en votre nom, ce qui vous aide à réduire vos dépenses personnelles. TELUS Santé offre un service de demandes de règlement électronique, qui permet aux fournisseurs comme les chiropraticiens et les optométristes de facturer directement leurs services. Vous n'avez donc pas à remplir de formulaires de remboursement.

Pour savoir si votre professionnel utilise déjà le service de demandes de règlement électronique ou pour trouver un fournisseur de services qui le fait dans votre région, visitez le site <https://plus.telussante.co/page/ereclamations/fournisseur/>.

Si votre fournisseur rencontre des problèmes, il peut contacter la ligne dédiée aux fournisseurs d'Ellement au 1-877-679-0088 ou envoyer un courriel à providers@ellement.ca pour obtenir de l'aide.

7.2.3.2 Demandes de règlement de soins dentaires soumises directement par votre fournisseur de soins dentaires

Ellement traitera les demandes de remboursement pour soins dentaires à l'aide du service de traitement des demandes par échange de données informatisées (EDI). Avec EDI, les demandes sont envoyées directement du bureau du dentiste à notre service de règlement des demandes.

Notre service EDI fait appel au réseau de données sécurisées de TELUS, soit le réseau spécialisé de traitement des demandes parrainé par l'Association dentaire canadienne. Avec TELUS, vous savez que les renseignements contenus dans votre demande de règlement de soins dentaires seront transmis à Ellement de façon rapide, sécuritaire et confidentielle, directement du bureau de votre dentiste.

Pour bénéficier du service EDI d'Ellement, il suffit d'indiquer à votre dentiste qu'Ellement est l'administrateur de votre régime et de lui fournir les informations suivants :

- le numéro d'assureur d'Ellement (ou numéro BIN), soit le 000034 sur le réseau TELUS;
- votre numéro d'identification de membre; et
- le numéro de police de ce régime d'avantages sociaux.

L'administrateur du régime peut vous fournir le numéro d'identification de membre requis.

7.3 Dépôt préautorisé pour les remboursements de réclamations

Les membres peuvent bénéficier du service de dépôts préautorisés en avoir leurs remboursements déposés directement dans leur compte bancaire.

Vous recevez un remboursement dans les deux à cinq (2-5) jours suivant l'approbation de votre demande de règlement pour soins de santé ou soins dentaires. Vous n'aurez plus à attendre l'arrivée d'un chèque et à vous rendre à la banque pour le déposer.

Pour demander un Formulaire de dépôt direct pour le remboursement des demandes, communiquez avec Ellement :

 Téléphone au 613 699-8967 (sans frais au 1 866 517-8967)

 Courriel à EIO@ellement.ca.

7.4 Procédure d'appel des demandes de règlement

Si une demande est rejetée et que vous n'êtes pas d'accord avec la décision, vous pouvez soumettre un recours par écrit à Ellement Consulting Group LP, en décrivant les motifs de votre recours et en incluant toute information médicale justifiant les frais engagés comme étant médicalement nécessaire.

Le recours sera examiné et la décision vous sera communiquée par écrit.

8. Nous joindre

Ellement Consulting Group LP

Pour toute question ou assistance concernant vos avantages, vous pouvez contacter Ellement Consulting Group LP en utilisant les coordonnées suivantes :

 613-699-8967

 844-736-5600

 Adresse de correspondance :
1345 Taylor Avenue 1J 7S9
Winnipeg, MB R3M 3Y9

 1-866-517-8967

 EIO@ellement.ca

 Adresse de bureau :
1150 Cyrville Road, Bureau 220
Ottawa, ON K1J 7S9

Pour prendre rendez-vous, visitez le site Web du régime d'avantages sociaux à l'adresse www.eiobenefits.ca/fr-ca et cliquez sur le lien « Prendre rendez-vous » au bas de la page.

Vous pouvez également visiter:

<https://outlook.office365.com/EllementOttawaBooking1@ellement.ca/>

ou scannez le code QR pour prendre rendez-vous avec notre équipe.



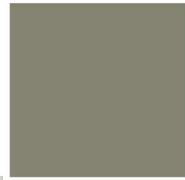
Annexe A – Assurance-vie de base du membre, assurance-vie de base pour les personnes à charge, et assurance invalidité de longue durée

Souscrites par LA CANADA VIE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Police No. 325077 – Assurance-vie de base du membre, assurance-vie de base pour les personnes à charge, et assurance-invalidité de longue durée

Pour toute question relative à l'assurance vie de base du membre, à l'assurance vie de base pour le personnes à charge, et à l'assurance invalidité de longue durée, veuillez contacter
Ellement Consulting Group, votre administrateur de régime.

Mon régime collectif



canada  MC

**ELECTRICAL INDUSTRY OF OTTAWA
HEALTH & BENEFIT TRUST FUND**

Le 1er juillet 2024

Nous sommes heureux de vous servir. Veuillez noter que nous adhérons à des principes d'inclusion et que nous utilisons le genre masculin comme générique dans le seul but de faciliter la lecture.

La Canada Vie^{MC} est l'un des principaux assureurs de personnes sur le marché canadien. Les conseillers en sécurité financière de la Canada Vie travaillent avec nos clients, d'un océan à l'autre, pour les aider à garantir leur avenir financier. Nous offrons, aux particuliers et aux familles, une vaste gamme de produits d'épargne-retraite et de régimes de revenu ainsi que des produits d'assurance-vie, d'assurance-invalidité et d'assurance contre les maladies graves. En tant que l'un des plus importants fournisseurs d'assurance collective au Canada, nous offrons des solutions efficaces en matière de garanties pour les groupes de petite et de grande taille.

La Canada Vie en ligne

Visitez notre site Web au www.canadavie.com pour :

- des renseignements et des précisions sur le profil de la Compagnie, nos produits et services;
- de l'information aux investisseurs;
- les communiqués de presse;
- les personnes-ressources à joindre;
- la soumission de demandes de règlement en ligne.

Plaintes de clients

Nous nous engageons à étudier votre dossier rapidement, équitablement et professionnellement. Voici de plus amples renseignements sur la façon de formuler une plainte.

- sans frais :
 - téléphone : 1 866 292-7825
 - télécopieur : 1 855 317-9241
- courriel : ombudsman@canadavie.com
- par écrit :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Bureau de l'ombudsman, Bureau 1262
255, avenue Dufferin
London (Ontario) N6A 4K1

Pour plus de renseignements sur les moyens de nous acheminer votre plainte, consultez l'adresse www.canadavie.com/plaintes.

Rôle de l'employeur

Le rôle de l'employeur consiste à fournir de l'information aux salariés et non pas à leur donner des conseils.

Le présent livret contient des renseignements importants. Conservez-le dans un endroit sûr, connu des autres membres de votre famille.

Le présent régime a été établi par



Le présent livret a été préparé le : 22 octobre 2024

PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

À la Canada Vie, nous reconnaissions et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels vous concernant sont conservés dans un dossier confidentiel dans les bureaux de la Canada Vie ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. La Canada Vie peut, pour ce faire, avoir recours à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Canada Vie ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Nous servons de ces renseignements personnels pour la gestion du régime collectif aux termes duquel vous êtes couvert. Cela comprend notamment :

- la détermination de votre admissibilité à la protection aux termes du régime
- l'adhésion à la protection
- l'évaluation de vos demandes de règlement et le paiement des prestations
- la création et la conservation des documents relatifs à notre relation
- la gestion de vos demandes de règlement
- la vérification et le contrôle de l'admissibilité et des demandes de règlement
- la tarification, comme la détermination du coût du régime et l'analyse des options du régime
- la gestion et l'analyse de données internes par la Canada Vie et ses sociétés affiliées
- la production de rapports exigés aux fins de la réglementation, comme les feuillets d'impôt

Il se peut que nous échangions des renseignements personnels avec vos fournisseurs de soins, le gestionnaire de votre régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs de régimes offerts par l'État ou d'autres régimes de garanties, d'autres organisations ou avec les fournisseurs de services qui travaillent avec nous ou avec l'un ou l'autre des intervenants précédemment énumérés, lorsque cela est pertinent et nécessaire pour gérer le régime.

À titre de participant au régime, vous êtes responsables des demandes de règlements que vous soumettez. Il se peut que nous partagions des renseignements personnels relatifs aux demandes de règlement avec vous et une personne agissant pour votre compte lorsque cela est nécessaire pour confirmer l'admissibilité et pour gérer mutuellement les demandes de règlement.

Vous pouvez demander à examiner ou à rectifier les renseignements personnels contenus dans votre dossier. Toute demande d'examen ou de rectification doit être présentée par écrit et envoyée à tout bureau de la Canada Vie ou à notre siège social.

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Canada Vie ou consultez l'adresse www.canadavie.com.

RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX

Table des matières

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR.....	1
DÉFINITIONS	2
QUI EST ADMISSIBLE À LA COUVERTURE.....	4
DATE D'EFFET DE LA COUVERTURE.....	6
CESSATION DE LA COUVERTURE	7
DEMANDE DE RÈGLEMENT DES SINISTRES.....	10
GÉNÉRALITÉS	11
SOMMAIRE DES GARANTIES.....	14
GARANTIE VIE DU MEMBRE	17
GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (À L'ÉGARD DES MEMBRES EN ACTIVITÉ DE SERVICE)	22
GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (À L'ÉGARD PERSONNEL SYNDIQUÉ ET LE PERSONNEL DE BUREAU DE ELECTRICAL CONTRACTORS ASSOCIATION (ECA) ET DE IBEW CONSTRUCTION COUNCIL OF ONTARIO (CCO) EN ACTIVITÉ DE SERVICE)	28
GARANTIE VIE DES PERSONNES À CHARGE.....	34

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

Date d'effet du régime -

Le 1^{er} novembre 2020

Classes couvertes -

Tous les membres, le personnel syndiqué et le personnel de bureau de Electrical Contractors Association (ECA) et de IBEW Construction Council of Ontario (CCO) admissibles

IMPORTANT

Les garanties décrites dans le présent régime d'avantages sociaux sont assurées en vertu de la police collective n° 325077 émise au titulaire de contrat par la Canada Vie. Elles vous sont accessibles si vous faites partie des classes couvertes indiquées ci-dessus. Vous ne bénéficiez que des garanties en vertu desquelles vous êtes couvert.

La présente brochure décrit le régime d'avantages sociaux en vigueur à la date inscrite sur la page couverture.

Conformité avec la loi

Si une disposition quelconque du présent régime d'avantages sociaux entre en conflit avec toute loi régissant les personnes faisant partie des classes couvertes, le régime sera modifié afin de se conformer à cette loi.

Accès aux documents

Sous réserve de certaines restrictions, vous avez le droit, sur demande, d'obtenir une copie de la police, de votre demande d'assurance, de toutes déclarations écrites ou de tout autre document que vous avez fournis à la Canada Vie à titre de preuve d'assurabilité.

Coût

Vous êtes informé du montant de votre **cotisation** lorsque vous vous inscrivez à la couverture.

Délai d'admission

Vous serez admissible à la couverture le premier jour du deuxième mois qui suit la date à laquelle vous avez complété 225 heures de travail (pour lesquelles les cotisations ont été versées au titulaire de contrat).

Les garanties sont détaillées dans les pages suivantes. Ne manquez pas de lire le présent régime d'avantages sociaux attentivement. Il donne une description des prestations payables ainsi que des conditions, restrictions et exclusions qui s'appliquent aux garanties.

DÉFINITIONS

Les définitions ci-dessous s'appliquent à toutes les parties du présent régime d'avantages sociaux à moins que, dans une garantie, un terme ne soit expressément défini d'une façon différente aux fins de ladite garantie.

ANNÉE CIVILE signifie la période qui s'étend du 1^{er} janvier jusqu'au 31 décembre inclusivement.

CONTRAT signifie la police d'assurance collective n° 325077.

CONVENTION COLLECTIVE OU ACCORD DE PARTICIPATION signifie l'entente selon laquelle les cotisations sont versées au fond par l'employeur au nom d'un membre.

EMPLOYEUR signifie l'un des suivants :

- (1) l'électricien entrepreneur qui emploie un membre à temps plein et qui, selon les termes de la convention collective avec le syndicat, est tenu de verser des contributions au Fond au nom de ce membre;
- (2) l'électricien entrepreneur qui emploie un salarié à temps plein et qui, selon les termes de l'accord de participation avec le syndicat, est tenu de verser des contributions au Fond au nom de ce membre;
- (3) IBEW Local Union 586, Electrical Contractors Association (ECA) et IBEW Construction Council of Ontario (CCO) qui emploient un salarié à temps plein.

EXERCICE DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE OU ACTIVITÉ DE SERVICE signifie l'exercice régulier sur les lieux de votre travail, de toutes les fonctions habituelles de votre occupation.

LA CANADA VIE signifie La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

Le **MASCULIN** est un générique qui englobe tous les genres.

MÉDECIN signifie un médecin légalement autorisé à exercer sa profession (M.D.).

PRESTATIONS signifie tout montant payable aux termes d'une garantie.

TITULAIRE DE CONTRAT signifie Electrical Industry of Ottawa Health & Benefit Trust Fund en sa qualité de titulaire de la police d'assurance collective n° 325077.

TRAVAIL À TEMPS PLEIN signifie l'exercice de votre travail régulier pour le compte de l'employeur pendant au moins 20 heures par semaine.

PERSONNE COUVERTE signifie une personne qui bénéficie de la couverture de l'employé en vertu d'une garantie ou une personne à charge admissible pour laquelle l'employé bénéficie de la couverture des personnes à charge en vertu d'une garantie.

MEMBRE signifie l'un des suivants:

- (1) **un membre du syndicat**, qui est au service d'un employeur et directement compensé par l'employeur qui, selon les termes de la convention collection avec le syndicat, est tenu de verser des cotisations au fond au nom de ce membre.

(2) **un salarié d'un électricien entrepreneur ou du syndicat, le ECA, le CCO ou l'électricien entrepreneur lui-même**, qui occupe un emploi à temps plein peut être admissible à la protection aux termes du présent contrat.

SYNDICAT signifie The International Brotherhood of Electrical Workers, Local 586.

VOUS signifie le membre.

QUI EST ADMISSIBLE À LA COUVERTURE

COUVERTURE DU MEMBRE

Vous êtes admissible à la couverture du membre si vous remplissez les conditions suivantes :

- (1) vous faites partie des classes couvertes indiquées à la page «Ce que vous devez savoir»;
- (2) vous avez constitué le délai d'admission indiqué à la page «Ce que vous devez savoir».

Si votre couverture prend fin autrement qu'en raison d'une invalidité et que vous reprenez l'exercice de l'activité professionnelle, vous serez à nouveau admissible après avoir complété le délai d'admission indiqué à la page «Ce que vous devez savoir».

Si vous reprenez l'exercice de l'activité professionnelle après avoir pris votre retraite de Electrical Industry of Ottawa Pension Plan, vous serez admissible à l'invalidité de longue durée pourvu que vous repreniez du service avant votre 60^e anniversaire de naissance.

COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE

Vous êtes admissible à la couverture des personnes à charge tant que vous êtes admissible à la couverture du membre et avez une personne à charge admissible.

"Personne à charge admissible" signifie votre conjoint et vos enfants à charge comme décrit ci-dessous.

CONJOINT

"Conjoint" signifie soit :

- (1) la personne à qui vous êtes légalement marié; soit
- (2) votre conjoint de fait, qui est une personne avec qui vous cohabitez depuis une période d'au moins 12 mois et que vous reconnaissiez publiquement comme votre conjoint. Aucune période de cohabitation minimale n'est exigée si un enfant est issu de cette union de fait.

Vous devez désigner la personne devant être considérée comme votre conjoint aux fins du contrat. Un seul conjoint sera considéré en tout temps comme couvert en vertu du contrat.

ENFANT À CHARGE

"Enfant à charge" signifie soit :

- (1) une personne célibataire qui est votre enfant ou un enfant que vous avez adopté; soit

- (2) un enfant d'un autre lit, un enfant faisant l'objet d'un placement familial chez vous ou un enfant d'un conjoint de fait, qui est célibataire, qui vit sous votre toit et qui dépend de vous pour son soutien,

et qui a

- (1) moins de 21 ans;
- (2) 21 ans mais moins de 25 ans, étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu et dépend de vous pour son soutien.
- (3) 21 ans ou plus et qui est incapable d'occuper un emploi lui permettant de subvenir à ses propres besoins par suite de handicap mental ou physique. La couverture d'un enfant à charge sera maintenue en vigueur en vertu du contrat pourvu que l'incapacité de l'enfant était présente de façon continue alors qu'il était autrement couvert en tant que personne à charge aux termes du présent contrat.

Toute personne qui n'est pas résident du Canada ou du territoire continental des États-Unis d'Amérique n'est admissible à la couverture que si une demande à cet effet est faite par l'employeur et qu'elle est approuvée par écrit par la Canada Vie.

Une personne couverte en tant que membre ne peut être couverte en tant que personne à charge.

DATE D'EFFET DE LA COUVERTURE

COUVERTURE DU MEMBRE

Votre couverture prend effet à la date de votre admissibilité.

D'une manière générale, si vous n'exercez pas votre activité professionnelle à la date à laquelle votre couverture doit prendre effet, celle-ci prendra effet lorsque vous recommencerez à exercer votre activité professionnelle.

COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE

La couverture d'une personne à charge prend effet à celle des dates suivantes qui est postérieure aux autres :

- (1) La date à laquelle la couverture de l'employé prend effet. Toutefois, si vous demandez la couverture des personnes à charge plus de 31 jours après la date d'effet de votre propre couverture, des preuves d'assurabilité doivent être également soumises en ce qui concerne chacune de vos personnes à charge et leur couverture prend effet à la date à laquelle la Canada Vie approuve les preuves.
- (2) Si vous bénéficiez de la couverture des personnes à charge à la date à laquelle vous avez une personne à charge admissible de plus, la couverture de cette personne à charge prendra effet immédiatement.
- (3) La date à laquelle vous avez demandé la couverture des personnes à charge, à condition que la demande soit faite dans les 31 jours qui suivent votre date d'admissibilité à la couverture des personnes à charge, sinon, à la date à laquelle la Canada Vie approuve les preuves d'assurabilité soumises en ce qui concerne les personnes à charge.
- (4) Vous pouvez avoir à assumer le coût des preuves d'assurabilité exigées en ce qui concerne les personnes à charge.

CHANGEMENTS APPORTÉS À LA COUVERTURE

Si des changements sont apportés à votre couverture par suite d'un changement de salaire ou de classification, ou par suite d'un changement au régime, votre couverture ne sera ajustée qu'à compter du premier jour, coïncidant avec la date du changement ou suivant celle-ci, où vous exercez votre activité professionnelle et où la contribution requise est payée.

CESSATION DE LA COUVERTURE

COUVERTURE DU MEMBRE

Votre couverture prend fin à celle des dates suivantes qui est antérieure aux autres :

- (1) Le premier jour du deuxième mois qui suit le mois durant lequel le nombre d'heures en banque de votre compte descend en dessous du minimum requis pour maintenir votre couverture;
- (2) À l'égard des membres du syndicat, la date à laquelle votre adhésion au syndicat prend fin;
- (3) Le premier jour du deuxième mois qui suit la date à laquelle vous êtes mis à pied pour une durée de plus de 24 mois, sauf votre assurance-vie qui elle demeure en vigueur jusqu'au premier jour du deuxième mois qui suit la date à laquelle vous êtes mis à pied pour une durée de plus de 36 mois.
- (4) la date à laquelle vous cessez de faire partie d'une classe admissible;
- (5) la date à compter de laquelle votre classe n'est plus couverte;
- (6) la date à laquelle vous entrez dans les forces armées de n'importe quel pays;
- (7) la date à laquelle l'employeur cesse de verser les contributions pour vous;
- (8) la date à laquelle la prime est due qui suit ou qui coïncide avec la date à laquelle vous atteignez l'âge limite indiqué au sommaire des garanties;
- (9) la date à laquelle le contrat prend fin.

CONTINUATION DE LA COUVERTURE DURANT L'ABSENCE DU TRAVAIL

Votre couverture sera maintenue en vigueur lorsque vous êtes absent du travail par suite :

- (1) **de maladie ou de blessure,**
 - (a) au titre de la garantie Vie avec le paiement de la prime,
 - (i) et que vous êtes âgé de moins de 65 ans et n'êtes pas admissible à la garantie d'exonération des primes, jusqu'à la première des dates suivantes :
 1. la date à laquelle l'employeur cesse de payer les primes ou détermine que la protection a pris fin, et
 2. la date à laquelle vous atteignez votre 65^e anniversaire de naissance.
 - (ii) et que vous êtes âgé de 65 ans et plus, jusqu'à la première des dates suivantes :
 1. la date à laquelle l'employeur cesse de payer les primes ou détermine que la protection a pris fin, et

2. la date tombant six mois après la date à laquelle vous avez cessé d'être en activité de service en raison d'une maladie ou d'une blessure, selon la dernière éventualité.

- (b) au titre de toutes les autres garanties, jusqu'à la première des dates précisées à l'article «Couverture du membre» ci-dessus.

(2) de mise à pied temporaire -

- (a) **votre garantie vie** se poursuit pour une période maximale de 36 mois, période débutant au premier du second mois suivant le mois au cours duquel la mise à pied a lieu, pourvu que les contributions soient payées. Par contre, après 24 mois de mise à pied temporaire, les prestations sont réduites à 7 500 \$;

si vous prenez votre retraite alors que vous êtes en mise à pied temporaire, vous continuez d'être assujetti aux dispositions de « réduction » décrite au Sommaire des garanties et au paragraphe (2) (a) ci-dessus. Par contre, si vous prenez votre retraite après les premiers 24 mois de continuation de la couverture durant la mise à pied temporaire, votre montant de 7 500 \$ est réduit à 5 000 \$ au 1^{er} janvier qui suit votre 65^e anniversaire de naissance, ou qui coïncide avec cette date;

- (b) **vos autres garanties** se poursuivent pour une période maximale de 24 mois, période débutant au premier du second mois suivant le mois au cours duquel la mise à pied a lieu, pourvu que les contributions soient payées.

Si vous êtes mis à pied après la date d'effet de la couverture, que vous retournez au travail pour un minimum de 36 heures à l'intérieur d'un mois et que vous êtes mis à pied par la suite, votre couverture peut se poursuivre pour une période additionnelle de 24 mois alors que vous êtes absents du travail, période débutant au premier du second mois suivant le mois au cours duquel la mise à pied a lieu, pourvu que les contributions soient payées.

- (3) **retraite**, toutes les garanties, sauf l'invalidité de longue durée, peuvent se poursuivre jusqu'à la première des dates décrites à la section Couverture du membre ci-dessus, pourvu que les contributions soient payées.

Remise en vigueur des garanties

Si votre couverture prend fin, vous pouvez être à nouveau admissible à la couverture à la date à laquelle vous complétez la période d'attente indiquée à la page intitulée « Ce que vous devez savoir », pourvu que vous fassiez partie d'une classe admissible.

COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE

La couverture d'une personne à charge prend fin à celle des dates suivantes qui est antérieure aux autres :

- (1) la date de cessation de votre propre couverture;
- (2) la date à laquelle la personne à charge perd sa qualité de personne à charge admissible;

- (3) la date à laquelle la Canada Vie reçoit une demande de terminaison de la couverture de la personne à charge;
- (4) a date à laquelle l'employeur cesse de verser les contributions pour la couverture des personnes à charge.

DEMANDE DE RÈGLEMENT DES SINISTRES

GARANTIE VIE

Garantie vie du membre

Votre bénéficiaire doit envoyer des pièces justificatives à l'administrateur qui vous fournira les formulaires nécessaires à compléter.

Garantie vie des personnes à charge

Vous devez remettre à l'administrateur des pièces justificatives de décès. Les formulaires à remplir seront fournis par l'administrateur.

GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Afin de soumettre une demande de règlement en ligne, allez au www.canadavie.com.

Afin de soumettre une demande de règlement sur papier, procurez-vous le Guide de présentation des demandes de règlement du salarié (formulaire M5454(f) ou M4307B(f)) et suivez-en les directives. Vous pouvez vous procurer ce guide auprès de votre employeur ou en ligne au www.canadavie.com.

Les formulaires doivent être remplis sans délai afin d'assurer un règlement rapide.

GÉNÉRALITÉS

DROIT DE CESSION

Les garanties décès ne sont pas cessibles, c'est-à-dire que la propriété de ces garanties ne peut pas être transmise à une autre personne ou à un organisme.

CONDITIONS APPLICABLES AUX BÉNÉFICIAIRES

«Bénéficiaire» signifie la personne que vous avez désignée par écrit pour bénéficier des sommes payables en vertu du contrat.

Toute somme payable en vertu du contrat par suite de votre décès est versée à votre bénéficiaire désigné. Le montant de toute prestation pour lequel vous n'avez pas désigné de bénéficiaire ou en l'absence de bénéficiaire survivant à votre décès, est versé à votre succession.

Vous pouvez effectuer, modifier ou révoquer une désignation de bénéficiaire, dans la mesure permise par la loi. Toute désignation de bénéficiaire que vous avez effectuée aux termes de l'ancienne police de votre employeur antérieurement à la date d'effet de la présente police s'applique à la présente police jusqu'à ce que vous changez cette désignation. Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire de temps à autre afin de vous assurer qu'elle reflète vos intentions actuelles. Vous pouvez modifier cette désignation en remplissant une formule que vous pouvez obtenir de votre employeur.

Si plusieurs bénéficiaires sont désignés mais que le formulaire ne spécifie pas la part qui est attribuée à chacun d'eux, les sommes payables seront distribuées entre eux en parts égales.

Si le décès d'un bénéficiaire survient avant le vôtre, les droits de ce bénéficiaire cesseront et la part qui lui revient sera distribuée en parts égales entre les autres bénéficiaires, à moins de stipulations contraires dans le formulaire.

CONDITIONS APPLICABLES AU RÈGLEMENT DES SINISTRES

Pièces justificatives du sinistre

Les délais prescrits pour soumettre les pièces justificatives du sinistre exigées en vertu d'une garantie sont stipulés dans l'article «Pièces justificatives du sinistre» de la garantie.

La non-production desdites pièces dans les délais prescrits n'annulera pas la demande de règlement ni n'en diminuera l'importance s'il était impossible de les produire dans les délais prescrits, à condition toutefois que lesdites pièces soient produites aussitôt que possible.

Délai pour le paiement des prestations au Québec

Lorsque la loi du Québec s'applique, les prestations sont payées conformément aux termes de la présente police, dans le délai établi comme suit :

Pour les prestations de décès, 30 jours suivant la réception de la preuve de sinistre requise.

Pour les prestations versées aux termes d'une assurance invalidité ne prévoyant aucune période d'attente, 30 jours suivant la réception de la preuve de sinistre requise. Pour les prestations versées aux termes d'une assurance invalidité prévoyant une période d'attente, 30 jours suivant la fin de la période d'attente, à condition que la preuve de sinistre ait été reçue.

Examen médical et autopsie

La Canada Vie se réserve le droit et l'occasion doit lui être fournie de faire examiner, à ses frais et par un médecin ou un dentiste de son choix, toute personne couverte dont la blessure, la maladie ou le traitement fait l'objet d'une demande de règlement et ce, sur demande et autant de fois qu'elle le juge à propos tant que le dossier de la demande de règlement reste ouvert et, dans le cas de décès, d'ordonner une autopsie si celle-ci n'est pas légalement interdite.

Procédure d'appel

Vous avez le droit d'appeler du refus de la Canada Vie d'accorder la totalité ou une partie de l'assurance ou des prestations décrites dans le contrat dans l'année suivant le refus initial. Vous devez alors faire appel par écrit en précisant les raisons pour lesquelles vous jugez le refus injustifié.

Poursuite judiciaire

Toute action en justice ou procédure judiciaire intentée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables en vertu du contrat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée à l'intérieur du délai prescrit par *l'Insurance Act* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour une action en justice ou une procédure régie par la loi du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Ontario) ou dans toute autre loi applicable. Pour les actions en justice ou procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le Code civil du Québec.

TROP-PERÇU DE PRESTATIONS

Aucune des dispositions du présent régime d'avantages sociaux ne peut empêcher la Canada Vie de récupérer un trop-perçu de prestations versé à toute personne ou à tout organisme, quelle qu'en soit la cause.

Si des prestations qui n'auraient pas dû être versées aux termes de la police sont payées, vous êtes tenu de les rembourser dans les 30 jours suivant l'envoi par la Canada Vie d'un avis de paiement en trop ou à l'intérieur d'un délai plus long convenu par écrit avec la Canada Vie. Si vous ne respectez pas cette obligation, le versement des prestations au titre de la police sera interrompu jusqu'au remboursement du paiement en trop. Cette action ne limite aucunement le droit de la Canada Vie à recouvrer par d'autres moyens légaux les sommes versées en trop.

QUI BÉNÉFICIE DES VERSEMENTS

Les sommes payables en vertu d'une garantie vous seront versées, à moins de stipulations contraires.

SOMMAIRE DES GARANTIES

VOS GARANTIES

GARANTIE VIE

Montant :

Personnel syndiqué, personnel de bureau de Electrical Contractors Association (ECA) et de IBEW Construction Council of Ontario (CCO), et membres en activité de service à compter du 1^{er} novembre 2018 : 250 000 \$.

Membres non activement au travail à compter du 31 octobre 2018 : 125 000 \$.

Membres non activement au travail à compter du 31 octobre 2014 : 100 000 \$.

Membres non activement au travail à compter du 30 septembre 2005; ou membres ayant pris leur retraite à compter du 1^{er} juillet 1982, mais avant le 1^{er} octobre 2005 : 50 000 \$.

Membres ayant pris leur retraite avant le 1^{er} juillet 1982 : 25 000 \$.

Membres (quel que soit l'âge) sur la mis à pied temporaire pendant plus de 24 mois consécutifs, mais moins de 36 mois: 7,500 \$.

Réduction :

Personnel syndiqué, personnel de bureau de Electrical Contractors Association (ECA) et de IBEW Construction Council of Ontario (CCO), et membres en activité de service : au 1^{er} janvier suivant votre 65^e anniversaire de naissance, ou qui coïncide avec cette date, votre montant indiqué ci-dessus est réduit de 50 %. À chaque 1^{er} janvier par la suite, votre montant est réduit d'un montant égal à 10 % du montant applicable avant votre 65^e anniversaire de naissance.

Membres retraités : au 1^{er} janvier suivant votre 65^e anniversaire de naissance, ou qui coïncide avec cette date, votre montant indiqué ci-dessus est réduit de 50 %. À chaque 1^{er} janvier par la suite, votre montant est réduit d'un montant égal à 10 % du montant applicable avant votre 65^e anniversaire de naissance. Votre montant ne sera jamais réduit en deçà de :

Membres ayant pris leur retraite à compter du 1^{er} novembre 2018 : 25 000 \$.

Membres ayant pris leur retraite à compter du 1^{er} novembre 2014, mais avant le 1^{er} novembre 2018 : 12 500 \$.

Membres ayant pris leur retraite à compter du 1^{er} octobre 2005, mais avant le 1^{er} novembre 2014 : 10 000 \$.

Membres ayant pris leur retraite avant le 1^{er} octobre 2005 : 5 000 \$.

Cessation : Cette garantie se poursuit tout au long de votre retraite.

GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Pour les membres électricien en activité de service :

Indemnité mensuelle : 2 500 \$.

Imposition des indemnités : Étant donné que vous ne payez pas la totalité de la prime de cette garantie, les indemnités d'invalidité de longue durée sont imposables.

Délai de carence : Les indemnités sont versées pour chaque période d'invalidité totale après qu'une période d'invalidité totale ininterrompue de 119 jours se soit écoulée ou, si postérieur, la date à laquelle toute prestation d'invalidité est payable aux termes de la Loi sur l'Assurance-Emploi du Canada.

Durée maximale des versements : Les indemnités sont payables jusqu'à votre 60^e anniversaire de naissance ou jusqu'au jour où vous choisissez de recevoir une pension de préretraite en vertu de tout régime d'avantages sociaux à l'intention des employés, selon ce qui arrive en premier.

Cessation de l'admissibilité : À la date à laquelle vous atteignez l'âge de 59 ans et 226 jours, ou votre retraite, selon la première éventualité.

À l'égard du personnel syndiqué, du personnel de bureau de Electrical Contractors Association (ECA) et de IBEW Construction Council of Ontario (CCO) en activité de service :

Indemnité mensuelle: Un montant égal à 66,67 % du salaire mensuel que vous touchiez au début de l'invalidité totale (arrondi au multiple supérieur de 1 \$ s'il n'est pas déjà un multiple de 1 \$), jusqu'à concurrence de 7 500 \$.

Imposition des indemnités: Étant donné que vous payez la totalité de la prime de cette garantie, les indemnités d'invalidité de longue durée ne sont pas imposables.

Délai de carence: Les indemnités sont versées pour chaque période d'invalidité totale après qu'une période d'invalidité totale ininterrompue de 119 jours se soit écoulée ou, si postérieur, la date à laquelle toute prestation d'invalidité est payable aux termes de la Loi sur l'Assurance-Emploi du Canada

Benefits will be payable for each period of total disability after 119 days of continuous total disability or, if later, on the date that any disability benefits payable under the Employment Insurance Act of Canada end.

Durée maximale des versements : Les indemnités sont payables jusqu'à votre 65^e anniversaire de naissance ou jusqu'au jour où vous choisissez de recevoir une pension de préretraite en vertu de tout régime d'avantages sociaux à l'intention des employés, selon ce qui arrive en premier.

Cessation de l'admissibilité : À la date à laquelle vous atteignez l'âge de 64 ans et 246 jours, ou votre retraite, selon la première éventualité.

GARANTIE DE VOS PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES

GARANTIE VIE

Montant : Votre conjoint et chacun de vos enfants à charge âgé de 15 jours ou plus sont admissibles aux montants suivants :

Le personnel syndiqué et le personnel de bureau de Electrical Contractors Association (ECA) et de IBEW Construction Council of Ontario (CCO) et les membres en activité de service :

Conjoint -	10 000 \$
Enfant -	10 000 \$

Tous les autres membres :

Conjoint -	5 000 \$
Enfant -	2 500 \$

Reduction : au 1^{er} janvier suivant votre 65^e anniversaire de naissance, ou qui coïncide avec cette date, le montant indiqué ci-dessus à l'égard des personnes à charge est réduit de 50 %.

Termination : À la date à laquelle votre couverture vie de membre prend fin.

GARANTIE VIE DU MEMBRE

POUR VOUS

PARTIE I. PRESTATION-DÉCÈS

DÉFINITION

Toutes les fois qu'il est fait mention dans la présente garantie des termes «invalidité totale» et «totalement invalide», ceux-ci signifient que :

- (1) vous êtes dans l'incapacité d'exercer toutes les fonctions relatives à votre occupation au cours d'une période initiale (indiquée au Sommaire des garanties) et des 24 mois d'invalidité totale qui suivent;
- (2) par la suite, que vous êtes dans l'incapacité d'exercer toute occupation lucrative pour laquelle vous êtes raisonnablement qualifié en raison de votre instruction, de votre formation ou de votre expérience, et pour lequel vous recevrez 60 % ou plus de vos gains mensuels avant invalidité, et
- (3) que vous ne travaillez pas, à quelque moment que ce soit, dans un but lucratif,

A. CAPITAL-DÉCÈS

Advenant votre décès alors que vous êtes couvert en vertu de la présente garantie, le montant de la garantie vie (indiqué au sommaire des garanties) en vigueur à votre décès est versé dès réception par la Canada Vie des preuves par écrit du décès.

B. PROLONGATION DE LA GARANTIE-DÉCÈS DURANT L'INVALIDITÉ TOTALE

Si vous êtes frappé d'invalidité totale alors que vous êtes couvert en vertu de la présente garantie et êtes âgé de moins de 65 ans, la Canada Vie, sur réception de preuves d'invalidité totale qu'elle juge satisfaisantes, prolonge la couverture **sans** paiement de prime **après avoir complété le délai de carence de l'invalidité de longue durée** (indiquée au Sommaire des garanties) tant que vous êtes totalement invalide, sous réserve des autres stipulations du présent article B.

Des preuves satisfaisantes de l'invalidité totale doivent être soumises à la Canada Vie dans l'année qui suit la date de l'avis et une fois par année par la suite, lorsque la Canada Vie l'exige et dans les formes qu'elle précise

Le montant de la garantie prolongée est égal au montant pour lequel vous étiez couvert au commencement de l'invalidité totale. Toutefois, si le montant doit être normalement réduit lorsque vous atteignez un certain âge ou pour toute autre raison, le montant de la garantie maintenue en vigueur en vertu des stipulations du présent article B est réduit en conséquence.

Advenant votre décès, le montant est versé à condition que soient soumises des preuves satisfaisantes établissant que l'état d'invalidité totale a duré jusqu'au décès.

Si votre décès survient avant que vous atteignez l'âge de 65 ans, et au plus tard un an après la date du début de l'invalidité totale et avant qu'une preuve quelconque soit soumise, un avis spécifiant que l'invalidité totale a duré jusqu'au décès doit être alors donné à la Canada Vie au plus tard un an après le décès. Des preuves satisfaisantes doivent être soumises à la Canada Vie dans les 3 mois qui suivent la date à laquelle elle reçoit l'avis.

Pour ce qui est d'une police individuelle d'assurance-vie émise conformément aux modalités de l'article D «Droit de transformation», le versement n'est effectué que si la police individuelle est cédée sans qu'une demande de règlement soit présentée.

La couverture prolongée prend fin immédiatement dans les cas suivants :

- (1) votre invalidité totale prend fin;
- (2) vous omettez de vous soumettre à un examen médical par des médecins désignés par la Canada Vie lorsque et aussi souvent que celle-ci l'exige.

Si la couverture prolongée prend fin après que vous ayez soumis des preuves d'invalidité totale et pour toute raison autre que la retraite, vous bénéficiez des mêmes droits et des mêmes garanties en vertu de l'article D «Droit de transformation» que si vous cessiez d'être membre des classes couvertes en vertu de la présente garantie.

C. PROLONGATION DE LA GARANTIE

Une prestation-décès est versée si votre décès survient au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle vous avez cessé d'être couvert en vertu de la présente garantie. Le montant de la prestation est égal au montant de la garantie vie que vous aviez le droit de transformer en vertu de l'article D «Droit de transformation».

D. DROIT DE TRANSFORMATION

Si vous cessez d'être couvert en vertu de la présente garantie avant votre 65^e anniversaire de naissance, vous pouvez transformer la garantie vie en une police individuelle d'assurance-vie et aucune preuve d'assurabilité ne sera nécessaire. La police est émise sous réserve des lois ou directives applicables dans votre province de résidence. Le montant transformé ne doit pas être inférieur au montant minimal pour lequel la Canada Vie établirait une police individuelle pour la combinaison choisie.

La prime de la police individuelle est établie au tarif fixé par la Canada Vie à la date d'effet de ladite police, en fonction de la combinaison choisie, du montant transformé et de l'âge que vous avez atteint.

Vous devez faire la demande de transformation et payer la première prime au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle vous cessez d'être couvert en vertu de la présente garantie. La police individuelle prend effet 31 jours après la cessation de la présente garantie.

Si vous transformez votre garantie vie en totalité ou en partie conformément aux modalités du présent article D, vous n'êtes admissible à aucune autre assurance en vertu de la présente garantie, à moins que la police individuelle ne soit annulée.

E. QUI BÉNÉFICIE DES VERSEMENTS

Toute somme payable à votre décès est versée à votre bénéficiaire déterminé en vertu des conditions applicables aux bénéficiaires figurant à la page «Généralités».

F. PIÈCES JUSTIFICATIVES DU SINISTRE

Des pièces justificatives du sinistre doivent être soumises à la Canada Vie au plus tard 5 ans après la date du décès.

PARTIE II. PRESTATION-VIE

DÉFINITIONS

Toutes les fois qu'il est fait mention dans la présente garantie des termes suivants, ceux-ci ont la signification énoncée ci-dessous :

- (1) «Prestation-vie» signifie le montant de la garantie vie que vous pouvez choisir d'appliquer à la présente option. La prestation-vie est un versement unique égal à 50 % du montant total de votre garantie vie (indiqué au sommaire des garanties) en vigueur à la date à laquelle la Canada Vie reçoit des preuves selon lesquelles vous souffrez d'une maladie en phase terminale, jusqu'à concurrence de 50 000 \$. Toutefois, la prestation-vie peut être diminuée si, au cours des 6 mois qui suivent la date à laquelle la Canada Vie reçoit lesdites preuves, le montant de votre garantie vie doit faire l'objet d'une réduction en fonction de votre âge. Dans un tel cas, le montant de la prestation-vie s'élèvera à 50 % du montant de votre garantie vie après la réduction, sous réserve de la prestation-vie maximale.
- (2) «Maladie en phase terminale» signifie une espérance de vie de 12 mois ou moins.

A. OPTION

Si vous êtes atteint d'une maladie en phase terminale alors que vous êtes couvert en vertu de la présente garantie ou alors que votre couverture est maintenue en vigueur en vertu de l'article «Prolongation de la garantie-décès durant l'invalidité totale» de la présente garantie, vous pouvez choisir l'option de prestation-vie. Ce choix est assujetti aux dispositions mentionnées ci-dessous.

B. VERSEMENT DE LA PRESTATION-VIE

Si vous choisissez la présente option, la Canada Vie versera la prestation-vie en une somme unique dès réception des preuves selon lesquelles vous souffrez d'une maladie en phase terminale.

C. QUI BÉNÉFICIE DES VERSEMENTS

La prestation en vertu de la présente option vous est payable.

D. SOMME PAYABLE À VOTRE DÉCÈS

La Canada Vie paiera en une somme unique, à votre bénéficiaire déterminé en vertu des conditions applicables aux bénéficiaires figurant à la page «Généralités», le montant de la garantie vie DIMINUÉ du total (1) de la prestation-vie qui vous a été versée, et (2) des intérêts calculés à compter de la date du versement de la prestation-vie jusqu'à la date de votre décès, au taux d'intérêt annuel effectif établi par la Canada Vie au moment de la demande de prestation-vie.

E. CONDITIONS

Votre droit au versement en vertu de la présente option est assujetti aux conditions suivantes :

- (1) Vous devez choisir l'option par écrit selon une formule jugée satisfaisante par la Canada Vie.
- (2) Vous devez soumettre à la Canada Vie des preuves jugées satisfaisantes, selon lesquelles votre espérance de vie est de 12 mois ou moins, y compris un certificat établi par un médecin.
- (3) La prestation-vie ne vous est offerte qu'à titre facultatif. Par conséquent,
 - (a) si vous êtes tenu par la loi de vous prévaloir de la présente option afin de rembourser vos créanciers, que vous soyez en faillite ou non, vous n'y êtes pas admissible;
 - (b) si une institution gouvernementale exige que vous vous prévaliez de la présente option pour demander, obtenir ou conserver un avantage gouvernemental, vous n'y êtes pas admissible.
 - (c) la déduction de la prestation-vie majorée des intérêts courus aura priorité sur toute demande de règlement ou autre présentée relativement aux sommes payables à votre décès.

F. EFFET SUR LA COUVERTURE

Lorsque vous choisissez cette option, le montant total de la garantie vie payable à votre décès, y compris tout montant payable en vertu de l'article «Prolongation de la garantie-décès durant l'invalidité totale» de la présente garantie, est réduit de la prestation-vie. Il en est de même pour tout montant que vous auriez pu autrement transformer en une police individuelle.

GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

(À L'ÉGARD DES MEMBRES EN ACTIVITÉ DE SERVICE)

POUR VOUS

DÉFINITIONS

Toutes les fois qu'il est fait mention dans la présente garantie des termes suivants, ceux-ci ont la signification énoncée ci-dessous :

- (1) «Congé de maternité» signifie,
 - (a) tout congé de maternité que vous prenez conformément à une loi fédérale ou provinciale ou qui est convenu d'un commun accord entre vous et l'employeur; ou
 - (b) tout congé de maternité que l'employeur vous demande de prendre conformément à une loi fédérale ou provinciale.

Le congé de maternité commence à la date fixée pour celui-ci ou à la date de l'accouchement, selon ce qui arrive en premier et prend fin le jour prévu pour votre retour au travail.
- (2) «Médecin» signifie un médecin légalement autorisé à exercer sa profession (M.D.) tel qu'indiqué ou autorisé par la Canada Vie.
- (3) «Salaire avant le début de l'invalidité» signifie le salaire que vous receviez au début de l'invalidité totale.
- (4) «Emploi aux fins de réadaptation» signifie toute occupation lucrative approuvée par la Canada Vie que vous exercez alors que vous êtes dans l'incapacité de travailler à temps plein.
- (5) «Invalidité totale» et «totalement invalide» signifient,
 - (a) que vous êtes dans l'incapacité d'exercer toutes les fonctions relatives à votre occupation au cours du délai de carence (indiqué au sommaire des garanties) et des 24 mois d'invalidité totale qui suivent;
 - (b) par la suite, que vous êtes dans l'incapacité d'exercer toute occupation lucrative pour laquelle vous êtes raisonnablement qualifié en raison de votre instruction, de votre formation ou de votre expérience, et pour lequel vous recevez 60 % ou plus de vos gains mensuels avant invalidité, et
 - (c) que vous ne travaillez pas, à quelque moment que ce soit, dans un but lucratif, par suite d'une blessure corporelle d'origine accidentelle ou d'une maladie.

A. INDEMNITÉS D'INVALIDITÉ

Une indemnité mensuelle (indiquée au sommaire des garanties) est versée si vous êtes frappé d'invalidité totale alors que vous êtes couvert en vertu de la présente garantie, que vous recevez les soins d'un médecin et que vous êtes âgé de moins de 60 ans. L'indemnité mensuelle est assujettie aux modalités de l'article B «Montant des indemnités et intégration aux autres prestations».

Les indemnités sont versées dès que le délai de carence (indiqué au sommaire des garanties) est constitué et tant que dure votre invalidité totale, jusqu'à la fin de la période maximale des versements (indiquée au sommaire des garanties).

Les versements sont effectués tous les mois en arriéré et sont déterminés à compter de la fin du délai de carence, à condition toutefois que vous soumettiez des preuves satisfaisantes de l'invalidité totale, selon les exigences de la Canada Vie.

Les indemnités versées pour une partie d'un mois le sont à raison d'un trentième de l'indemnité mensuelle multiplié par le nombre de jours d'invalidité totale au cours de ce mois.

Les primes sont exonérées dès que le délai de carence est constitué et tant que dure votre invalidité totale.

B. MONTANT DES INDEMNITÉS ET INTÉGRATION AUX AUTRES PRESTATIONS

- (1) Le montant des indemnités mensuelles est directement réduit du total des montants suivants (ajustés mensuellement s'ils sont autrement versés), le cas échéant, qui sont payables pour la même période d'invalidité totale :
 - (a) rente de retraite à laquelle vous avez droit aux termes du Régime de rentes du Québec parce que vous recevez des prestations d'invalidité versées par le Régime de rentes du Québec. Cette rente est considérée comme payable et peut être estimée à la date à laquelle la personne y est admissible, peu importe si le revenu en question a été accordé ou reçu;
 - (b) les prestations pour perte de salaire dont le versement commence dès que vous êtes frappé d'invalidité totale ou après et qui sont allouées en vertu de toute loi portant sur la santé et la sécurité du travail ou d'une loi similaire;
 - (c) 50 % de la rémunération provenant d'un plan de réadaptation autorisé. Si votre indemnité mensuelle relative au maximum de toutes les sources excède la totalité (100 %) votre revenu mensuel avant le début de l'invalidité totale, votre indemnité d'invalidité sera réduite du montant excédentaire; et
 - (d) Tout montant versé aux termes des fonds en fiducie de Electrical Industry of Ottawa Pension Trust Fund.
- (2) Votre indemnité mensuelle peut être réduite de nouveau de manière que le montant payable ainsi que les versements provenant des sources suivantes (ajustés mensuellement s'ils sont autrement versés) ne dépassent pas 85 % de votre salaire mensuel brut (au début de l'invalidité totale) :

- (a) toute pension d'invalidité à laquelle vous ou toute autre personne a droit, par suite de votre invalidité, en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations auxquelles une autre personne âgée de 18 ans et plus a droit;
- (b) les prestations payables en vertu d'un régime ou d'un programme procuré par un gouvernement quelconque ou par une subdivision ou agence de celui-ci, notamment toutes prestations pour perte de salaire payables en vertu d'un régime gouvernemental d'assurance-automobile et toutes prestations pour perte de salaire dont le versement commence dès que vous êtes frappé d'invalidité totale ou après et qui sont payables en vertu de toute loi portant sur la santé et la sécurité du travail ou d'une loi similaire;
- (c) tout régime collectif procuré par une association ou tout autre contrat d'assurance collective pour lequel l'employeur prélève régulièrement sur le salaire les cotisations requises;
- (d) tous paiements de salaire ou autres paiements faits par l'employeur;
- (e) les prestations de retraite provenant d'une source quelconque et dont le versement commence dès que vous êtes frappé d'invalidité ou après; et
- (f) les indemnités d'invalidité payables en vertu d'une police collective d'assurance-vie.

Tout ajustement qui découle d'une augmentation du coût de la vie et qui est apporté aux montants décrits à (1)(b), (2)(a) et (2)(b) du présent article B après le début du versement des indemnités mensuelles en vertu de la présente garantie ne réduira pas votre indemnité mensuelle.

La Canada Vie se réserve également le droit d'estimer le montant de toutes indemnités versées en vertu de (1)(b), (2)(a) et (2)(b) du présent article B, jusqu'à ce que soient fournies des preuves établissant soit le montant exact de ces indemnités, soit que vous n'êtes pas admissible auxdites indemnités.

C. INVALIDITÉ RÉCIDIVANTE

Si vous reprenez le travail à temps plein pour le compte de l'employeur après une période d'invalidité totale pour laquelle des indemnités mensuelles ont été versées, des périodes successives d'invalidité totale dues aux mêmes causes ou à des causes connexes et séparées par moins de 6 mois consécutifs de travail à temps plein pour le compte de l'employeur, seront considérées comme une période ininterrompue d'invalidité totale. Les versements débuteront un mois après la date à laquelle l'invalidité totale a recommencé.

D. EMPLOI AUX FINS DE RÉADAPTATION

Vous pouvez soumettre à l'avance une demande par écrit à la Canada Vie en vue d'exercer un emploi aux fins de réadaptation et de continuer à être admissible à certaines indemnités en vertu de la présente garantie. La Canada Vie vous avisera par écrit si vous êtes susceptible d'être considéré en état de réadaptation et pendant combien de temps. Cette durée ne devrait pas dépasser 3 mois mais pourrait être prolongée sur demande écrite. La durée de votre état de réadaptation ne peut en aucun cas dépasser 24 mois pour toutes les périodes d'invalidité totale ayant à l'origine les mêmes causes ou des causes connexes.

E. PROGRAMME DE RÉADAPTATION

Après avoir consulté votre médecin, la Canada Vie pourrait déterminer :

- (1) que vous devez participer à un programme de réadaptation et
- (2) que vous devriez être en mesure de subvenir à vos besoins après avoir participé à ce programme.

La Canada Vie vous avisera par écrit des conditions de remboursement du coût de ce programme, y compris le genre des frais couverts et la durée pendant laquelle ils le seront.

Les frais ne sont pas remboursés par la Canada Vie dans la mesure où, en vertu d'une loi ou d'un régime gouvernemental, la réadaptation est obligatoirement couverte ou est offerte gratuitement. De plus, le coût de ce programme n'est pas remboursé dans la mesure où les frais sont couverts en vertu d'un régime assuré ou non assuré (à l'exclusion du contrat) pour lequel l'employeur a assumé une partie du coût ou a fait des retenues sur le salaire.

Vous ne bénéficierez d'aucune indemnité d'invalidité de longue durée si vous refusez de participer à un programme de réadaptation approuvé par votre médecin et la Canada Vie.

F. RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Le versement des indemnités est assujetti aux restrictions suivantes :

(1) Alcoolisme et toxicomanie

Les indemnités ne sont payables pour une invalidité totale résultant d'alcoolisme, de toxicomanie ou de troubles similaires que si vous participez à un programme de traitement actif contrôlé par un médecin et approuvé par écrit par la Canada Vie.

(2) À l'étranger

Les indemnités seront interrompues durant tout séjour à l'étranger sauf -

- (a) si vous recevez les soins réguliers d'un médecin et
- (b) si vous soumettez à la Canada Vie, dans les 30 jours suivant votre départ, des preuves jugées satisfaisantes établissant que vous suivez régulièrement un traitement et, par la suite, aussi souvent que la Canada Vie en exprimera le désir.

Au cours de ce séjour, la Canada Vie se réserve le droit de vous demander de vous soumettre à un examen par un médecin de son choix.

Les indemnités ne sont pas payables pour toute période d'invalidité totale dans les cas suivants :

- (1) toute période au cours de laquelle vous ne recevez pas les soins d'un médecin. Une telle période ne peut pas non plus servir à constituer le délai de carence;
- (2) toute période au cours de laquelle vous êtes en congé autorisé, y compris un congé de maternité. Toutefois, si vous devenez totalement invalide par suite de grossesse alors que vous êtes en congé de maternité et que votre garantie invalidité de longue durée a été maintenue en vigueur conformément aux dispositions de l'article «Continuation de la couverture durant l'absence du travail» figurant à la page Cessation de la couverture, le congé prendra fin le jour où l'invalidité totale a débuté. Aux fins de la présente garantie, le congé de maternité reprendra le jour où vous ne serez plus totalement invalide. Si vous devenez totalement invalide alors que vous êtes en congé autorisé (à l'exclusion d'un congé de maternité) et que votre garantie a été maintenue en vigueur conformément aux dispositions mentionnées ci-dessus, le délai de carence débutera immédiatement mais les indemnités mensuelles ne seront payables qu'à compter de la date prévue pour votre retour au travail;
- (3) toute période au cours de laquelle vous êtes en mise à pied. Si vous devenez totalement invalide pendant une mise à pied, le délai de carence débutera immédiatement mais les indemnités mensuelles ne seront payables qu'à compter de la date prévue pour votre retour au travail;
- (4) si la période d'invalidité commence alors que vous n'exercez pas votre activité professionnelle par suite d'arrêt de travail ou de grève;
- (5) si l'invalidité résulte d'une infraction criminelle ou d'une tentative d'infraction criminelle, à l'exclusion de blessures subies durant la conduite d'un véhicule quelconque alors que la proportion d'alcool dans votre sang était de plus de 80 milligrammes par 100 millilitres de sang (0,08);
- (6) si l'invalidité est causée, en totalité ou en partie, par une guerre ou tout acte de guerre, une agitation populaire, une émeute ou par des hostilités quelconques;
- (7) toute période au cours de laquelle vous êtes incarcéré dans un pénitencier ou autre maison de correction.

G. PROLONGATION DU VERSEMENT DES INDEMNITÉS

Si la garantie prend fin pour une raison quelconque et que vous soyez totalement invalide à la date de cessation, le versement des indemnités continuera durant la période d'invalidité totale comme si la garantie n'avait pas pris fin.

H. DEMANDE DE RÈGLEMENT À UN TIERS

Si vous recevez des indemnités en vertu de la présente garantie et que vous demandez à un tiers une somme d'argent en dédommagement de l'invalidité totale que ce dernier vous a causée, le règlement aux fins de dédommagement comprendra les indemnités pour perte de salaire. Si vous êtes dédommagé, vous devrez rembourser à la Canada Vie toutes les indemnités que vous aurez reçues en vertu de la présente garantie pour ladite invalidité, jusqu'à concurrence de la somme représentant le remboursement pour perte de salaire qui est octroyée en vertu de la demande de règlement à un tiers.

I. PIÈCES JUSTIFICATIVES DU SINISTRE

Un avis écrit du sinistre doit être remis à la Canada Vie dans les 90 jours qui suivent la date du début de l'invalidité totale. Des pièces justificatives du sinistre doivent être soumises à la Canada Vie dans les 90 jours qui suivent le délai de carence.

GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

**(À L'ÉGARD PERSONNEL SYNDIQUÉ ET LE PERSONNEL DE BUREAU DE
ELECTRICAL CONTRACTORS ASSOCIATION (ECA) ET DE IBEW CONSTRUCTION
COUNCIL OF ONTARIO (CCO) EN ACTIVITÉ DE SERVICE)**

POUR VOUS

DÉFINITIONS

Toutes les fois qu'il est fait mention dans la présente garantie des termes suivants, ceux-ci ont la signification énoncée ci-dessous :

- (1) «Congé de maternité» signifie,
 - (a) tout congé de maternité que vous prenez conformément à une loi fédérale ou provinciale ou qui est convenu d'un commun accord entre vous et l'employeur; ou
 - (b) tout congé de maternité que l'employeur vous demande de prendre conformément à une loi fédérale ou provinciale.

Le congé de maternité commence à la date fixée pour celui-ci ou à la date de l'accouchement, selon ce qui arrive en premier et prend fin le jour prévu pour votre retour au travail.
- (2) «Médecin» signifie un médecin légalement autorisé à exercer sa profession (M.D.) tel qu'indiqué ou autorisé par la Canada Vie.
- (3) «Salaire avant le début de l'invalidité» signifie le salaire que vous receviez au début de l'invalidité totale.
- (4) «Emploi aux fins de réadaptation» signifie toute occupation lucrative approuvée par la Canada Vie que vous exercez alors que vous êtes dans l'incapacité de travailler à temps plein.
- (5) «Invalidité totale» et «totalement invalide» signifient,
 - (a) que vous êtes dans l'incapacité d'exercer toutes les fonctions relatives à votre occupation au cours du délai de carence (indiqué au sommaire des garanties) et des 24 mois d'invalidité totale qui suivent;
 - (b) par la suite, que vous êtes dans l'incapacité d'exercer toute occupation lucrative pour laquelle vous êtes raisonnablement qualifié en raison de votre instruction, de votre formation ou de votre expérience, et pour lequel vous recevrez 60 % ou plus de vos gains mensuels avant invalidité, et
 - (c) que vous ne travaillez pas, à quelque moment que ce soit, dans un but lucratif, par suite d'une blessure corporelle d'origine accidentelle ou d'une maladie.

A. INDEMNITÉS D'INVALIDITÉ

Une indemnité mensuelle (indiquée au sommaire des garanties) est versée si vous êtes frappé d'invalidité totale alors que vous êtes couvert en vertu de la présente garantie, que vous recevez les soins d'un médecin et que vous êtes âgé de moins de 65 ans. L'indemnité mensuelle est assujettie aux modalités de l'article B «Montant des indemnités et intégration aux autres prestations».

Les indemnités sont versées dès que le délai de carence (indiqué au sommaire des garanties) est constitué et tant que dure votre invalidité totale, jusqu'à la fin de la période maximale des versements (indiquée au sommaire des garanties).

Les versements sont effectués tous les mois en arriéré et sont déterminés à compter de la fin du délai de carence, à condition toutefois que vous soumettiez des preuves satisfaisantes de l'invalidité totale, selon les exigences de la Great West.

Les indemnités versées pour une partie d'un mois le sont à raison d'un trentième de l'indemnité mensuelle multiplié par le nombre de jours d'invalidité totale au cours de ce mois.

Les primes sont exonérées dès que le délai de carence est constitué et tant que dure votre invalidité totale.

B. MONTANT DES INDEMNITÉS ET INTÉGRATION AUX AUTRES PRESTATIONS

- (1) Le montant des indemnités mensuelles est directement réduit du total des montants suivants (ajustés mensuellement s'ils sont autrement versés), le cas échéant, qui sont payables pour la même période d'invalidité totale :
 - (a) les prestations pour perte de salaire dont le versement commence dès que vous êtes frappé d'invalidité totale ou après et qui sont allouées en vertu de toute loi portant sur la santé et la sécurité du travail ou d'une loi similaire;
 - (b) 50 % de la rémunération provenant d'un plan de réadaptation autorisé. Si votre indemnité mensuelle relative au maximum de toutes les sources excède la totalité (100 %) votre revenu mensuel avant le début de l'invalidité totale, votre indemnité d'invalidité sera réduit du montant excédentaire; et
- (2) Votre indemnité mensuelle peut être réduite de nouveau de manière que le montant payable ainsi que les versements provenant des sources suivantes (ajustés mensuellement s'ils sont autrement versés) ne dépassent pas 85 % de votre salaire mensuel brut (au début de l'invalidité totale) :
 - (a) toute pension d'invalidité à laquelle vous ou toute autre personne a droit, par suite de votre invalidité, en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations auxquelles une autre personne âgée de 18 ans et plus a droit;

- (b) les prestations payables en vertu d'un régime ou d'un programme procuré par un gouvernement quelconque ou par une subdivision ou agence de celui-ci, notamment toutes prestations pour perte de salaire payables en vertu d'un régime gouvernemental d'assurance-automobile et toutes prestations pour perte de salaire dont le versement commence dès que vous êtes frappé d'invalidité totale ou après et qui sont payables en vertu de toute loi portant sur la santé et la sécurité du travail ou d'une loi similaire;
- (c) tout régime collectif procuré par une association ou tout autre contrat d'assurance collective pour lequel l'employeur préleve régulièrement sur le salaire les cotisations requises;
- (d) tous paiements de salaire ou autres paiements faits par l'employeur;
- (e) les prestations de retraite provenant d'une source quelconque et dont le versement commence dès que vous êtes frappé d'invalidité ou après; et
- (f) les indemnités d'invalidité payables en vertu d'une police collective d'assurance-vie.

Tout ajustement qui découle d'une augmentation du coût de la vie et qui est apporté aux montants décrits à (1)(a) et (2)(a) et (2)(b) du présent article B après le début du versement des indemnités mensuelles en vertu de la présente garantie ne réduira pas votre indemnité mensuelle.

La Canada Vie se réserve le droit d'estimer le montant de toutes indemnités versées en vertu de (1)(a) et (2)(a) et (2)(b) du présent article B, jusqu'à ce que soient fournies des preuves établissant soit le montant exact de ces indemnités, soit que vous n'êtes pas admissible auxdites indemnités.

C. INVALIDITÉ RÉCIDIVANTE

Si vous reprenez le travail à temps plein pour le compte de l'employeur après une période d'invalidité totale pour laquelle des indemnités mensuelles ont été versées, des périodes successives d'invalidité totale dues aux mêmes causes ou à des causes connexes et séparées par moins de 6 mois consécutifs de travail à temps plein pour le compte de l'employeur, seront considérées comme une période ininterrompue d'invalidité totale. Les versements débuteront un mois après la date à laquelle l'invalidité totale a recommencé.

D. EMPLOI AUX FINS DE RÉADAPTATION

Vous pouvez soumettre à l'avance une demande par écrit à la Canada Vie en vue d'exercer un emploi aux fins de réadaptation et de continuer à être admissible à certaines indemnités en vertu de la présente garantie. La Canada Vie vous avisera par écrit si vous êtes susceptible d'être considéré en état de réadaptation et pendant combien de temps. Cette durée ne devrait pas dépasser 3 mois mais pourrait être prolongée sur demande écrite. La durée de votre état de réadaptation ne peut en aucun cas dépasser 24 mois pour toutes les périodes d'invalidité totale ayant à l'origine les mêmes causes ou des causes connexes.

E. PROGRAMME DE RÉADAPTATION

Après avoir consulté votre médecin, la Canada Vie pourrait déterminer :

- (1) que vous devez participer à un programme de réadaptation et
- (2) que vous devriez être en mesure de subvenir à vos besoins après avoir participé à ce programme.

La Canada Vie vous avisera par écrit des conditions de remboursement du coût de ce programme, y compris le genre des frais couverts et la durée pendant laquelle ils le seront.

Les frais ne sont pas remboursés par la Canada Vie dans la mesure où, en vertu d'une loi ou d'un régime gouvernemental, la réadaptation est obligatoirement couverte ou est offerte gratuitement. De plus, le coût de ce programme n'est pas remboursé dans la mesure où les frais sont couverts en vertu d'un régime assuré ou non assuré (à l'exclusion du contrat) pour lequel l'employeur a assumé une partie du coût ou a fait des retenues sur le salaire.

Vous ne bénéficieriez d'aucune indemnité d'invalidité de longue durée si vous refusez de participer à un programme de réadaptation approuvé par votre médecin et la Canada Vie.

F. RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Le versement des indemnités est assujetti aux restrictions suivantes :

(1) Alcoolisme et toxicomanie

Les indemnités ne sont payables pour une invalidité totale résultant d'alcoolisme, de toxicomanie ou de troubles similaires que si vous participez à un programme de traitement actif contrôlé par un médecin et approuvé par écrit par la Canada Vie.

(2) À l'étranger

Les indemnités seront interrompues durant tout séjour à l'étranger sauf -

- (a) si vous recevez les soins réguliers d'un médecin et
- (b) si vous soumettez à la Canada Vie, dans les 30 jours suivant votre départ, des preuves jugées satisfaisantes établissant que vous suivez régulièrement un traitement et, par la suite, aussi souvent que la Canada Vie en exprimera le désir.

Au cours de ce séjour, la Canada Vie se réserve le droit de vous demander de vous soumettre à un examen par un médecin de son choix.

Les indemnités ne sont pas payables pour toute période d'invalidité totale dans les cas suivants :

- (1) toute période au cours de laquelle vous ne recevez pas les soins d'un médecin. Une telle période ne peut pas non plus servir à constituer le délai de carence;

- (2) toute période au cours de laquelle vous êtes en congé autorisé, y compris un congé de maternité. Toutefois, si vous devenez totalement invalide par suite de grossesse alors que vous êtes en congé de maternité et que votre garantie invalidité de longue durée a été maintenue en vigueur conformément aux dispositions de l'article «Continuation de la couverture durant l'absence du travail» figurant à la page Cessation de la couverture, le congé prendra fin le jour où l'invalidité totale a débuté. Aux fins de la présente garantie, le congé de maternité reprendra le jour où vous ne serez plus totalement invalide. Si vous devenez totalement invalide alors que vous êtes en congé autorisé (à l'exclusion d'un congé de maternité) et que votre garantie a été maintenue en vigueur conformément aux dispositions mentionnées ci-dessus, le délai de carence débutera immédiatement mais les indemnités mensuelles ne seront payables qu'à compter de la date prévue pour votre retour au travail;
- (3) toute période au cours de laquelle vous êtes en mise à pied. Si vous devenez totalement invalide pendant une mise à pied, le délai de carence débutera immédiatement mais les indemnités mensuelles ne seront payables qu'à compter de la date prévue pour votre retour au travail;
- (4) si la période d'invalidité commence alors que vous n'exercez pas votre activité professionnelle par suite d'arrêt de travail ou de grève;
- (5) si l'invalidité résulte d'une infraction criminelle ou d'une tentative d'infraction criminelle, à l'exclusion de blessures subies durant la conduite d'un véhicule quelconque alors que la proportion d'alcool dans votre sang était de plus de 80 milligrammes par 100 millilitres de sang (0,08);
- (6) si l'invalidité est causée, en totalité ou en partie, par une guerre ou tout acte de guerre, une agitation populaire, une émeute ou par des hostilités quelconques;
- (7) toute période au cours de laquelle vous êtes incarcéré dans un pénitencier ou autre maison de correction.

G. PROLONGATION DU VERSEMENT DES INDEMNITÉS

Si la garantie prend fin pour une raison quelconque et que vous soyez totalement invalide à la date de cessation, le versement des indemnités continuera durant la période d'invalidité totale comme si la garantie n'avait pas pris fin.

H. DEMANDE DE RÈGLEMENT À UN TIERS

Si vous recevez des indemnités en vertu de la présente garantie et que vous demandez à un tiers une somme d'argent en dédommagement de l'invalidité totale que ce dernier vous a causée, le règlement aux fins de dédommagement comprendra les indemnités pour perte de salaire. Si vous êtes dédommagé, vous devrez rembourser à la Canada Vie toutes les indemnités que vous aurez reçues en vertu de la présente garantie pour ladite invalidité, jusqu'à concurrence de la somme représentant le remboursement pour perte de salaire qui est octroyée en vertu de la demande de règlement à un tiers.

I. PIÈCES JUSTIFICATIVES DU SINISTRE

Un avis écrit du sinistre doit être remis à la Canada Vie dans les 90 jours qui suivent la date du début de l'invalidité totale. Des pièces justificatives du sinistre doivent être soumises à la Canada Vie dans les 90 jours qui suivent le délai de carence.

GARANTIE VIE DES PERSONNES À CHARGE

POUR VOS PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES

A. CAPITAL-DÉCÈS

Si le décès d'une personne à charge survient alors qu'elle est couverte en vertu de la présente garantie, le montant de la garantie vie (indiqué au sommaire des garanties) dont elle bénéficiait au moment du décès est versé lorsque la Canada Vie reçoit des preuves par écrit du décès.

B. PROLONGATION DE LA GARANTIE

Une prestation payable en cas de décès est versée si le décès de votre conjoint survient au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle il cesse d'être couvert en vertu de la présente garantie. La somme payable est égale au montant que votre conjoint avait le droit de transformer.

C. DROIT DE TRANSFORMATION

Si vous cessez de bénéficier de la présente garantie par suite de la terminaison de votre emploi, la garantie sur la tête de votre conjoint peut être transformée en une police d'assurance-vie individuelle, à condition que votre conjoint soit âgé de moins de 65 ans. Des preuves d'assurabilité ne sont pas exigées. Le montant transformé ne peut pas dépasser le montant dont bénéficiait votre conjoint au moment de la cessation de la garantie. En outre, il ne doit pas être inférieur au montant minimum pour lequel la Canada Vie établirait une police individuelle pour la combinaison choisie.

La prime de la police individuelle est établie au tarif de prime fixé par la Canada Vie à la date d'effet de ladite police en fonction de la combinaison choisie, du montant transformé et de l'âge atteint du conjoint.

Le conjoint doit soumettre une demande pour la police individuelle et verser la prime initiale dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle il cesse de bénéficier de la présente garantie. La police individuelle prendra effet 31 jours après la date de cessation de la présente garantie.

D. QUI BÉNÉFICIE DES VERSEMENTS

Toute somme payable vous est versée. Si votre décès survient avant celui de la personne à charge, le capital-décès sera versé à la succession de la personne à charge ou, au gré de la Canada Vie, à un parent survivant de la personne à charge.

E. EXONÉRATION DE PRIME

Si vos primes d'invalidité de longue durée sont exonérées, la garantie vie des personnes à charge sera maintenue en vigueur **sans paiement de prime** jusqu'à la premières des dates suivantes :

- (1) La date à laquelle l'exonération des primes d'invalidité de longue durée prend fin;
- (2) La date à laquelle la garantie vie des personnes à charge prend fin;
- (3) La date à laquelle la police prend fin.

F. PIÈCES JUSTIFICATIVES DU SINISTRE

Des pièces justificatives du sinistre doivent être soumises à la Canada Vie au plus tard 5 ans après la date du décès.



Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

Toute modification apportée au présent document sans la consentement écrit explicite préalable de la
Canada Vie est strictement interdite.

Annexe B – Assurance décès et mutilation accidentels de base

Souscrite par ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA

Police No. 8622073

Pour toute question relative à l'assurance décès et
mutilation accidentels, veuillez contacter
Ellement Consulting Group, votre administrateur
de régime.





Assurance Protection de 24 heures en Cas d'Accident

Résumé

Electrical Industry of Ottawa Trustees and IBEW
Local 586

Description du contrat

Ce contrat propose une protection **Accident de la vie** pour une **personne assurée** vingt-quatre (24) heures sur vingt-quatre (24) dans le monde entier. Il couvre des **accidents** mortels et non-mortels incluant la mutilation, la paralysie, la perte de l'usage des membres du corps, la perte de la vision et la perte de l'audition.

De plus, cette assurance offre de précieuses prestations pour aider à protéger la sécurité financière de votre famille en cas de blessure ou de décès dû à un accident. Ces prestations comprennent :

- Indemnité de réadaptation
- Indemnité pour consultation thérapeutique
- Indemnité d'aménagement de la résidence et de modification du véhicule

Titulaire de la Police	Electrical Industry of Ottawa Trustees and IBEW Local 586
Numéro de police	8622073
Limite de garantie par période d'assurance	1 250 000 \$
Description des catégories	<p>Catégorie I : Tous les électriciens, employés salariés et employés de bureau en règle du titulaire de la police qui sont activement au travail depuis le 1er novembre 2018 ou après cette date.</p> <p>Catégorie II : Tous les électriciens, employés salariés et employés de bureau en règle du titulaire de la police qui n'ont pas été activement au travail depuis le 31 octobre 2018 ou après cette date.</p> <p>Catégorie III : Tous les électriciens, employés salariés et employés de bureau en règle du titulaire de la police qui n'ont pas été activement au travail depuis le 31 octobre 2014 ou après cette date.</p> <p>Catégorie IV : Tous les électriciens, employés salariés et employés de bureau en règle du titulaire de la police qui n'ont pas été activement au travail depuis le 31 juillet 1998 ou après cette date.</p> <p>Catégorie V : Tous les travailleurs des communications, travailleurs au sol et travailleurs des services publics en règle du titulaire de la police qui sont activement au travail depuis le 1er juin 2015 ou après cette date.</p> <p>Catégorie VI : Tous les travailleurs des communications, travailleurs au sol et travailleurs des services publics en règle du titulaire de la police qui n'ont pas travaillé depuis mai 31, 2015.</p>
Montant Assuré	Catégorie I : 250 000 \$ Catégorie II : 125 000 \$ Catégorie III : 100 000 \$ Catégorie IV : 50 000 \$ Catégorie V : 125 000 \$ Catégorie VI : 100 000 \$
Cessation de l'assurance	Se termine lorsque le membre atteint l'âge de 70 ans ou prend sa retraite, selon la première éventualité. À l'âge de 65 ans, le capital assuré sera réduit en fonction du capital assuré antérieur de la personne assurée selon le tableau suivant :
	Age à la date du sinistre Pourcentage du capital assuré
	65 à 70 ans 50 %
Indemnité en cas d'exposition aux éléments et de disparition	100% du capital assuré
Indemnité en cas d'hospitalisation	Une indemnité mensuelle de 4 % du capital assuré jusqu'à concurrence de 2 500 \$;
Indemnité pour les frais funéraires	5 000\$
Indemnité pour garde d'enfants	5% du capital assuré de la personne assurée jusqu'à un maximum de 5 000 \$; maximum 4 années consécutives (20 000 \$)
Indemnité pour services de garde après la classe	6% du capital assuré de la personne assurée jusqu'à un maximum de 6 000 \$; maximum 4 années consécutives

Indemnité pour soins aux parents	5 % du capital assuré de l'assuré jusqu'à concurrence de 10 000 \$ pour tous les parents à charge
Indemnité pour études supérieures	5% du capital assuré. Cette somme sera versée chaque année pendant quatre (4) années consécutives si l'enfant qui est une personne à charge poursuit ses études. La somme maximale payable aux termes de la présente indemnité est de 20 000 \$.
Indemnité pour reconversion professionnelle du conjoint	20% du capital assuré ; maximum de 15 000 \$
Indemnité pour réadaptation	a. Les dépenses réelles engagées dans les deux (2 ans] suivant la date de l'accident pour la réadaptation ; b. 15 000 \$;
Indemnité pour consultation thérapeutique	5 000 \$ par accident assuré
Indemnité pour conditionnement physique en cas d'invalidité	5 000 \$
Indemnité d'aménagement de la résidence et de modification du véhicule	Le moindre de 50 % du capital ou 50 000 \$.
Indemnité pour modification et adaptation du lieu de travail	5 000 \$
Indemnité pour détournement de véhicule	10 % du capital assuré jusqu'à un maximum de 10 000 \$
Indemnité pour ceinture de sécurité et coussin de sécurité gonflable	25 % du capital assuré applicable jusqu'à concurrence de 25 000 \$. Une indemnité complémentaire correspondant à 5 % du capital assuré de la personne assurée jusqu'à concurrence de 5 000 \$.
Indemnité pour compagnon de chevet	Jusqu'à 15 000 \$ pour le prix d'un billet de transport aller-retour en classe économique et pour les repas et l'hébergement.
Indemnité de rapatriement d'une dépouille	Une somme maximale de 15 000 \$ est prévue pour les dépenses raisonnables et nécessaires, à condition que le sinistre assuré se soit produit à plus de cent cinquante (150) kilomètres du lieu de résidence habituel de la personne assurée.
Indemnité d'identification	Jusqu'à 5 000 \$ pour le transport aller-retour en classe économique et pour les frais d'hébergement et les repas, à condition que la dépouille de la personne assurée décédée se trouve à une distance d'au moins cent cinquante (150) kilomètres de son lieu de résidence habituel.
Indemnité en cas de lésion cérébrale	1% du capital de la personne assurée par mois pendant les onze premiers mois. À l'issue des onze mois de versement, si l'assuré reste dans un état de lésion cérébrale, nous verserons une prestation forfaitaire égale au capital payable au titre du capital en cas de décès accidentel diminué du montant des onze mois de prestation déjà perçus.
Indemnité en cas de brûlures graves	Maximum de 25 000 \$

Tableau des pertes

Mutilation ou perte :	
• Des deux mains ou des deux pieds	100 % du montant assuré
• D'une main et d'un pied	
• D'une main ou d'un pied et de la vue d'un œil	
• De la vue des deux yeux	
• De la parole et de l'ouïe	
• De la parole ou de l'ouïe	50% du montant assuré
• D'une main, d'un pied, ou de la vue d'un œil	
• Du pouce et de l'index de la même main	33.33% du montant assuré
• De l'ouïe d'une oreille	
Perte de l'usage	200% du montant assuré
• De deux membres*	75% du montant assuré
• D'un membre	

*Membre(s) inclue(nt) une main ou un pied.

Pertes de:	
• Deux membres	200 % du montant assuré
• Deux mains ou tous les doigts et pouces des deux mains	
• Perte de la vue des deux yeux	100 % du montant assuré
• Paralysies de deux membres	
Indemnité de paralysie	
La paralysie sous forme :	
• De quadriplégie (paralysie totale des quatre membres)	200 % du montant assuré
• De triplégie (paralysie totale de trois membres)	200 % du montant assuré
• De paraplégie (paralysie totale de deux membres)	
• D'hémiplégie (paralysie totale des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps)	
• Unplégie (paralysie totale d'un membre)	75 % du montant assuré

Resumé des garanties

INDEMNITES DE BASE

Garantie Décès Accidentel

Si une personne assurée décède en raison d'une **blessure** couverte par le présent contrat, **nous** paierons le capital forfaitaire qui est préalablement prévu.

Garantie Mutilations Accidentel

Nous acquitterons une indemnité relative à la garantie mutilations accidentelles, si **l'assuré(e)** souffre de **blessures** listées dans les risques couverts par le présent contrat.

Garantie Perte de l'usage

La garantie perte de l'usage sera acquittée, dans le cas de figure où **l'assuré(e)** souffre de **blessure** découlant d'une totale paralysie d'un ou deux membres du corps considérés comme une paralysie définitive, totale et irréversible.

Garantie Paralysie

La garantie paralysie sera applicable au contrat, dans le cas de figure où les **blessures** (sans quelconque guérison), entraîneront de façon définitive, totale et irréversible la perte de mouvement volontaire d'un ou plusieurs membres du corps pour une durée minimum de douze (12) mois consécutifs.

Garantie d'exposition aux éléments et de disparition

Une indemnité est prévue si **l'assuré(e)** est assujetti à un risque **accidentel** couvert par le présent contrat en raison d'un évènement climatique inévitable.

En complément, si le moyen de transport par lequel **l'assuré(e)** voyageait, disparaissait, se détruisait ou coulait et que le corps de **l'assuré(e)** était introuvable dans les trois cent soixante-cinq (365) jours après l'évènement, **nous** considérerons que **l'assuré(e)** aura perdu la vie à la suite à ses **blessures** et ainsi une indemnité sera acquittée.

Indemnité en cas de séjours à l'hôpital

Lorsque **l'assuré(e)** souffre de **blessure** ouvrant le droit à une indemnisation et nécessitant une hospitalisation de minimum sept jours consécutifs, **nous** verserons une indemnité additionnelle liée aux dépenses inopinées.

Indemnité pour les frais d'obsèques

Si un **assuré** décède et ouvre le droit à une indemnisation relative à la garantie frais d'obsèques, **nous** verserons une somme complémentaire pour les frais d'obsèques telle qu'elle est décrite dans le contrat.

Indemnité pour garde d'enfants

Une indemnité destinée à attribuer à une aide sur l'acquittement des coûts de la garde d'enfant(s) à la suite du décès de l'**assuré(e)**. Une indemnité sera versée pour chaque enfant à charge de moins de treize (13) ans et étant inscrit dans une garderie accréditée.

Garantie Garderie après l'école

Cette garantie permet d'aider à acquitter les frais de garderie après l'école pour chaque enfant à charge, dans la limite d'âge de onze (11) ans, à la suite du décès de l'assuré(e).

Garantie Soins aux parents

Si l'**assuré(e)** décède suite à un **accident**, une indemnité additionnelle sera acquittée afin d'apporter une aide aux descendants vivant, qui étaient précédemment aidés par l'**assuré(e)** décédé(e).

Indemnité pour études supérieures

Si l'**assuré(e)** subit une **blessure** et ouvre le droit à une indemnisation aux termes de la garantie l'invalidité ou d'un décès **accidentel**, nous verserons une indemnité complémentaire au titre des frais d'études supérieures à la personne qui engage les frais pour chaque enfant à charge.

Indemnité pour reconversion professionnelle du conjoint/conjoint de fait

Si l'**assuré(e)** subit une **blessure** ouvrant le droit à une indemnisation relative à la garantie reconversion professionnelle du conjoint/conjoint de fait, nous rembourserons au conjoint/conjoint **assuré**, les frais réels de tout programme de formation professionnelle ou d'apprentissage des métiers auquel il souhaiterait s'inscrire.

Indemnité pour réadaptation

Lorsque l'**assuré(e)** souffre de blessures à la suite d'un démembrement accidentel, d'une perte d'usage ou d'une paralysie, nous acquitterons une indemnisation additionnelle et une formation permettant à l'assuré(e) d'effectuer une reconversion professionnelle.

Indemnité pour consultation thérapeutique

Si l'**assuré(e)** subit une **blessure** et ouvre le droit à une indemnisation relative à la garantie consultation thérapeutique, nous rembourserons les frais de consultation thérapeutique à la personne qui engage la dépense.

Indemnité pour conditionnement physique en cas d'invalidité

Si l'**assuré(e)** subit une **blessure**, ouvrant le droit à une indemnisation pour des soins médicaux à la suite d'un **accident**, nous paierons les dépenses réellement engagées dans la limite dite « raisonnables et nécessaires » pour l'achat d'un équipement de conditionnement physique ou d'athlétisme spécialement conçu pour les personnes handicapées (ce qui n'aurait pas été nécessaire en l'absence cette **blessure**).

Indemnité d'aménagement de la résidence et de modification du véhicule

Si l'**assuré(e)** subit une **blessure** entraînant un sinistre **assuré** qui est indemnisable aux termes du contrat, nous verserons une indemnité complémentaire pour l'aménagement de la résidence et/ou les modifications du **véhicule**.

Indemnité pour modification et adaptation du lieu de travail

Un **assuré** assujetti à des **blessures** dites « **accidentelles** » et couvertes par le présent contrat, ouvre le droit aux remboursements des frais médicaux liés à l'utilisation d'équipement spécial et/ou la modification du lieu de travail, dans la limite de dépenses raisonnables et nécessaires réellement engagées par l'employeur. Ainsi, cela permet à l'**assuré(e)** de reprendre un travail **actif** à temps plein auprès du **titulaire de contrat**.

Indemnité pour détournement de véhicule

Une indemnisation complémentaire sera acquittée si l'**assuré(e)** souffre de **blessures** ou décède, en raison d'un détournement de véhicule, carjacking, durant la conduite du véhicule, en entrant ou sortant du véhicule ou encore comme étant un passager.

Indemnité pour la ceinture de sécurité / le coussin de sécurité gonflable

Si l'**assuré(e)** est blessé(e) puis succombe à ses **blessures** à la suite d'un **accident automobile** tout en ayant respecté(e) le port de la ceinture de sécurité, **nous** verserons une indemnité complémentaire telle qu'elle est prévue au contrat.

Si l'indemnité de la ceinture de sécurité est payable, nous pourrons payer une indemnité additionnelle dans le cas de figure où l'assuré(e) conduisait ou roulait en tant que passager avec un airbag équipé par le fabricant et gonflé correctement.

Compagnon de chevet

Si l'**assuré(e)** est hospitalisé(e) à 150 km ou plus du lieu de son domicile pendant au moins trois jours à la suite de **blessures** qui ouvre le droit à une indemnisation ; **nous** acquitterons les frais associés aux frais d'accompagnateur.

Garantie Rapatriement de dépouille

si l'**assuré(e)** décès à la suite de ses **blessures** pendant un voyage de plus de 150 km de son domicile, **nous** acquitterons une indemnité pour les dépenses réalisées entre la préparation du corps et son transfert vers le lieu de résidence initial ; ou l'insémination du corps et le transfert des cendres vers la province de résidence de l'**assuré(e)** décédé(e).

indemnité d'identification

Identification de la dépouille : dans le cas de figure où, une personne puisse voyager vers le lieu de décès de l'**assuré** et être légalement autorisée à identifier son corps, **nous** indemniserons les frais de transport et les frais d'hébergement dans la limite du plafond prévue au contrat.

Indemnités Complémentaires

Indemnité en cas de lésion cérébrale

Cette prestation sera payable si vous subissez une blessure entraînant des dommages cérébraux, dans les 365 jours suivant un accident qui entraîne une hospitalisation d'au moins trente et un (31) jours consécutifs.

Indemnité en cas de brûlures graves

Une indemnité additionnelle sera acquittée dans le cas de figure où, à la suite d'un **accident**, l'**assuré(e)** souffre de **blessures** relatives à des brûlures dites « grave » attestées par un médecin.

Indemnités Accessoires

Indemnité d'exonération de primes

Si l'assuré devient totalement invalide en raison d'une blessure pendant que vous êtes couvert par cette police, nous renoncerons aux primes dues à condition que l'invalidité ait duré plus de 6 mois consécutifs

Prolongation de garantie

La couverture sera prolongée pendant 12 mois, à condition que les primes soient payées si l'assuré est : en congé temporaire, temporairement absent du travail en raison d'une invalidité de courte durée, en congé d'absence ou en congé de maternité

Exclusions Générales

Un sinistre ne sera pas considéré comme un risque couvert s'il est causé par, s'il contribue ou s'il résulte des faits suivants :

1. Un suicide, une tentative de suicide, une blessure intentionnellement auto-infligée ou une tentative de blessure intentionnellement auto-infligée.
2. Une guerre ou un acte de guerre, qu'il soit déclaré ou pas.
3. Participation à tout type de service militaire.
4. Une pathologie ou maladie quelle que soit la manière dont elle a été contractée, le traitement ou les complications consécutives au traitement chirurgical d'une pathologie ou maladie ;

5. La participation à la perpétration ou à une tentative à la perpétration d'un acte criminel, d'un acte délictueux grave, d'une agression, ou la participation ou la tentative de participation à une insurrection ou une émeute.
6. Le para voile, le saut à l'élastique, l'héliski, la plongée autonome et toutes autres activités extrêmement dangereuses.
7. Être sous l'effet de l'alcool ou de drogues lors de la conduite d'un véhicule à moteur.
8. Étant sous l'influence de tout médicament sur ordonnance, narcotique ou hallucinogène à moins que ledit médicament sur ordonnance, narcotique ou hallucinogène n'ait été prescrit par un médecin et pris conformément à la posologie prescrite.
9. Voyage ou vol dans tous les aéronefs, sauf dans la mesure indiquée au chapitre couverture des garanties.
10. Le dégagement d'énergie nucléaire ou de radiation, que ce soit à la suite d'un accident ou non ou que ce soit à la suite d'un acte illégal ou intentionnel d'une personne, y compris toute maladie qui serait provoquée par ce dégagement.
11. Un accident cardiovasculaire ou un accident vasculaire cérébral causé par un effort physique antérieur ou simultané à l'accident.
12. L'alcoolisme, la toxicomanie ou la prise de tout médicament ou narcotique, sauf s'il a été prescrit par un professionnel de la santé dûment autorisé à exercer sa profession qui agit dans le respect des pouvoirs qui lui sont accordés.
13. Traitement médical au Canada dans un hôpital privé.

Définitions Importantes

Accident ou **Accidentel** désigne un événement soudain, inattendu, spécifique et abrupt qui se produit par hasard à un moment et à un lieu identifiable pendant la durée du contrat.

Accident assuré désigne un **accident** qui résulte en un sinistre **assuré**.

Actif et activement au travail décrit un employé qui est en mesure de s'acquitter activement de toutes ses fonctions habituelles, et qui est disponible pour le faire. L'employé qui s'absente pour une courte durée en raison d'un jour de congé prévu, d'un jour férié ou d'un jour de vacances ou pour siéger à titre de juré ou assister à des funérailles ou en raison d'un jour de congé personnel est considéré comme activement au travail, à la condition qu'il soit en mesure de s'acquitter activement de toutes ses fonctions habituelles, qu'il soit disponible pour le faire et qu'il travaillait le jour précédent immédiatement le jour de son absence.

Assuré désigne une personne qui est admissible à la **garantie** aux termes du présent contrat, tel qu'il est prévu ci-dessus, et qui remplit les documents d'adhésion, au besoin.

Blessure désigne une lésion corporelle soudaine qui résulte directement d'une cause d'origine externe et **accidentelle**, indépendamment de toutes les autres causes, y compris une **maladie**.

Nous, notre et nos désignent Zurich Compagnie d'Assurance SA.

Titulaire du contrat désigne le groupe, la société ou l'entité juridique dont le nom figure sur la page de couverture du présent contrat et avec qui **nous** concluons le contrat.

Comment présenter une demande d'indemnité

Vous, ou toute personne agissant en votre nom, devez nous aviser par écrit du sinistre assuré dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant le sinistre assuré. La déclaration de sinistre doit indiquer le nom de la personne assurée qui a subi la blessure, le nom de l'assuré principal ainsi que le numéro de contrat. Pour obtenir un formulaire de demande d'indemnité, la personne assurée, ou toute personne agissant en son nom, doit communiquer avec nous par courriel ou par l'intermédiaire du portail indiqué ci-dessous. La déclaration de sinistre doit indiquer le nom de la personne assurée ainsi que le numéro de contrat, et peut être envoyée de façon numérique ou par la poste aux adresses indiquées ci-dessous.

Pour accéder au portail électronique pour votre première déclaration de sinistre :

<https://ca-uat-fnol-users-ui.claims.global/zurichcanada>

Courriel: ZurichGroup@crawco.ca

Adresse: Zurich Group Claims C/O Crawford & Company
100 Milverton Drive, Suite 300
Mississauga, Ontario L5R 4H1

Remarque : le sinistre déclaré à nos agents est considéré comme nous ayant été déclaré.

Formulaires de demande d'indemnité

Nous enverrons au demandeur les formulaires de demande d'indemnité pour les sinistres assurés dans les quinze (15) jours après avoir reçu la déclaration de sinistre. Si le demandeur ne reçoit pas de formulaire de demande d'indemnité pour les sinistres assurés dans ce délai de quinze (15) jours, il peut nous faire parvenir un document écrit dans lequel il donne des précisions sur sa demande d'indemnité et l'ampleur du sinistre assuré. Nous accepterons ce document à titre de demande d'indemnité s'il est envoyé dans le délai fixé pour la soumission des pièces justificatives comme il est indiqué ci-dessous.

Pièces justificatives

Les pièces justificatives par écrit pour les sinistres assurés que nous jugeons acceptables doivent être envoyées dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant le sinistre assuré. Le défaut de soumettre les pièces justificatives que nous jugeons acceptable dans le délai prescrit n'a pas pour effet d'invalider la demande d'indemnité ou de réduire le montant d'indemnité s'il n'était pas raisonnablement possible de les soumettre et que celles-ci ont été soumises dès qu'il a été raisonnablement possible de le faire.

Remarque du fournisseur

Ce document fournit une brève description des caractéristiques importantes du programme d'assurance. Ce n'est pas un contrat d'assurance. Les modalités de couverture sont précisées dans la police. Toutes les réclamations au titre de la police seront jugées en fonction des événements et des circonstances de cette réclamation particulière, conformément aux termes et conditions de la police et conformément à la loi applicable, y compris la loi régissant les sanctions économiques. Cette police ne couvre aucune perte, blessure, dommage ou responsabilité légale découlant directement ou indirectement d'un voyage prévu ou réel vers ou à travers l'Iran, la Syrie, le Soudan, la Corée du Nord ou la région de Crimée. La possession de ce document ne garantit pas le paiement.

Consentement au partage des données

Afin d'offrir un service d'assurance intégré à l'échelle mondiale, Zurich peut transmettre des données qu'elle a reçues du titulaire de police ou des données qu'elle détient sur lui à d'autres unités du groupe de Zurich Insurance Group Ltd, comme des succursales, des filiales ou des sociétés affiliées au sein de Zurich Insurance Group Ltd, des partenaires coopératifs de Zurich Insurance Group Ltd, ou des sociétés de coassurance et de réassurance situées dans le pays du titulaire de police ou à l'étranger.

Le ou les récipiendaire(s) seront tenus d'assurer le même degré de confidentialité aux données que celui qui était exigé de la partie de Zurich qui les a transmises.

Zurich ainsi que ces récipiendaires peuvent utiliser, traiter et stocker les données, notamment pour l'évaluation du risque, la souscription de la police, l'établissement des primes, la perception des primes, l'évaluation des demandes de règlement, le traitement des demandes de règlement et le paiement des indemnités, l'évaluation statistique ou par ailleurs pour permettre à Zurich d'assurer de façon générale la prestation de ses services d'assurances.

Si un courtier ou un agent agit au nom du titulaire de police, Zurich est autorisée à utiliser, à traiter et à stocker des données du titulaire de police reçues de ce courtier ou de cet agent et à transmettre à ce courtier ou à cet agent, des données du titulaire de police relatives à la souscription de la police et à la perception des primes et au paiement des indemnités.

Zurich peut obtenir des données auprès d'un ministère et de tiers au sujet du titulaire de contrat afin d'évaluer une demande de règlement en cas de sinistre.

Avertissement

Le présent devis d'assurance constitue l'offre des garanties et des modalités qui est faite par Zurich Compagnie d'Assurances SA (« Zurich »), laquelle pourrait différer des garanties et des modalités demandées ou figurant dans la police qui vient à échéance. Veuillez passer en revue l'entièreté du présent devis d'assurance et prendre note que les modalités et conditions du présent devis constituent la base sur laquelle la police sera établie. Zurich se réserve le droit de modifier les modalités du présent devis, y compris le montant des primes, si l'un des facteurs utilisés comme base de ce devis est incorrect ou change, y compris si de nouveaux risques sont ajoutés, des risques existants changent ou les économies tarifaires multibranches ne s'appliquent plus. Le présent devis sera remplacé par le contrat qui sera établi.

Le logo de Zurich et Zurich sont des marques de commerce de Zurich Compagnie d'Assurances SA. Le contenu des présentes se veut une description générale de certains types de garanties et de services dont peuvent se prévaloir des clients admissibles par l'entremise de Zurich Compagnie d'Assurances SA. au Canada. Aucune partie des présentes ne doit être interprétée comme une sollicitation, une offre, un conseil, une recommandation, ni aucun autre service à l'égard de tout type de produit d'assurance souscrit auprès de Zurich Compagnie d'Assurances SA. Votre contrat est le document qui décrit expressément et intégralement vos garanties. La description des dispositions du contrat contenue aux présentes donne un aperçu général des garanties et elle ne constitue pas une révision ni une modification du contrat. Les garanties et les taux sont conditionnels à ce que les personnes qui sont assurées respectent nos exigences d'admissibilité.

© 2021 Zurich Compagnie d'Assurances SA. Tous droits réservés.

Avis relatif au consentement dans le contexte de la protection des renseignements personnels

En fournissant les renseignements demandés, qui peuvent notamment comprendre le nom, l'adresse, la date de naissance, le numéro de permis de conduire, des renseignements médicaux, des renseignements financiers, le dossier de conduite, l'historique d'assurance automobile et l'historique de demandes de règlement auprès d'assureurs automobiles, vous accordez votre consentement à Zurich Compagnie d'Assurances SA, ses filiales et ses sociétés affiliées situées dans votre pays de résidence ou à l'étranger (collectivement, « Zurich »), pour la collecte, le stockage, l'utilisation, la communication et le traitement de vos renseignements personnels dans la mesure nécessaire pour obtenir et administrer la ou les garanties d'assurance demandées, notamment l'évaluation des risques, la souscription du contrat, l'établissement des primes, la perception des primes, le règlement et l'administration des demandes de règlement et leur soumission à des enquêtes et expertises, la prévention, la détection et la répression des fraudes ou leur évaluation statistique. Vous accordez également votre consentement à Zurich pour la communication de vos renseignements personnels à des tiers, dans la mesure nécessaire et en

relation avec les objectifs mentionnés ci-dessus, notamment des réassureurs, des administrateurs tiers, des courtiers, des agents, des experts en sinistres, des organismes de réglementation ou d'autres organismes gouvernementaux ou publics, des autorités fiscales, des associations sectorielles, d'autres assureurs et d'autres fournissant des services d'assurance (les « tiers »). Si votre contrat est négocié par un courtier ou un agent, vous autorisez Zurich à recueillir, stocker, utiliser, communiquer et traiter les renseignements personnels reçus de ce courtier ou de cet agent aux fins indiquées ci-dessus. En outre, en fournissant des renseignements sur un tiers, notamment un membre de la famille, un administrateur, un dirigeant, un employé ou toute autre partie ayant un intérêt dans le contrat ou en tirant un avantage, vous garantissez par les présentes que vous avez obtenu le consentement approprié de ce tiers pour communiquer ses renseignements personnels à Zurich et pour que Zurich puisse utiliser et communiquer ces renseignements aux fins indiquées ci-dessus.

Zurich s'engage à protéger le caractère privé et confidentiel des renseignements fournis. Vos renseignements personnels peuvent être traités et conservés en toute sécurité dans les bureaux de Zurich et de tiers autorisés, tant au pays qu'à l'extérieur du Canada, et ils sont assujettis aux lois applicables.

Zurich peut conserver vos renseignements personnels selon ce qui est nécessaire pour l'une ou l'autre des fins indiquées ci-dessus ou pour se conformer à ses obligations légales et réglementaires, résoudre des différends et faire respecter ses conventions. Vous pouvez demander à examiner les renseignements personnels que Zurich conserve à votre sujet et à y apporter des corrections en écrivant au : Responsable de la protection de la vie privée, Zurich Compagnie d'Assurances SA (Direction canadienne), 100 King Street West, Suite 5500, P.O. Box 290, Toronto (Ontario) M5X 1C9 ou en envoyant un courriel à privacy.zurich.canada@zurich.com.

Vous pouvez refuser d'accorder votre consentement ou retirer votre consentement à la collecte, au stockage, à l'utilisation, à la communication ou au traitement de vos renseignements personnels. Toutefois, le refus d'accorder votre consentement peut faire en sorte que Zurich ne soit pas en mesure d'offrir et d'administrer la couverture d'assurance ou peut l'empêcher d'être en mesure de payer des indemnités payables au titre de votre contrat.

Pour en savoir plus au sujet de la collecte, de l'utilisation, de la communication, du traitement et du stockage de vos renseignements personnels, ou si vous désirez formuler une plainte, veuillez écrire au responsable de la protection de la vie privée de Zurich à privacy.zurich.canada@zurich.com. Vous pouvez également consulter notre politique en matière de confidentialité au www.zurichcanada.com/fr-ca/about-zurich/privacy-statement.

Aux fins de la Loi sur les sociétés d'assurances (Canada), ce document a été établi dans le cadre des opérations d'assurance au Canada de la Zurich Compagnie d'Assurances SA.

Signature



Chef de la souscription,
Canada et représentant autorisé

Annexe C – Autres services disponibles par l'entreprise de Cloud MD

Pour toute question relative à ces services, veuillez contacter **Ellement Consulting Group**, votre administrateur de régime.

PROGRAMME DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE CLOUD MD VIRTUAL CARE & KII

Vous avez une question ou une préoccupation en matière de santé ? Ces deux plateformes de soins virtuels sont conçues pour répondre à vos besoins en matière de soins de santé par le biais d'un clavardage texte et vidéo sécurisé, en tout temps, où que vous soyez.

Cette plateforme en ligne vous offre, à vous et à votre famille, un soutien médical personnalisé 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, où que vous soyez au Canada. Communiquez instantanément avec un fournisseur de soins de santé pour vos questions et préoccupations en matière de santé primaire.

- Consultations virtuelles illimitées par chat texte et vidéo sécurisé, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7
- Soutien pratique en matière de soins primaires et de santé mentale
- Remplissez et renouvez les ordonnances, les références à des spécialistes et les demandes de laboratoire
- Couverture pour vous et vos personnes à charge admissiblesSuivis virtuels sans rendez-vous requis
- Dossiers de santé sur la plateforme, avec des mises à jour envoyées à votre médecin de famille avec votre consentement.

Évitez les visites aux cliniques sans rendez-vous ou aux salles d'urgence pour des problèmes non urgents tels que :

- Infections, éruptions cutanées et irritations cutanées
- Anxiété et dépression
- Problèmes d'estomac et digestifs
- Toux, rhume et grippe
- Conseils en matière de perte de poids et abandon du tabac
- Et bien plus encore

Ce service n'est pas destiné aux urgences.



DEUXIÈME AVIS MÉDICAL – ASSISTANCE EN SANTÉ ET NAVIGATION

Obtenez un deuxième avis médical et de l'aide en cas de maladie grâce au programme Kii. Le programme *Medical Second Opinion* de Kii vous met en contact avec l'expertise des meilleurs spécialistes sans le temps ni les frais de déplacement.

Par téléphone ou par l'intermédiaire de la plateforme Web sécurisée, les membres et les personnes à charge admissibles peuvent soumettre leurs renseignements médicaux détaillés, leurs dossiers médicaux et leurs résultats de tests diagnostiques. L'expert le plus approprié est affecté à la consultation et rendra un deuxième avis détaillé. Ils vous aideront également à orienter les soins vers des spécialistes et d'autres ressources liées à votre problème de santé.

Le deuxième avis médical aide à :

- Prenez la décision la plus éclairée concernant vos soins de santé ou ceux d'une personne à charge admissible
- Assurez-vous que votre diagnostic est correct
- Assurez-vous que votre plan de traitement est optimal pour vous
- Renseignez-vous sur les nouvelles options de traitement novatrices
- Vous guider tout au long du processus.

Pour plus d'informations, veuillez communiquer avec Kii au 1-866-814-0018, vous pouvez également vous inscrire en ligne à Kiihealth.ca/register (code d'accès IBEW1123).

THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE ET RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE EN LIGNE

Les défis personnels peuvent avoir un impact sur votre état d'esprit ou votre capacité à donner le meilleur de vous-même. Les administrateurs du Régime de santé et d'avantages sociaux de l'Industrie de l'électricité d'Ottawa ont investi dans Kii, un programme de santé et de bien-être pour vous fournir, à vous et à vos personnes à charge, le soutien dont vous avez besoin, quand vous en avez besoin. Kii offre une grande variété d'options pour vous aider à vous sentir mieux, comme :

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Votre thérapeute vous guide à travers un programme de lectures et d'exercices en ligne pour vous aider à améliorer votre résilience et à faire face aux défis de la vie.

Coaching en santé mentale

Travaillez avec un coach en santé mentale pour établir vos objectifs, créer un plan d'action et faire des vérifications régulières pour vous garder sur la bonne voie. Votre entraîneur est là pour vous.

Kii est entièrement confidentiel et personne ne saura si vous vous êtes inscrit ou si vous avez eu accès à de l'aide.

Connectez-vous à Kii de n'importe où, n'importe quand. Quand et où vous en avez besoin.

C'est aussi très facile de commencer. Il faut moins d'une minute pour activer votre compte.
Activez votre compte gratuit :

1. Visitez www.kiihealth.ca sur n'importe quel navigateur Web (ordinateur, tablette ou smartphone)
2. Cliquez sur « Inscrivez-vous ici »
3. Entrez : <Code d'accès IBEW1123>
4. Complétez votre profil et créez un mot de passe
5. Cliquez sur le lien dans le courriel de confirmation, et voilà !