

**L'industrie canadienne
des constructeurs d'ascenseurs**

Régimes d'avantages sociaux et de retraite

★ ★ ★ ★ ★ ★

Guide du participant



**L'industrie canadienne
des constructeurs d'ascenseurs**

Régimes d'avantages sociaux et de retraite

★ ★ ★ ★ ★ ★

Guide du participant



RENONCIATION

Nous déployons tous nos efforts pour conserver des renseignements à jour et exacts. Cependant, à tout moment et sans préavis aux participants du régime, des modifications pourraient être apportées aux modalités de votre régime et elles pourraient ne pas figurer dans la dernière édition du livret ou dans le livret disponible sur le site Web de Manion. Les fonds fiduciaires d'avantages sociaux et de retraite de l'industrie canadienne des constructeurs d'ascenseurs, ci-après dénommés "Fonds Fiduciaires", et Manion Wilkins & Associates Ltd., ci-après dénommés "l'administrateur du régime". Par conséquent, l'administrateur du régime ne fait aucune garantie, ni promesse, expresse ou implicite, relativement au contenu de tout livret d'avantages sociaux. De plus, nous pouvons à tout moment, sans préavis aux participants au régime, imprimer ou télécharger sur le site Web de Manion une nouvelle édition du livret reflétant les modifications de votre couverture. Vous devez communiquer avec l'administrateur du régime pour la confirmation des niveaux des avantages et de la couverture avant de vous fier aux renseignements que renferme le présent livret.

Cette brochure contient des informations générales et doit être conservée avec les documents personnels du membre pour référence ultérieure. La brochure ne comprend pas toutes les dispositions contractuelles, y compris les définitions, l'éligibilité, l'inscription, la résiliation de la couverture ou les spécifications. La détermination finale de toute réclamation, question ou problème qui pourrait survenir dépendra des termes et conditions des Accords de fiducie, du Bien-être et des documents du Régime de Retraite, et des polices d'assurance émises. Le plan est disponible sur le site Web (www.ceiwpp.ca) ou au bureau de l'Administrateur du régime.

**LETTRE DES FIDUCIAIRES AUX MEMBRES
DES RÉGIMES D'AVANTAGES SOCIAUX ET DE RETRAITE
DE L'INDUSTRIE CANADIENNE
DES CONSTRUCTEURS D'ASCENSEURS**

Le régime d'avantages sociaux a été établi en 1952 et le régime de retraite a été établi le 1^{er} octobre 1962. Depuis, en raison du solide état financier des fonds en fiducie, les fiduciaires ont pu prolonger et améliorer, de temps à autre, les avantages offerts en vertu des deux régimes. Les régimes sont complètement transférables au sein de l'industrie, ce qui signifie que vous ne perdez pas de crédits de retraite et que vous demeurez admissible au régime d'avantages sociaux si vous changez d'emploi, à condition que votre nouvel emploi demeure dans les limites des conventions collectives entre l'Union internationale des constructeurs d'ascenseurs et les employeurs.

Un conseil de fiduciaires représentant les parties concernées assure la gestion de chaque régime. Ce conseil se compose des membres suivants :

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX		RÉGIME DE RETRAITE	
Ward Dicks Roland MacInnis Ben McIntyre	David McColl Andrew Reistetter Peter Beerli	Ward Dicks Roland MacInnis Kevin McGettigan	David McColl Andrew Reistetter Peter Beerli

Les fiduciaires ont nommé un administrateur de régime, la société Manion Wilkins & Associates Ltd., pour s'occuper de l'administration quotidienne des régimes, sous réserve de la gouverne et du contrôle des fiduciaires. L'administrateur du régime tient les registres des cotisations et il a la responsabilité de toutes les procédures nécessaires pour mettre les régimes en application.

Les derniers changements au régime, qui entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2017, figurent dans le présent livret; vous serez informé de toute modification future par l'entremise de bulletins d'information et d'affichages sur le site Web. Si vous avez des questions à poser sur les avantages sociaux auxquels vous êtes admissible en vertu des régimes, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime.

Voici les adresses et les numéros de téléphone pertinents :

Pour les prestations d'avantages sociaux **Pour les prestations de retraite :**

Manion Wilkins & Associates Ltd.
21, Four Seasons Place, bureau 500
Etobicoke (Ontario) M9B 0A5

Manion Wilkins & Associates Ltd.
Service de retraite
222, chemin Rowntree Dairy, 3^e étage
Woodbridge (Ontario) L4L 9T2

Centre de contacts
Téléphone n° : 416-234-3511
Sans frais : 1-866-532-8999
Télécopieur n° : 416-234-2071

Centre de contacts
Téléphone n° : 416-234-3511
Sans frais : 1-866-532-8999
Télécopieur n° : 905-264-6344

Courriel : info@manionwilkins.com

Site Web de l'administrateur du régime: www.manionwilkins.com

Site Web des fonds en fiducie : www.ceiwpp.ca

NUMÉROS D'AGRÉMENT DU RÉGIME ET DE LA POLICE

- Régime d'avantages sociaux - Les avantages d'assurance maladie, dentaire et d'indemnité hebdomadaire sont autofinancés, régime n° 060000.
- Le Programme d'aide aux membres et à leur famille est assuré par Homewood Santé
 - L'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident est émise par la Compagnie d'assurance AIG du Canada, police n° BSC 9023206.
 - L'assurance-vie et l'assurance invalidité de longue durée sont émises par la Great-West Compagnie d'Assurance-vie, police n° 168236.
- Régime de retraite - L'Agence du revenu du Canada et la Commission des services financiers de l'Ontario, agrément n° 0229179

LISEZ CE GUIDE ATTENTIVEMENT, MAIS N'OUBLIEZ PAS... Le présent guide contient un aperçu général des régimes, et son but est d'expliquer aussi brièvement et clairement que possible chacun des avantages auxquels vous avez droit. Les avantages décrits en vertu des régimes sont assujettis aux modalités et conditions des documents officiels des régimes et des polices collectives de base. En cas de conflit entre le présent aperçu et les documents officiels des régimes et les polices collectives de base, les documents officiels des régimes et les polices collectives de base s'appliqueront dans tous les cas. De même, gardez en mémoire que les avantages sociaux ne sont pas garantis, et que les fiduciaires peuvent les modifier à tout moment.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
LETTRE DES FIDUCIAIRES AUX MEMBRES.....	i
NUMÉROS D'AGRÉMENT DU RÉGIME ET DE LA POLICE.....	ii
AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.....	1
DÉPÔT DIRECT POUR LE PAIEMENT DES RÉCLAMATIONS	1
RÉGIMES D'AVANTAGES SOCIAUX ET DE RETRAITE	2
1. DÉFINITIONS	2
2. ADMISSIONNABILITÉ	4
3. ADHÉSION	6
4. COTISATIONS.....	6
RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX	8
1. SOMMAIRE DES PRESTATIONS.....	8
2. PERSONNES À CHARGE ADMISSIONNABLES.....	11
3. DESCRIPTION DES AVANTAGES	12
(a) Assurance-vie (employés seulement)	12
(b) Prestation en cas de décès ou de mutilation par accident (employés seulement).....	12
(c) Indemnité hebdomadaire	13
(d) Invalidité de longue durée	15
(e) Prestations du régime complémentaire d'assurance maladie (employés et personnes à charge).....	21
(f) Prestations dentaires (employés et personnes à charge)	28
(g) Couverture d'urgence hors de la province/du pays.....	30
(h) Programme d'aide au membre et à sa famille (PAMF)	30
4. EXCLUSIONS GÉNÉRALES.....	32
5. COORDINATION DES PRESTATIONS	33
6. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	33
7. PAIEMENT DIRECT DE LA COUVERTURE	34
8. PROLONGATION DES PRESTATIONS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE D'ASSURANCE MALADIE ET DENTAIRE EN CAS DE DÉCÈS DE L'EMPLOYÉ	36
9. PROLONGATION DES PRESTATIONS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE D'ASSURANCE MALADIE ET DENTAIRE EN CAS DE MALADIE OU D'INVALIDITÉ.....	36
10. ACCORD DE SERVICE SANS INTERRUPTION	37
11. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE	37
12. PRESTATIONS CONCERNANT LES RETRAITÉS.....	38
13. ANCIENS EMPLOYÉS QUI ONT CESSÉ DE TRAVAILLER	40

14.	COMMENT SOUMETTRE LES DEMANDES DE RÈGLEMENT	40
	Dépôt direct pour les paiements de réclamations	41
15.	FIN DE LA COUVERTURE D'AVANTAGES SOCIAUX	43
16.	AVENIR DU RÉGIME	43
	RÉGIME DE RETRAITE.....	44
1.	DATES DE RETRAITE	44
2.	ANNÉES DÉCOMPTÉES	44
3.	MONTANT DE LA RENTE DE RETRAITE	45
4.	RENTE AU DÉCÈS D'UN PARTICIPANT RETRAITÉ OU APRÈS SON DÉCÈS.....	46
5.	PRESTATION COMPLÉMENTAIRE ADDITIONNELLE	47
6.	DEMANDE ET PAIEMENT DES RENTES DE RETRAITE.....	47
7.	INTERRUPTION DE SERVICE	48
8.	ACCORD DE SERVICE SANS INTERRUPTION	49
9.	PRESTATIONS DE DÉCÈS AVANT LA RETRAITE	49
10.	PRESTATIONS DE CESSATION D'EMPLOI	50
11.	EMBAUCHE D'UN RETRAITÉ	50
12.	DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE	51
13.	Bénéficiaire secondaire avant la retraite	51
14.	Changer le bénéficiaire après la retraite	52
15.	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	52
16.	RÉGIME DE RETRAITE EXCLU DES DROITS D'ACQUISITION RÉPUTÉE	54
17.	FIN DE LA COUVERTURE DE RETRAITE	54
18.	GOUVERNANCE DU RÉGIME DE RETRAITE ET DE LA CAISSE DE RETRAITE	55
	INFORMATION IMPORTANTE.....	59
	SERVICES ÉLECTRONIQUES – MWAONLINE	59
	ANNEXE A	60
	RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX – FORMULAIRES.....	60
	ANNEXE B	61
	RÉGIME DE RETRAITE – FORMULAIRES	61

AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Lorsque vous présentez une demande de couverture, Manion Wilkins & Associates Ltd. (l'administrateur du régime) établit un dossier, ou une série de dossiers, avec des renseignements personnels relatifs à vos prestations de retraite et vos prestations médicales en vertu du régime. Ces renseignements comprennent tout ce qui concerne votre adhésion, vos prestations et vos demandes de règlement.

L'objectif de ce dossier est de permettre à l'administrateur du régime d'administrer vos prestations en vertu du régime. Ceci comprend :

- l'organisation de la couverture d'assurance, le cas échéant
- la décision concernant les demandes de règlement, la gestion et le paiement des réclamations
- les vérifications internes et externes
- la déclaration relative à l'impôt sur le revenu, le cas échéant
- l'élaboration de rapports utilisés par le promoteur du régime (le « conseil des fiduciaires ») dans le cadre de la gestion financière du régime
- l'administration de vos prestations de retraite

Votre dossier sera conservé dans les bureaux de l'administrateur du régime. Vos renseignements personnels sont utilisés par l'administrateur du régime, et ils seront divulgués uniquement, dans la mesure requise par la loi, au promoteur du régime, à votre syndicat local, aux fournisseurs de couverture et aux institutions financières qui participent à l'administration de votre (vos) régime(s). Seules les personnes autorisées ont accès à votre dossier lorsque les besoins de la couverture l'exigent. Les renseignements contenus dans votre dossier sont protégés et ne sont partagés avec aucune autre partie, à moins que vous ne nous autorisiez à les divulguer ou qu'une telle divulgation ne soit exigée par la loi.

Vous avez le droit de consulter les renseignements personnels figurant dans votre dossier et de les corriger, le cas échéant, en soumettant une demande écrite à l'administrateur du régime.

DÉPÔT DIRECT POUR LE PAIEMENT DES RÉCLAMATIONS

Tous les paiements des prestations d'assurance maladie, dentaire et d'indemnité hebdomadaire sont effectués au moyen du dépôt direct. Si vous ne choisissez pas le dépôt direct pour recevoir vos paiements des réclamations, vous payerez des frais pour chaque chèque produit.

Afin d'éviter tous frais, il est essentiel que vous receviez vos réclamations par voie électronique avec du dépôt direct. Pour vous y inscrire, accédez à votre compte en ligne de MWA à : <http://mwaonline.manionwilkins.com> et remplissez la section bancaire sous l'élément de menu « Mettre à jour mon profil ».

RÉGIMES D'AVANTAGES SOCIAUX ET DE RETRAITE ADMISSIBILITÉ, ADHÉSION et COTISATIONS

Les termes suivants sont utilisés dans le présent guide et sont définis conformément à la présente section.

1. DÉFINITIONS

Acuponcteur, thérapeute du sport, podologue, chiropraticien, dentiste, denturologiste, massothérapeute, naturopathe, ergothérapeute, optométriste, ostéopathe, chirurgien dentiste, orthodontiste, pharmacien, podiatre et pphysiothérapeute signifient des personnes dûment qualifiées légalement autorisées, agréées ou accréditées à pratiquer leur discipline respective en vertu d'un permis ou certificat émis par une autorité compétente au lieu de la prestation de service.

Service continu signifie le nombre total d'années (les années partielles seront calculées sur la base des mois complétés exprimés en 12^e d'année) pendant une période pertinente au cours de laquelle l'employé était participant au régime d'avantages sociaux, à partir de sa dernière date de participation au régime d'avantages sociaux jusqu'à sa date suivante de :

- 1) cessation d'emploi dans l'industrie canadienne des constructeurs d'ascenseurs; ou
- 2) fin d'un emploi actif au sein de l'industrie canadienne des constructeurs d'ascenseurs en vertu du régime de retraite.

Administrateur du régime signifie Manion Wilkins & Associates Ltd., 21, Four Seasons Place, bureau 500, Etobicoke (Ontario) M9B 0A5.

Année civile signifie du 1^{er} janvier au 31 décembre de toute année.

Conjoint

- a) tel que défini pour le régime des avantages sociaux signifie une personne qui :
 - i) est légalement mariée à l'employé et ne vit pas séparément et individuellement de l'employé; ou
 - ii) bien que n'étant pas mariée à l'employé, vit en relation conjugale avec lui, soit :
 - continuellement depuis au moins un an; ou
 - de façon plutôt permanente, si l'employé et son conjoint sont les parents naturels ou adoptifs d'un enfant, tels que ces termes sont définis par la *Loi sur le droit de la famille* de l'Ontario.
- b) tel que défini pour le régime de retraite signifie une personne qui, à la date de la retraite ou du décès avant la retraite, est légalement mariée au membre et vit avec le membre ou qui n'est pas mariée au membre et qui vit avec le membre dans une relation conjugale telle que définie dans la législation sur les pensions de la province dans laquelle vous êtes employé.

Définitions (Suite)

Remarque :

- 1) Une déclaration certifiée par un notaire confirmant le statut de votre relation de fait doit être fournie à l'administrateur du régime.
- 2) En ce qui touche le régime de retraite, la définition de « conjoint » sera conforme aux exigences de la législation portant sur la retraite applicable dans la province où vous occupez votre emploi. Si vous désirez obtenir la définition qui s'applique à vous, veuillez communiquer avec le bureau de l'administrateur du régime.

Employé comprend tout mécanicien ou assistant qui est membre actif en règle de l'Union internationale des constructeurs d'ascenseurs du Canada et qui occupe un emploi visé par les conventions collectives, un membre retraité de l'Union internationale des constructeurs d'ascenseurs du Canada qui a directement pris sa retraite après un emploi actif couvert au sein de l'industrie et tout employé nommé à un poste de superviseur qui a choisi de demeurer un membre actif en règle de l'Union internationale des constructeurs d'ascenseurs du Canada et de continuer d'adhérer au régime d'avantages sociaux après sa promotion.

Enfant signifie vos enfants naturels non mariés âgés de moins de 19 ans à votre charge qui ne sont pas eux-mêmes admissibles à titre d'employés à une couverture en vertu du régime d'avantages sociaux. Les enfants à charge âgés de 19 ans et plus qui poursuivent leurs études à temps complet dans une institution reconnue peuvent être couverts en vertu du régime d'avantages sociaux jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 25 ans, pourvu qu'ils ne soient pas autrement employés à temps complet. Une preuve de leur fréquentation à temps complet de l'institution doit être soumise chaque année à l'administrateur du régime.

Les enfants à charge âgés de plus de 19 ans et qui, pour des raisons médicales, dépendent entièrement de vous pour leur soutien peuvent être couverts en vertu du régime d'avantages sociaux, pourvu qu'ils ne soient pas autrement couverts à titre d'employé en vertu de leur propre régime d'avantages sociaux. Afin qu'un enfant puisse être couvert en vertu de cette disposition, vous devez soumettre des documents aux fiduciaires du régime aux fins d'approbation.

Remarque : Les enfants qui ne sont pas des enfants naturels du participant ne sont pas couverts, à moins que le participant ne les ait adoptés légalement.

Sur examen au cas par cas par le conseil des fiduciaires, la couverture des personnes à charge admissibles a été élargie afin d'inclure les enfants non biologiques à charge, lorsqu'une déclaration sous serment affirme que le père biologique ne peut être retracé. Des documents doivent être soumis au conseil des fiduciaires aux fins d'examen.

Définitions (Suite)

Hôpital signifie un établissement qui offre des soins médicaux aux personnes blessées, malades ou souffrant d'une maladie chronique et qui sont hospitalisées, qui dispose d'un personnel constitué de médecins accrédités (docteurs en médecine) et qui offre des soins infirmiers prodigués par des infirmières autorisées (IA) 24 heures sur 24, et qui est approuvé en tant qu'hôpital pour le paiement de frais de salle d'hôpital en vertu du régime de santé provincial.

Hôpital de convalescence signifie un établissement de soins prolongés, tel qu'un sanatorium ou une maison de santé compétente, ou une aile ou un service particulier d'un hôpital.

Invalidité totale, telle que définie pour l'Allocation d'Indemnité Hebdomadaire, signifie qu'un membre est incapable dans la mesure où l'employé n'est pas en mesure d'exercer l'ensemble de toutes les fonctions habituelles et usuelles de sa profession.

Médecin signifie un médecin ou un chirurgien dûment qualifié qui est légalement autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où les services sont dispensés.

Médicaments signifie un médicament qui a été approuvé pour être utilisé par Santé Canada et possède un numéro d'identification du médicament.

Personnes à charge admissibles signifient votre conjoint et vos enfants.

Psychologue signifie une personne dûment qualifiée et légalement autorisée à prodiguer des services thérapeutiques pour le traitement de maladies mentales et émotionnelles dans le champ d'application de sa licence.

Raisonné et coutumier signifie les frais habituels du fournisseur pour le service ou la fourniture, en l'absence de couverture, mais non supérieur aux frais qui prévalent dans le domaine pour un service ou une fourniture semblable. Un service ou une fourniture semblable signifie un service ou une fourniture de même nature et de même durée qui nécessite les mêmes compétences et qui est prodigué par un fournisseur possédant une expérience et une formation semblables.

Service signifie le total des années d'adhésion d'un employé au régime d'avantages sociaux pour toutes les périodes.

2. ADMISSIBILITÉ

a) Tous les employés

Toutes les personnes qui sont employées dans le contexte des conventions collectives entre l'Union internationale des constructeurs d'ascenseurs et l'employeur et qui sont membres en règle de l'Union internationale des constructeurs d'ascenseurs doivent adhérer aux **deux** régimes, soit le régime d'avantages sociaux et le régime de retraite.

Admissibilité (suite)

b) Nouveaux employés

Les nouveaux employés sont inscrits aux régimes le jour où ils deviennent admissibles à la couverture conformément aux dispositions des conventions collectives. Les cotisations de l'employé et de l'employeur sont payables à partir de cette date.

Les nouveaux employés ne sont pas admissibles à la couverture **en vertu du régime d'avantages sociaux** avant :

- i) qu'ils aient complété la période d'essai de six mois, telle qu'elle est établie dans les conventions collectives et
- ii) qu'ils aient eux-mêmes cotisé et que leur employeur ait cotisé en leur nom au régime d'avantages sociaux au cours d'une période supplémentaire de 900 heures après la fin de la période d'essai.
Remarque : pendant cette période d'accumulation de 900 heures, ces employés sont admissibles aux prestations du régime complémentaire d'assurance maladie et dentaire prévues dans le cadre du régime d'avantages sociaux. Une couverture complète sera fournie lorsque l'employé aura satisfait à toutes les conditions décrites dans la présente section ii).

Remarque : Cette exigence ne s'applique pas à la couverture en vertu du régime de retraite, laquelle entre en vigueur dès que des cotisations ont été versées au nom de l'employé.

c) Associés et propriétaires uniques

Les employés qui sont associés ou propriétaires uniques d'une société dûment incorporée par laquelle ils sont employés sont admissibles aux régimes. Des cotisations pour un minimum de 160 heures par mois doivent être versées afin qu'ils soient admissibles au régime d'avantages sociaux. En plus de ces cotisations mensuelles, les associés et propriétaires uniques doivent cotiser et conserver une avance de cotisation de trois mois pour être admissibles à la participation aux avantages sociaux. Lors d'une demande de couverture, les éléments d'incorporation doivent être soumis aux fiduciaires.

Les cotisations au régime de retraite sont fonction du nombre d'heures effectivement travaillées durant le mois.

Si la société n'est pas incorporée, l'employé n'est pas autorisé à participer aux régimes d'avantages sociaux et de retraite.

d) Employés promus au poste de superviseur

Les employés qui ont accepté un poste de supervision **et** qui demeurent membres actifs en règle de l'Union internationale des constructeurs d'ascenseurs peuvent soit :

- i) continuer de participer aux régimes pendant le temps de service qu'ils accumuleront après la date de leur promotion, sous réserve de l'approbation de l'employeur, de l'Union internationale des constructeurs d'ascenseurs et des fiduciaires; ou

Admissibilité (suite)

- ii) mettre fin à leur participation aux régimes pendant le temps de service qu'ils accumuleront après la date de leur promotion en avisant les fiduciaires.

3. ADHÉSION

Lorsque vous devenez admissible à la couverture dans le cadre des régimes, vous devez remplir et signer des cartes d'adhésion pour les deux régimes, soit le régime d'avantages sociaux et le régime de retraite. Ces cartes sont disponibles au bureau de votre section locale. Votre couverture en vertu du régime d'avantages sociaux ne peut commencer avant que l'administrateur du régime n'ait reçu votre carte d'information sur les participants au régime d'avantages sociaux.

Informez l'administrateur du régime de tout changement de votre état. Vous devez remplir un formulaire de modification des renseignements du membre si l'une des situations suivantes se produit :

- a) l'état matrimonial ou le nom est modifié
- b) une ou des personnes à charge s'ajoutent ou sont retirées
- c) la désignation de bénéficiaire est modifiée
- d) le conjoint change
- e) l'adresse change*
- f) l'assurance de votre conjoint change
- g) vous recevez un document de l'administrateur du régime et vous notez une erreur concernant l'un de vos renseignements, par exemple votre date de naissance ou votre nom

* Vous pouvez modifier votre adresse et vos informations bancaires en ligne, par lettre, par téléphone ou par l'entremise de votre bureau local. Vous devrez fournir une pièce d'identité.

4. COTISATIONS

Chaque employeur est tenu de verser des cotisations aux deux régimes, conformément à la convention collective, pour tous ses employés admissibles. Les déductions doivent être effectuées sur le salaire de sorte que les cotisations de l'employeur et de l'employé soient versées aux régimes. Les déductions pour heures supplémentaires sont effectuées selon le taux horaire normal. Pour faire ces déductions, votre employeur et l'Union internationale des constructeurs d'ascenseurs doivent avoir dans leurs dossiers le formulaire bleu « Autorisation de déduction » signé, que vous devez obtenir auprès de votre section locale.

Aucune cotisation n'est requise pour les congés payés couverts par les conventions collectives ou pour les périodes de vacances de moins de trente jours.

Cotisations (Suite)

Impôt sur les avantages sociaux

Les cotisations des employeurs participants ne sont pas imposables pour vous, sauf que le programme d'imposition fédéral canadien exige que toute partie des primes payées par les employeurs participants afin de vous procurer de l'assurance-vie et de l'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident soit incluse à votre revenu annuel imposable. Le reçu officiel exigé vous sera établi chaque année.

RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX

Le régime d'avantages sociaux a été conçu de façon à protéger votre santé et votre bien-être ainsi que ceux des personnes admissibles à votre charge. À titre de participant, vous obtiendrez un remboursement des frais particuliers engagés, soit les frais médicaux, de santé et dentaires. De plus, le régime prévoit une assurance-vie, une assurance en cas de décès ou de mutilation par accident et une assurance en cas d'invalidité.

Les divers avantages sont entièrement décrits dans la section 3 de ce guide.

1. SOMMAIRE DES PRESTATIONS

a) ASSURANCE-VIE pour les employés actifs uniquement

Montant 100 000 \$. Cette prestation prend fin lorsque vous prenez votre retraite ou que vous atteignez l'âge de 70 ans, selon la première éventualité.

b) PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT pour les employés actifs uniquement

Montant 100 000 \$ (le principal). Cette prestation prend fin lorsque vous prenez votre retraite ou que vous atteignez l'âge de 70 ans, selon la première éventualité.

c) INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE pour les employés actifs

Indemnité hebdomadaire 550 \$. Cette indemnité prend fin lorsque vous prenez votre retraite.

d) PRESTATION D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE pour les employés actifs

Indemnité mensuelle 2 750 \$ (non imposable). Cette prestation prend fin lorsque vous prenez votre retraite, ou que vous atteignez l'âge de 65 ans, ou lorsque vous êtes admissible à une rente non réduite; selon la première éventualité.

e) PRESTATIONS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE D'ASSURANCE MALADIE pour les employés et les personnes à charge

Maximum global 25 000 \$ à vie par personne couverte. Lorsque ce maximum est atteint, chaque personne couverte obtiendra un remboursement jusqu'à un maximum de 5 000 \$ pour chaque année consécutive.

Remarque : ces maximums ne s'appliquent pas aux avantages sociaux relatifs aux médicaments sur ordonnance ni aux soins de la vue.

Sommaire des prestations – Prestation du régime complémentaire d'assurance maladie (suite)

Frais admissibles	Montant payable maximal (par personne couverte)
Les médicaments prescrits par une personne légalement autorisée à prescrire des médicaments – substitution par un médicament générique, à moins que cela ne soit précisé par écrit par le médecin traitant.	Les frais raisonnables et habituels. <i>Remarque : Les frais d'exécution d'ordonnance se limitent à une prestation maximale de 10,00 \$ par ordonnance.</i>
* les médicaments ou les remèdes doivent porter un numéro d'identification de médicament (DIN) valide délivré par Santé Canada	
- Les produits de désaccoutumance du tabac sont payables à 75 %.	- 500 \$ par année civile
- Médicaments contra la dysfonction érectile	- 1 000 \$ par année civile
Service ambulancier	l'ambulance locale à l'hôpital le plus proche, y compris l'ambulance aérienne
Soins dentaires en cas d'accident	1 500 \$ par année civile
L'hébergement et les repas dans une chambre pour convalescents au Canada	suivant la sortie d'un confinement de l'hôpital de 3 jours ou plus
Services d'un psychologue	50 \$ par visite, limite de 50 visites par année civile
Services d'un chiropraticien, d'un acuponcteur, d'un naturopathe, d'un massothérapeute, d'un thérapeute du sport, d'un ostéopathe, d'un orthophoniste, d'un physiothérapeute, d'un ergothérapeute, d'un podiatre ou d'un podologue	50 \$ par visite. Il n'y a pas de limite du nombre de visites, mais il y a un maximum combiné de 2 500 \$ pour tous les praticiens paramédicaux par année civile.
Équipement médical, auxiliaires médicaux et prothèses durables	Location (ou achat la discrétion du régime) – <i>veuillez vous reporter à la description des avantages sociaux pour la liste des articles admissibles.</i>

Sommaire des prestations – Prestation du régime complémentaire d'assurance maladie (suite)

Frais admissibles (suite)	Montant payable maximal (par personne couverte)
Chaussures orthopédiques ou orthèses	Maximum d'une paire par année civile
Prothèses auditives	1 500 \$ toutes les 5 années civiles
<u>Soins de la vue</u>	
- Lentilles, montures pour lunettes, verres de contact ou chirurgie des yeux au laser	450 \$ par période de deux années civiles (450 \$ par année civile pour les lunettes pour les enfants à charge âgés de moins de 14 ans) <i>Remarque : si une personne couverte subit une chirurgie des yeux au laser, elle peut soumettre sa demande de règlement de chirurgie des yeux au laser toutes les deux années civiles et elle recevra jusqu'au montant maximal payable en vertu du régime, jusqu'à ce que les frais totaux de la chirurgie des yeux au laser aient été payés.</i>
- Verres de contact, lorsque la vision ne peut être améliorée à au moins 20/40 par des lunettes	550 \$ toutes les 5 années civiles
- Examens des yeux	90 \$ toutes les deux années civiles (90 \$ par année civile lorsque cela est médicalement nécessaire selon la prescription du médecin)

f) PRESTATIONS DENTAIRES pour les employés et les personnes à charge

Guide des frais dentaires	Le guide des frais dentaires de l'Ontario Dental Association (précédant de deux ans le guide actuel) s'applique dans toutes les provinces.
Traitement de base	100%
Maximum combiné pour les couronnes, les implants dentaires, les ponts fixes, les dentiers et les services d'orthodontie	80%, limite de un maximum combiné de 2 500 \$ par personne couverte par année civile * Un traitement orthodontie entrepris pour un enfant âgé d'au moins 6 ans, doit commencer avant l'âge de 16 ans.

Sommaire des prestations – Prestation du régime complémentaire d'assurance maladie (suite)

g) COUVERTURE MÉDICALE D'URGENCE HORS DE LA PROVINCE/DU PAYS pour les participants et les personnes à charge

Les participants sont admissibles au remboursement du coût (de la prime) pour la souscription d'une couverture hors de la province/du pays, jusqu'à concurrence d'un maximum familial combiné de 200 \$ par année civile.

h) PROGRAMME D'AIDE AU MEMBRE ET À SA FAMILLE (PAMF)

Le programme d'assistance au membre et à sa famille (PAMF) procure une aide confidentielle et professionnelle concernant divers problèmes personnels et familiaux, ainsi qu'une gamme complète de ressources et de services supplémentaires en matière de santé et de bien-être.

2. PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES

Les personnes à charge admissibles sont votre conjoint et vos enfants naturels à charge non mariés de moins de 19 ans, lorsqu'ils ne sont pas eux-mêmes admissibles en tant qu'employés à la couverture en vertu du régime d'avantages sociaux. Les enfants à charge de 19 ans et plus qui poursuivent leurs études à temps complet dans un établissement scolaire agréé peuvent être couverts en vertu du régime jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 25 ans, à condition qu'ils ne soient pas employés à temps complet. La preuve de leur statut d'étudiant à temps complet doit être soumise chaque année à l'administrateur du régime.

Les enfants à charge âgés de plus de 19 ans qui, pour des raisons médicales, dépendent totalement de vous pour subvenir à leurs besoins, peuvent être couverts en vertu du régime, à condition qu'ils ne soient pas couverts d'autre part à titre d'employés en vertu de leur propre régime d'avantages sociaux. Pour qu'un enfant obtienne une couverture en vertu de cette disposition, vous devez soumettre une documentation adéquate aux fiduciaires afin d'obtenir leur approbation.

Remarque : les enfants qui ne sont pas les enfants naturels d'un participant ne sont couverts que si le membre les a adoptés légalement.

Sur examen au cas par cas par le conseil des fiduciaires, la couverture des personnes à charge admissibles a été élargie afin d'inclure les enfants non biologiques à charge, lorsqu'une déclaration sous serment affirme que le père biologique ne peut être retracé. Des documents doivent être soumis au conseil des fiduciaires aux fins d'examen.

3. DESCRIPTION DES AVANTAGES

(a) ASSURANCE-VIE (EMPLOYÉS SEULEMENT)

Conformément à la police d'assurance: Votre assurance-vie de 100 000 \$ est payée à votre bénéficiaire désigné lors de la réception d'une preuve de votre décès pendant que vous êtes couvert en vertu du régime, et ce, quelque soit la cause de votre décès. Si vous ne désignez pas de bénéficiaire ou s'il n'y a pas de bénéficiaire survivant au moment de votre décès, toute prestation de décès sera versée à votre succession.

Droit de transformation – Si votre couverture d'assurance-vie prend fin ou si elle est réduite pour toute raison autre qu'à votre demande, vous pouvez demander, sans être soumis à un examen médical, convertir la couverture de vie collective en une police d'assurance-vie individuelle sur votre tête, sous réserve des dispositions décrites dans la police d'assurance.

Veuillez communiquer avec l'administrateur du régime si vous désirez de plus amples renseignements.

(b) PRESTATION EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT (EMPLOYÉS SEULEMENT)

Conformément à la police d'assurance, si le décès, une mutilation ou une perte de la vue survient en raison d'une blessure après un accident vous recevrez, dans les 365 jours qui suivent l'accident :

Pour la perte :

- de la vie (payé à votre bénéficiaire désigné).....Le principal
- des deux mains ou des deux pieds.....Le principal
- de la vue entière des deux yeuxLe principal
- d'une main et d'un pied.....Le principal
- d'une main et de la vue entière d'un œilLe principal
- d'un pied et de la vue entière d'un œilLe principal
- d'un bras ou d'une jambe Les quatre-cinquième du principal
- d'une main ou d'un pied..... Les trois quarts du principal
- de la vue entière d'un œil Les trois quarts du principal
- d'un pouce et d'un index d'une même main..... Un tiers du principal
- de la parole et de l'ouïe des deux oreilles.....Le principal
- de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles..... Les trois quarts du principal
- de l'ouïe d'une oreille Les deux tiers du principal
- des quatre doigts d'une main..... Un tiers du principal
- de tous les orteils d'un piedUn quart du principal
- de l'utilisation des deux bras ou des deux mains.....Le principal
- de l'utilisation d'un bras ou d'un pied..... Les trois quarts du principal
- de l'utilisation d'un bras ou d'une jambe . Les quatre-cinquième du principal

Pour la quadriplégie, la paraplégie ou l'hémiplégie.....Deux fois le principal

Si votre perte est occasionnée par un accident de voiture, et à condition que vous portiez votre ceinture de sécurité au moment de l'accident, vous recevrez un montant additionnel équivalant à 10 % de la prestation qui serait autrement versée.

Prestation en cas de décès ou de mutilation par accident (suite)

Si vous subissez plus d'une perte en raison du même accident, le paiement ne sera fait que pour une seule perte, soit la perte la plus importante.

Remarque: Conformément à la police d'assurance, les exceptions comprennent, mais sans s'y limiter, les éléments suivants. La prestation en cas de décès ou de mutilation par accident ne sont pas couverts pour :

- 1) suicide, geste d'autodestruction, ou toute tentative là-bas ;
- 2) d'une guerre déclarée ou non, ou tout acte connexe ;
- 3) service actif à temps plein dans les forces armées ;
- 4) vol en avion, sauf en tant que passager.

(c) INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE

Admissibilité – tous les participants actifs

Cet avantage offre aux participants admissibles un revenu hebdomadaire à condition qu'ils soient totalement invalides en raison d'une blessure ou d'une maladie qui n'est pas liée à l'emploi.

Pour être admissible à l'indemnité hebdomadaire (IH), vous devez répondre aux critères suivants :

- vous étiez au travail et actif lorsque votre invalidité a commencé.
- Si vous devenez totalement invalide, vous devez demander à l'assurance-emploi (AE) de vous verser des prestations de maladie. Si vous êtes admissible à l'AE, vous recevrez un maximum de prestations d'AE de quinze (15) semaines, OU
- Si vous êtes totalement invalide, vous devez être admissible à recevoir des paiements d'un autre régime d'indemnité offert par l'entremise de votre section locale pour un maximum de 16 semaines (comprend une semaine d'attente de l'AE).

Début des prestations

Les prestations d'indemnité hebdomadaires commenceront après 16 semaines si vous êtes admissible au paiement maximal de quinze 15 semaines de prestations de l'AE.

Si vous n'êtes pas admissible au maximum de 15 semaines de prestations d'AE, les prestations d'indemnité hebdomadaires commenceront lorsque les prestations d'AE cesseront.

Si vous n'êtes pas admissible aux prestations d'AE, les prestations d'indemnité hebdomadaires commenceront après 7 jours d'invalidité.

Si vous recevez des paiements de prestations d'un autre régime d'indemnité hebdomadaire offert par l'entremise de votre syndicat local, les paiements de vos prestations en vertu du régime commenceront après 16 semaines.

Montant de l'indemnité hebdomadaire

La prestation d'indemnité hebdomadaire est de 550 \$. Les prestations d'indemnité hebdomadaires ne sont pas imposables.

Indemnité hebdomadaire (suite)

Durée des prestations

Les prestations d'indemnité hebdomadaires sont payables jusqu'à votre 53^e semaine d'invalidité, à partir de la cessation des prestations d'invalidité de l'AE.

Les prestations d'IH ne sont pas payables une fois que vous prenez votre retraite.

Demande

Pour demander les prestations d'IH, vous devez soumettre un formulaire de réclamation dûment rempli, ainsi que votre relevé de prestations de l'AE à l'administrateur du régime. Si vous n'êtes pas admissible aux prestations d'invalidité de l'AE, ou si vos prestations d'invalidité sont interrompues par l'AE avant 15 semaines de paiement, vous devez soumettre à l'administrateur du régime une preuve indiquant la date de votre dernière prestation ou le fait que vous n'êtes pas admissible aux prestations d'invalidité de l'AE.

Récidive de l'invalidité

Si un participant qui a déjà reçu des prestations d'IH redevient invalide en raison du même problème ou d'une cause connexe dans un délai de 30 jours après être retourné au travail, il sera considéré comme invalide pendant une période continue et aucune période d'attente ne s'appliquera. Si un participant est retourné au travail pendant une journée complète et devient invalide en raison de problèmes différents ou de causes non connexes, il commencera une nouvelle période d'invalidité et la période d'attente s'appliquera.

Exceptions et limitations

Aucune prestation n'est payable pour :

- 1) toute partie d'une période d'invalidité à moins que vous ne soyez sous la supervision continue d'un médecin jugé compétent ou que vous ne receviez un traitement continu de celui-ci pour le problème qui cause l'invalidité. Vous ne recevrez aucune prestation pour toute partie d'une période d'invalidité au cours de laquelle vous ne participez pas au programme de traitement recommandé par ledit médecin.
- 2) Toute partie d'une période d'invalidité au cours de laquelle vous recevez un traitement par un thérapeute, à moins que ce traitement ne soit recommandé par un médecin jugé compétent.
- 3) Toute partie d'une période d'invalidité découlant d'une toxicomanie, y compris l'alcoolisme et les drogues illicites, à moins de participer à un programme de réhabilitation reconnu.
- 4) Les invalidités découlant de blessures volontaires ou d'une tentative de suicide.
- 5) Les invalidités découlant de la participation à une guerre, à une émeute, à une insurrection ou à un acte criminel.

Indemnité hebdomadaire - Exceptions et limitations (suite)

- 6) Les invalidités découlant d'un accident se produisant pendant que vous êtes aux commandes d'un véhicule motorisé et si votre sang contient plus que la limite légale d'alcoolémie prescrite par la loi dans le territoire de compétence où l'accident est survenu.
- 7) La partie d'une période d'invalidité pendant laquelle vous êtes :
 - i) emprisonné dans un établissement pénitentiaire, ou
 - ii) confiné dans un hôpital ou un établissement semblable en raison d'actes criminels.
- 8) Les invalidités qui se produisent à la date de commencement d'une grève ou d'une mise à pied, ou après celles-ci.
- 9) Les invalidités qui se produisent pendant toute activité ou emploi en échange d'une rémunération ou dans le but de faire des bénéfices.
- 10) Les invalidités pour lesquelles vous recevez des prestations conformément aux dispositions de la Commission des accidents du travail/d'une Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail ou d'une loi semblable.

Remboursement (recouvrement des prestations)

Si vous recevez des prestations d'IH en vertu du présent régime et recouvrez des sommes d'argent d'un tiers (par arrêt d'un tribunal ou par règlement) pour la même invalidité, ou en relation avec l'incident qui a causé ou contribué à votre invalidité, toutes les sommes d'argent recouvrées doivent être payées au fonds en fiducie, à concurrence du total des prestations d'IH que vous avez perçues. Vous devrez produire des documents qui établissent que vous comprenez votre obligation de rembourser et de céder les sommes d'argent que vous recevez au fonds en fiducie, à concurrence des prestations d'IH totales reçues pour la même période d'invalidité.

(d) INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Définitions applicables à cette couverture, selon la police d'assurance :

Le traitement approprié est défini comme étant tout traitement exécuté et prescrit par un médecin ou, lorsque l'assureur est d'avis que cela est nécessaire, par un médecin spécialiste. Cela doit être le traitement habituel et raisonnable pour l'état en question et il doit être administré aussi fréquemment que cela est habituellement nécessaire pour cet état. Cela ne doit pas se limiter uniquement aux examens ou aux tests.

Maladie signifie une blessure corporelle, une maladie, une infirmité ou une maladie mentale. Toute intervention chirurgicale nécessaire pour faire don d'un organe du corps à une autre personne, et qui cause une invalidité totale, est une maladie.

Invalidité de longue durée – Définitions (suite)

Invalidité totale signifie que vous seriez considéré comme étant totalement invalide :

- pendant que vous êtes continuellement incapable, en raison d'une maladie, d'accomplir les fonctions essentielles de votre **propre emploi**, au cours de la période d'attente et des 36 mois suivants et,
- par la suite, alors que vous êtes continuellement incapable, en raison d'une maladie, d'exercer **tout emploi** pour lequel vous êtes ou pouvez devenir raisonnablement qualifié par votre éducation, formation ou expérience.

Description de la couverture

Vous êtes admissible à une prestation d'invalidité de longue durée si vous présentez une preuve de demande de règlement acceptable par l'assureur à l'effet que :

- vous êtes devenu totalement invalide pendant que vous étiez couvert,
- votre invalidité totale s'est poursuivie au-delà de la période d'attente ou de la date à laquelle les prestations sont payables en vertu de tout régime d'indemnité hebdomadaire, de perte de revenu ou de tout autre régime de maintien du salaire, selon la dernière de ces éventualités, et
- vous avez suivi le traitement approprié pour l'affection entraînant l'incapacité depuis le commencement de cette affection.

Vous êtes admissible à des prestations alors que l'invalidité totale se poursuit. Les prestations sont payées à la fin de chaque mois. Si vous êtes entièrement invalide pendant une partie de tout mois, l'assureur vous versera 1/30^e de la prestation mensuelle pour chaque jour où vous avez été totalement invalide.

Le montant des prestations est en fonction de la couverture que vous déteniez à la date à laquelle vous êtes devenu totalement invalide.

Délai d'attente

Il s'agit de 52 semaines d'invalidité totale ininterrompue ou de la dernière journée à laquelle les prestations sont payables en vertu de tout régime d'indemnité hebdomadaire, de perte de revenu ou de tout autre régime de maintien du salaire, selon la dernière de ces éventualités.

Période maximale de prestations

La période se terminant le dernier jour du mois au cours duquel vous avez atteint l'âge de 65 ans, ou lorsque vous êtes admissible à une rente non réduite.

Preuve à l'égard des demandes de règlement

L'assureur doit recevoir une preuve à l'égard de la demande de règlement à la première des dates suivantes :

- le 365^e jour suivant le début de l'invalidité totale;
- le 30^e jour suivant la fin de la disposition d'invalidité de longue durée.

Invalidité de longue durée (suite)

L'assureur doit recevoir une preuve à l'égard de la demande de règlement au plus tard 180 jours après l'expiration de la période d'attente.

Toute preuve requise d'invalidité continue doit être fournie à l'assureur dans les 30 jours suivant la demande.

Lorsque les paiements des prestations d'invalidité de longue durée commencent

Si vous devenez totalement invalide, vous serez admissible à des prestations d'invalidité de longue durée après la période d'attente.

Si vous devenez totalement invalide au cours d'une mise à pied ou d'un congé approuvé, et si votre couverture se poursuit au cours de cette période, vous serez admissible à la dernière de ces éventualités :

- la fin de la période d'attente, ou
- la date à laquelle vous avez été rappelé ou à laquelle vous deviez retourner activement au travail à temps plein auprès de l'employeur, à moins que les modalités en vertu de *Congé de maternité/parental* ne s'appliquent.

Périodes interrompues d'invalidité totale pendant la période d'attente

Les périodes interrompues d'invalidité totale survenant avant la fin de la période d'attente sont traitées comme une période d'invalidité et sont accumulées pour compléter la période d'attente, pourvu que toutes les conditions suivantes soient satisfaites :

- la garantie d'invalidité de longue durée est encore en vigueur;
- il n'y a pas d'interruption dépassant plus de deux semaines;
- chaque période d'invalidité totale est due à la même cause ou à la cause apparentée.

L'écart entre votre nombre d'heures habituellement prévues et le nombre d'heures totales effectivement travaillées est crédité envers la période d'attente.

Si la garantie d'invalidité de longue durée a pris fin, tout reste de la période d'attente doit être complété par la suite par une invalidité totale ininterrompue.

Périodes interrompues d'invalidité totale après le début du paiement des prestations

Si vous aviez une invalidité totale pour laquelle l'assureur vous a versé des prestations d'invalidité de longue durée et si une invalidité totale survient encore pour les mêmes causes ou des causes apparentées, l'assureur la considérera comme une continuation de l'invalidité totale précédente si elle est survenue dans les 30 jours suivant votre retour au travail. Vous devez être couvert lorsque l'invalidité survient à nouveau.

Invalidité de longue durée (suite)

Dans de tels cas, une nouvelle période d'attente ne s'applique pas. Les prestations sont en fonction de votre couverture en vigueur à la date initiale de l'invalidité totale.

Ce que paiera l'assureur

Voici comment l'assureur calcule vos prestations d'invalidité de longue durée. Toute référence au revenu dans cette disposition d'invalidité se rapporte aux montants bruts avant toute déduction.

Étape 1 : L'assureur prend votre rente mensuelle de 2 750 \$.

Étape 2 : L'assureur soustrait tout revenu qui vous est fourni :

- en vertu de tout régime gouvernemental, de toute loi ou de tout organisme pour la même invalidité ou pour une invalidité subséquente, à l'exclusion des prestations des personnes à charge, des prestations d'assurance-emploi et des augmentations d'office du coût de la vie survenant après le début des prestations.
- en vertu de toute loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable pour la même invalidité ou pour une invalidité subséquente, à l'exclusion des augmentations d'office du coût de la vie survenant après le début des prestations.
- en vertu de tout régime d'assurance automobile qui offre des prestations d'invalidité, tant que la loi n'interdit pas une telle déduction.
- en vertu d'un régime d'assurance collective, y compris toute couverture découlant de l'adhésion d'un employé à une association de tout genre.
- en vertu d'un régime de retraite ou de pension de l'employeur, en tout ou en partie, par suite d'une invalidité ou d'un état sous-jacent.
- en vertu du Régime québécois d'assurance parentale.

Le résultat de l'étape 2 est le montant que vous recevriez habituellement comme paiement d'invalidité de longue durée. Cependant, si le montant calculé à l'étape 2, plus les sources de revenu ci-dessus et toutes les sources supplémentaires de revenu énumérées ci-dessous dépassent 75 % de vos gains de base après impôts avant l'invalidité, étant donné que les prestations sont non imposables, le paiement d'invalidité de longue durée sera réduit de l'excédent.

Les sources de revenu supplémentaires sont les montants qui vous sont offerts :

- au nom d'une personne à charge en vertu de tout régime gouvernemental, loi ou organisme, et qui est payable pour la même invalidité ou pour une invalidité subséquente, à l'exclusion des prestations d'assurance-emploi ou des augmentations d'office du coût de la vie survenant après le début des prestations.
- en vertu de toute loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable pour une autre invalidité, à l'exclusion des augmentations d'office du coût de la vie survenant après le début des prestations.
- en vertu de toute loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels ou de toute loi semblable étaient permis par la loi.

Invalidité de longue durée (suite)

Si vous êtes admissible à tout montant de revenu ci-dessus et que vous ne le demandez pas, l'assureur considérera qu'il fait quand même partie de votre revenu. L'assureur peut estimer ces prestations et utilise ces montants lors du calcul de vos paiements.

Si vous recevez tout montant de revenu ci-dessus en une somme forfaitaire, l'assureur déterminera la rémunération équivalente que cela représente mensuellement selon des principes comptables généralement reconnus.

L'assureur ne tiendra pas compte de toute prestation qui a commencé avant le début de votre invalidité. Cependant, les augmentations de ces prestations en raison de votre invalidité seront prises en compte.

L'assureur a le droit d'ajuster vos prestations lorsque cela est nécessaire.

Congé de maternité/parental

Le congé de maternité convenu avec l'employeur commence à la date à laquelle vous et l'employeur avez convenu que débiterait votre congé, ou la date à laquelle l'enfant est né, selon la première de ces éventualités. Ce congé prend fin à la date à laquelle vous et l'employeur avez convenu que vous retourneriez au travail actif à temps plein ou la date réelle de votre retour au travail actif à temps plein, selon la première de ces éventualités. Le congé parental est la période que vous et votre employeur avez convenue.

L'assureur déterminera toute partie du congé de maternité ou du congé parental qui est volontaire, et toute partie qui est liée à la santé. La partie du congé liée à la santé est la période au cours de laquelle une femme peut déterminer, selon une documentation médicale appropriée, qu'elle est incapable de travailler pour des raisons de santé liées à l'accouchement ou à la convalescence suivant l'accouchement. Les prestations d'invalidité de longue durée sont payables pour toute partie de congé liée à la santé, pourvu que la couverture ait été maintenue par l'employée.

Cependant, si l'employeur a un régime de prestation supplémentaire de chômage (PSC), tel que défini en vertu des règlements de l'assurance-emploi couvrant la partie liée à la santé du congé de maternité ou du congé parental, l'assureur ne paiera pas de prestations en vertu de ce régime pendant toute période au cours de laquelle des prestations vous sont payables en vertu du régime de PSC de l'employeur.

Programme de réadaptation

Conformément à la police d'assurance, On pourrait exiger que vous participiez à un programme de réadaptation approuvé par écrit par l'assureur. Cela peut comprendre la participation d'un spécialiste en réadaptation, le travail à temps partiel, occuper un autre emploi ou de la formation professionnelle pour vous aider à devenir capable de travailler à temps plein.

Invalidité de longue durée (suite)

Au cours de votre programme de réadaptation, vous demeurez admissible aux paiements d'invalidité de longue durée. Cependant, pendant n'importe quel mois, le revenu total que vous recevez de toutes les sources ne peut dépasser plus de 50 % de vos gains de base (après impôts) avant l'invalidité. Dans les cas où le revenu total dépasse cette limite, les paiements d'invalidité de longue durée seront réduits de l'excédent.

Entreprendre un programme de réadaptation au cours du délai d'attente n'est pas considéré comme une interruption de la période d'attente.

Exonération des primes

Les primes d'invalidité de longue durée seront exonérées pour un employé pendant qu'il reçoit des prestations d'invalidité de longue durée.

Ce qui n'est pas couvert

L'assureur ne versera pas de prestations pour toute période au cours de laquelle :

- vous ne recevez pas un traitement approprié.
- vous accomplissez tout travail dans un but lucratif, sauf tel qu'approuvé par l'assureur.
- vous ne participez pas à un régime d'invalidité partielle approuvé ou à un programme de réadaptation, si cela est exigé par l'assureur.
- vous êtes en congé autorisé, en grève ou en mise à pied, sauf tel qu'indiqué en vertu du *Congé de maternité/parental*, ou sauf où cela est particulièrement convenu avec l'assureur.
- vous êtes absent du Canada, pour toute raison, pendant plus de 90 jours consécutifs, ou pendant un total de 180 jours ou plus, au cours de toute période de 365 jours, à moins que l'assureur ne convienne à l'avance par écrit de payer des prestations au cours de cette période.
- vous purgez une peine d'emprisonnement ou êtes confiné dans une institution semblable.

L'assureur ne vous considérera pas comme étant totalement invalide si votre invalidité découle de l'abus de drogues ou d'alcool. Cependant, cette limite ne s'applique pas si vous participez au programme de traitement approuvé de l'assureur, ou si vous avez une maladie organique qui causerait une invalidité totale même si l'abus de drogues ou d'alcool prenait fin.

L'assureur ne paiera pas de prestations pour l'invalidité totale découlant de ce qui suit :

- acte d'hostilité de toute force armée, l'insurrection ou la participation à une émeute ou à des mouvements populaires.
- des blessures auto-infligées ou une tentative de suicide, alors que vous étiez sain d'esprit ou non.
- la participation à un acte criminel.

(e) PRESTATIONS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE D'ASSURANCE MALADIE (EMPLOYÉS ET PERSONNES À CHARGE)

Les dépenses suivantes du régime complémentaire d'assurance maladie sont payables à condition qu'elles soient considérées raisonnables et habituelles, qu'elles soient nécessaires dans le cadre de soins médicaux et qu'elles ne soient pas couvertes par votre régime d'assurance-maladie provincial, jusqu'à un maximum global de 25 000 \$ à vie par personne couverte. Lorsque ce maximum est atteint, chaque personne couverte obtiendra un remboursement jusqu'à un maximum de 5 000 \$ pour chaque année consécutive. *Remarque : ces maximums ne s'appliquent pas aux prestations relatives aux médicaments sur ordonnance ni aux prestations des soins de la vue.*

Les dépenses suivantes sont couvertes à 100 %, sauf indication contraire :

1) Prestations pour médicaments sur ordonnance

- Les frais jugés raisonnables et habituels engagés pour les médicaments et les remèdes nécessaires du point de vue médical précisés ci-dessous.
- Ces médicaments doivent être obtenus sur ordonnance uniquement d'une personne habilitée par la loi à les prescrire et préparés par un pharmacien, un médecin ou un autre professionnel de la santé agréé et autorisé par la loi provinciale à les délivrer. De plus, les médicaments ou les remèdes doivent porter un numéro d'identification de médicament (DIN) valide délivré par Santé Canada et être inclus dans les Registres Pharmaceutiques et Spécialités.

Aucune prestation ne sera payable pour un achat unique de médicaments qui ne peuvent être utilisés d'une façon jugée raisonnable dans les 90 jours suivant leur date d'achat.

a) Dépenses de médicaments admissibles

- L'ensemble des médicaments génériques et de ceux nécessaires au maintien de la vie
- Les fournitures pour diabétique, telles que les aiguilles, les seringues, les bandelettes, les lancettes et les solutions
- Pour les participants retraités de 65 ans et plus, le coût des médicaments sur ordonnance dépassant la somme payée par un régime d'assurance-médicaments provincial, y compris toute cotisation annuelle requise
- Les produits de cessation du tabagisme seront remboursés jusqu'à concurrence de 75 % de leur coût pour un montant maximal de 500 \$ par année civile
- Les médicaments pour le traitement de la dysfonction érectile, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par année civile
- Les contraceptifs oraux

Prestations pour médicaments sur ordonnance (suite)

b) Médicaments génériques

S'il existe un substitut générique pour le médicament prescrit à la personne couverte, le régime d'avantages sociaux ne remboursera que le coût du médicament générique équivalent le moins cher, que ce soit le médicament d'origine ou l'équivalent générique qui a été acheté.

Si, pour quelque raison que ce soit, le professionnel de la santé de la personne couverte insiste pour qu'elle reçoive un médicament de marque déposée particulier, les mots « aucune substitution » doivent figurer sur l'ordonnance. La personne couverte obtiendra un remboursement en fonction du coût du médicament de marque déposée en soumettant la preuve que son professionnel de la santé a indiqué « aucune substitution ».

c) Coût des composants

Pour les médicaments énumérés dans le formulaire de prestations de médicaments provincial et les médicaments à utilisation restreinte, le coût des composants sera limité au prix courant du formulaire, plus une marge brute. Pour tous les autres médicaments, le coût des composants sera limité au prix pratiqué par les principaux fournisseurs de médicaments en gros dans la province applicable, plus une marge brute.

d) Frais d'exécution d'ordonnance

Il existe une limite de frais d'exécution d'ordonnance de 8,50 \$ par ordonnance. Il existe une limite d'un seul bloc de frais d'exécution d'ordonnance par médicament d'entretien pour un approvisionnement de 90 jours. Un montant allant jusqu'à 30 \$ sera remboursé pour les honoraires associés aux médicaments composés, solutions, crèmes et préparations. On appelle « médicaments composés » les médicaments spéciaux obtenus par le mélange de différents médicaments.

e) Exclusions concernant les médicaments sur ordonnance

- Drugs or medications that do not bear a valid Drug Identification Number (DIN) by Health Canada
- les médicaments en vente libre ou pour lesquels aucune ordonnance n'est exigée par la loi (fédérale ou provinciale)
- les médicaments utilisés pour faciliter la grossesse ou l'avortement.
- les médicaments qui ne sont pas considérés nécessaires du point de vue médical, p. ex. les produits cosmétiques ou de perte de poids/style de vie, **sauf** s'ils ont été approuvés en vertu du régime d'assurance des médicaments sur ordonnance – procédure d'autorisation préalable d'Express Scripts Canada

**Prestations pour médicaments sur ordonnance –
Exclusions (suite)**

- les vitamines (injectables ou orales) sauf si elles exigent légalement une ordonnance
- les tampons d'alcool
- les médicaments qui sont fournis ou administrés par un médecin (sauf s'ils exigent légalement une ordonnance)
- les médicaments subventionnés ou administrés par l'hôpital qui ne sont pas couverts par le régime d'avantages sociaux
- les médicaments pour le traitement du VIH/sida
- les dispositifs de contraception

f) Autorisation préalable

Une autorisation préalable pour les médicaments prescrits dans un but médical sera requise toutes les fois qu'il s'agit d'un médicament qui a de multiples fonctions ou pour de nouveaux médicaments mis sur le marché après le 1^{er} janvier 2005. Une autorisation préalable sera exigée afin de s'assurer que le médicament est administré uniquement à des fins médicales, avant le paiement du médicament.

Une autorisation préalable sera également requise pour les nouveaux médicaments mis sur le marché. La personne couverte devra demander à son professionnel de la santé de confirmer que le nouveau médicament plus coûteux est nécessaire plutôt que les médicaments couramment prescrits. Une autorisation préalable sera nécessaire avant que de nouveaux médicaments soient remboursés dans le cadre du régime d'avantages sociaux.

g) Médicaments d'entretien

Ce sont des médicaments que vous ou votre personne à charge avez pris pendant au moins six mois et qui doivent être pris pendant une longue période en raison d'un problème de santé particulier. Voici des exemples de certains médicaments d'entretien : médicaments pour l'hypertension, le cœur et pilules pour la thyroïde.

Remarque : pour les médicaments d'entretien, le régime d'avantages sociaux ne couvrira qu'une fois les frais d'exécution d'ordonnance par période de 90 jours.

h) Remarque importante : Si vous (ou votre conjoint) êtes âgé de 65 ans et plus

Pour les résidents de toutes les provinces, à l'exception de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve-et-Labrador : lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, vous devez adhérer au régime d'assurance maladie provincial pour la couverture des médicaments d'ordonnance.

Prestations du régime complémentaire d'assurance maladie (suite)

Toute partie d'une demande de règlement non couverte par le régime provincial de la personne peut être payée par l'entremise des prestations de médicaments sur ordonnance de ce régime conformément au règlement du régime d'avantages sociaux de l'industrie canadienne des constructeurs d'ascenseurs.

Dans les provinces où le paiement d'une cotisation est exigé pour maintenir la couverture en vertu du régime provincial d'assurance maladie, le régime d'avantages sociaux de l'industrie canadienne des constructeurs d'ascenseurs vous remboursera le coût de la cotisation exigée pour le régime provincial de remboursement des médicaments sur présentation, à cette fin, d'un reçu démontrant que vous avez effectué le paiement d'une telle cotisation.

Pour les résidents de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve-et-Labrador, un régime privé est le premier payeur; par conséquent, le régime d'avantages sociaux de l'industrie canadienne des constructeurs d'ascenseurs couvrira les frais de médicaments admissibles. Tout paiement de cotisation exigée pour poursuivre la couverture de régime d'assurance maladie provincial d'une personne couverte ne sera pas remboursé en vertu de ce régime.

- 2) S'ils ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie provincial, les frais d'hospitalisation dans une chambre d'hôpital standard (chambre et pension seulement) pour une période illimitée.
- 3) Les frais pour les services ambulanciers professionnels pour le transport aller-retour à l'hôpital pour un séjour médical :
 - le service d'ambulance terrestre, lorsqu'il est médicalement nécessaire pour transporter le patient à l'hôpital le plus proche équipé pour dispenser le traitement médical requis
 - le service d'ambulance aérienne vers l'hôpital le plus proche équipé pour dispenser le traitement médical nécessaire lorsque l'état du patient empêche l'utilisation d'un autre moyen de transport et, si le patient nécessite les services d'une infirmière autorisée pendant le vol, les services d'une telle infirmière et son billet d'avion de retour.
- 4) Les frais pour les services fournis, sur ordonnance d'un médecin, par un hôpital de convalescence dans lequel un patient est transféré après un séjour d'au moins trois jours à l'hôpital en tant que patient admis (mais pas pour une réhabilitation ou des soins de garde).
- 5) Les frais pour les fournitures ou services suivants, prescrits par un médecin, sauf s'ils sont fournis par l'hôpital ou un autre établissement :
 - a) l'oxygène et son administration.
 - b) les transfusions sanguines y compris le coût du sang;

Prestations du régime complémentaire d'assurance maladie (suite)

- c) les services d'infirmières diplômées agréées, d'infirmières licenciées ou d'infirmières auxiliaires enregistrées (autres que des membres de votre famille ou du personnel de l'hôpital ou de l'hôpital de convalescence);
Remarque : les services infirmiers offerts à l'hôpital ne sont pas couverts.
- d) la location ou l'achat de fauteuils roulants ou de scooters électriques jusqu'à un maximum combiné à vie de 2 000 \$;
- e) la location de lits d'hôpital, de poumons d'acier ou de machines respiratoires intermittentes à pression positive. (Les fiduciaires peuvent évaluer de façon individuelle les possibilités de permettre l'achat, plutôt que la location du matériel admissible, ainsi que les dépenses engagées pour la réparation ou l'ajustement d'un tel matériel);
- f) les attelles, bandages herniaires, attelles jambières, supports dorsaux orthopédiques, béquilles, plâtres, membres et yeux artificiels, et prothèses capillaires;
- g) les bas de soutien élastiques achetés à un fournisseur de fournitures chirurgicales reconnu, jusqu'à un maximum de 100 \$ par année civile. Pour être admissible, les bas de contention élastiques doivent être recommandés par un médecin (M.D.) ou un podiatre autorisé, à condition qu'ils aient un degré de compression d'au moins 20 à 30 mm Hg et qu'ils soient requis dans le cadre du traitement d'un problème de santé diagnostiqué, sous réserve de la détermination de l'administrateur du régime;
- h) les pompes à perfusion d'insuline (une à vie), payables à 50 % des dépenses admissibles;
- i) les chaussures orthopédiques faisant partie intégrante d'une attelle jambière ou spécialement fabriquées pour le patient; toute modification apportée à de telles chaussures. Les attelages thérapeutiques sont également couverts. Les chaussures orthopédiques et les attelages thérapeutiques sont également couverts jusqu'à un maximum d'une paire par année civile.

Pour bénéficier de la couverture dans le cadre du régime, les chaussures orthopédiques et les orthèses doivent être recommandées par un médecin agréé (M.D.), un podiatre ou un podologue, fabriquées sur mesure et expressément conçues et moulées pour la personne couverte, délivrées par un podiatre, un podologue, un bottier orthopédiste ou un orthésiste et nécessaires à la correction d'une déficience physique ayant fait l'objet d'un diagnostic.

Prestations du régime complémentaire d'assurance maladie (suite)

La recommandation doit comprendre le diagnostic, les symptômes et les motifs de consultation. Aucune prestation ne sera versée si les chaussures orthopédiques ou les orthèses sont prescrites ou délivrées par un professionnel de la santé autre que ceux énumérés ci-dessus. **Pour éviter toute fausse interprétation de ce qui est admissible et de ce qui peut compter ou non comme frais couverts, vous devez soumettre une estimation à l'administrateur du régime pour une confirmation avant l'achat.**

- j) les prothèses auditives obtenues sur ordonnance écrite d'un médecin certifié en tant qu'audiologiste, jusqu'à un maximum de 1 500 \$ tous les cinq ans;
- k) ***pour es demandes de règlement paramédical, les demandes de remboursement doivent être accompagnées d'une ordonnance écrite du médecin traitant et d'une lettre du médecin qui a établi le diagnostic de l'état qui nécessite de tels services ou fournitures.***
 - i) les services d'un psychologue clinicien autorisé, jusqu'à un maximum de 50 \$ par visite, limite de 50 visites par année civile ;
 - ii) les services des praticiens paramédicaux suivants jusqu'à un maximum de 50 \$ par traitement. Il n'y a pas de limite quant au nombre de visites, sous réserve d'un maximum combiné de 2 500 \$ par année civile pour tous les praticiens paramédicaux :
 - les services d'un physiothérapeute légalement autorisé et dûment qualifié, d'un massothérapeute ou d'un thérapeute en sport accrédité lorsque les frais du traitement en tout ou en partie ne sont pas couverts par un régime gouvernemental ;
 - les services d'un orthophoniste dûment qualifié ;
 - les services d'un ergothérapeute dûment qualifié ;
 - les services d'un chiropraticien, d'un naturopathe, d'un ostéopathe ou d'un podologue/podiatre légalement autorisé et dûment qualifié. Remarque : Ces avantages sont uniquement remboursables après que vous avez reçu le maximum annuel de votre régime gouvernemental provincial, s'il existe un tel maximum. Les radiographies, médicaments, drogues ou pansements exigés par un des professionnels mentionnés ci-dessus ne sont pas couverts par le régime d'avantages sociaux.
 - les services d'un acupuncteur agréé pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure, lorsque les frais du traitement en tout ou en partie ne sont pas couverts par un régime gouvernemental.

Prestations du régime complémentaire d'assurance maladie (suite)

Remarque : En aucun cas les frais d'acupuncture ne sont couverts si les traitements visent à remédier à un problème de tabagisme, d'alcoolisme, de régime alimentaire ou d'autres problèmes de dépendance. Une ordonnance du médecin n'est pas nécessaire.

- l) les frais admissibles pour les traitements dentaires nécessaires requis à la suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles, à condition que l'accident ait eu lieu pendant la période couverte et à concurrence de 1 500 \$ par année civile. Comme l'a déterminé l'administrateur du régime, seuls les frais directement liés à une telle blessure accidentelle sont considérés comme des frais de santé couverts.

Le travail dentaire doit commencer dans les 6 mois suivant l'accident et doit être complété dans les 12 mois suivant l'accident pour être considéré comme une dépense de santé couverte (cette limite est levée pour les enfants à charge, sous réserve de la réception d'un rapport écrit du dentiste assistant décrivant le plan de traitement).

Remarque: Lorsqu'il existe plus d'une méthode habituellement employée et professionnellement adéquate pour traiter les blessures accidentelles des dents, l'administrateur du régime se réserve le droit de déterminer les dépenses admissibles sur la base d'une autre prestation, c'est-à-dire que la couverture est limitée au coût de la le cours de traitement alternatif le moins cher.

- 7) Avec l'approbation des fiduciaires, les frais raisonnables pour les services fournis par une Agence de santé à domicile sous les soins et les directives d'un médecin en visite dans la maison du patient, sauf si une couverture est disponible dans le cadre d'un régime d'assurance maladie provincial.

Remarque : Les services de ménagères ne sont pas couverts.

Établissement préalable des prestations – Un plan de traitement doit être soumis avec des estimations de coûts à l'administrateur du régime avant que les services de soins infirmiers privés commencent. L'administrateur du régime vous informera ensuite de toute couverture qui sera fournie.

- 8) Soins de la vue –
 - a) Un maximum de 450 \$ par personne est payable pour l'achat, la réparation ou le remplacement de lunettes ou de verres de contact ou pour la chirurgie des yeux au laser prescrits par un médecin ou un optométriste pour chaque période de deux années civiles. Les lunettes achetées (ou réparées) pour les enfants à charge de moins de 14 ans à la date d'achat seront remboursées jusqu'à un maximum de 450 \$ par année civile.

Prestations du régime complémentaire d'assurance maladie (suite)

- b) De plus, si une acuité visuelle de 20/40 ne peut être obtenue par le port de lunettes et si cette situation est confirmée par écrit par votre médecin ou votre optométriste, un montant maximal de 550 \$ sera remboursable durant la cinquième année civile suivant l'année au cours de laquelle vous avez fait votre dernier achat de verres de contact prescrits par un médecin ou un optométriste pour régler un problème d'astigmatisme cornéen grave ou de cicatrisation.
S'il ne vous est pas possible d'obtenir une confirmation écrite de votre médecin ou optométriste, vos verres de contact seront couverts en vertu de la couverture pour lunettes à la section a) ci-dessus.
- c) Si les frais pour les examens de la vue ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie provincial, un maximum de 90 \$ toutes les deux années civiles sera payé. Si un examen médical est prescrit médicalement nécessaire selon la prescription d'un médecin, il est couvert jusqu'à un maximum de 90 \$ par année civile.

(f) PRESTATIONS DENTAIRES (EMPLOYÉS ET PERSONNES À CHARGE)

Des frais raisonnables et habituels pour les fournitures et services dentaires suivants sont payables, sous réserve de toute franchise ou pourcentage des prestations applicable selon le barème de frais dentaires adopté par les fiduciaires conformément au guide des frais dentaires de l'Ontario Dental Association indiqués à la section « Sommaire des prestations ».

- 1) 100 % des frais permis dans le barème de frais dentaires adopté pour :
 - a) des services diagnostiques limités :
 - i) à la prophylaxie, y compris le détartrage et le polissage des dents, une fois tous les 6* mois;
 - ii) à une série complète de radiographies panoramiques de la bouche tous les 12* mois;
 - iii) aux examens buccaux (examen complet tous les 24* mois).
 - * Remarque : Tous les 6, 12 ou 24 mois signifie une fois pendant la période à partir de la date à laquelle un service a été prodigué ou à partir de la date à laquelle un achat a été effectué jusqu'au même jour 6, 12 ou 24 mois après ladite date.
 - b) aux obturations : amalgame, silicate et acrylique;
 - c) aux extractions, y compris extractions chirurgicales de dents incluses;
 - d) au traitement palliatif nécessaire contre la douleur dentaire;
 - e) aux antibiotiques;
 - f) à l'application topique de solutions au fluorure;

Prestations dentaires (suite)

- g) au traitement d'endodontie (traitement radiculaire du canal de la dent);
 - h) au traitement périodontique pour éliminer les symptômes aigus;
 - i) à la mise en place de dispositifs de maintien d'espace pour les dents primaires manquantes et à la mise en place d'appareils rééducateurs;
 - j) aux consultations requises par le dentiste ou le chirurgien dentiste traitant;
 - k) à la préparation chirurgicale des crêtes dentaires pour les appareils prothétiques;
 - l) à la chirurgie buccale et à la fourniture d'appareils prothétiques en raison d'une blessure accidentelle à la mâchoire ou aux dents naturelles, pourvu que le traitement soit prodigué et que les appareils soient fournis dans les six mois qui suivent l'accident, et sous réserve du maximum établi dans la section 2) ci-dessous;
 - m) aux radiographies de diagnostic et analyses de laboratoire requises dans le cadre d'une chirurgie buccale;
 - n) à l'anesthésie.
- 2) Les services ci-dessous sont couverts jusqu'à un maximum de 2 500 \$ par année civile :
- a) 80 % des frais permis pour la fourniture de couronnes, ou d'implants dentaires (dont le coût ne doit pas dépasser celui d'une couronne), de ponts et de prothèses dentaires partielles ou complètes, y compris la réparation et le remplacement de prothèses dentaires, sauf dans le cas de prothèses dentaires perdues, égarées ou volées;
Remarque : Le remplacement des appareils prothétiques existants n'est pas couvert, à moins qu'ils datent d'au moins cinq ans et qu'ils ne soient plus utilisables.
 - b) 80 % des frais permis pour un traitement orthodontique entrepris pour un enfant âgé d'au moins 6 ans mais **de moins de 16 ans** au moment de la première consultation avec un orthodontiste.

Clause d'avantage alternatif

Lorsque deux traitements dentaires ou plus sont nécessaires pour les soins dentaires ou un problème dentaire particulier, et que les deux sont conformes à des soins dentaires appropriés, le régime d'avantages sociaux fournira des prestations en fonction du service le moins cher. Par exemple, le régime couvrira seulement jusqu'à concurrence du coût d'une obturation métallique et non de celui d'une obturation en porcelaine pour une molaire.
Remarque : Les implants dentaires ne sont pas soumis à cette disposition.

Prestations dentaires (suite)

Prédétermination des avantages

Il est recommandé qu'un plan de traitement, sous la forme d'un rapport rédigé par le dentiste, soit soumis avant le commencement du traitement lorsqu'il est prévu que le coût de celui-ci dépasse 300 \$.

L'employé sera informé du montant payable en vertu de ce régime d'avantages sociaux, **avant** le commencement des soins dentaires.

Les éléments suivants ne sont pas couverts :

- 1) le remplacement de prothèses dentaires qui ont été perdues, égarées ou volées;
- 2) les services dentaires temporaires;
- 3) la partie du coût de ponts fixes qui dépasse la dépense qui aurait été engagée si le remplacement des dents avait pu être accompli par une prothèse dentaire partielle;
- 4) examens dentaires ou vérifications requis par un employeur, une école ou un gouvernement ;
- 5) instructions sur l'hygiène buccale;
- 6) tout examen ou service par un dentiste s'il est requis uniquement par un tiers

(g) COUVERTURE D'URGENCE HORS DE LA PROVINCE/DU PAYS

La garantie et le maximum sont décrits dans le Sommaire des prestations. Le régime paiera 200 \$ par famille par année civile pour le coût (la prime) envers une couverture d'urgence hors de la province/du pays.

(h) PROGRAMME D'AIDE AU MEMBRE ET À SA FAMILLE (PAMF)

De temps à autre, nous sommes tous confrontés à des moments difficiles ou stressants. Dans la plupart des cas, nous parvenons à relever ces défis personnels. Il arrive cependant que les problèmes personnels prennent une ampleur telle qu'ils commencent à nuire à notre efficacité, à notre bien-être ou à notre sécurité, que ce soit au travail ou à la maison.

Le programme d'assistance au membre et à sa famille (PAMF) procure une aide confidentielle et professionnelle concernant divers problèmes personnels et familiaux, ainsi qu'une gamme complète de ressources et de services supplémentaires en matière de santé et de bien-être. Bien que l'on puisse utiliser le programme en guise d'intervention en cas de crise, il est idéal de l'utiliser avant que les problèmes ne s'aggravent ou ne deviennent insurmontables.

Le programme d'assistance au membre et à sa famille est une option proactive qui vous aide à gérer votre propre santé et votre bien-être personnel.

Programme d'aide au membre et à sa famille (suite)

Quels sont les services à ma disposition?

Votre PAMF vous offre, ainsi qu'aux personnes à votre charge, du conseil à court terme en personne, par téléphone ou en ligne à l'adresse : www.homewoodhealth.com/sante.

Qu'est-ce qui m'est offert dans le cadre de ce programme?

Votre PAMF couvre les frais liés au conseil, ainsi qu'à l'évaluation et à l'orientation, au besoin, pour tout un éventail de problèmes personnels, notamment :

- le stress lié au travail
- les problèmes relationnels et familiaux
- les séparations, les divorces et les questions relatives à la garde des enfants
- les problèmes financiers et juridiques
- l'alcoolisme et la toxicomanie
- la dépendance au jeu et les autres dépendances
- les troubles de l'alimentation
- les problèmes liés à l'éducation des enfants
- les troubles psychologiques
- la maîtrise de la colère
- le harcèlement et l'abus sexuels
- le deuil
- le vieillissement des parents
- les soins destinés aux enfants et aux personnes âgées
- la planification de la retraite

Le service de consultation à court terme axé sur des solutions procure le nombre approprié d'heures de conseil, selon la nature du problème et vos besoins. Le conseiller vous procurera un soutien, évaluera le(s) problème(s), vous montrera les compétences pour y faire face et les techniques de savoir-être et élaborera un plan d'intervention. Vous pouvez demander du conseil à court terme pour un nombre illimité de problèmes.

Les services du PAMF sont également offerts aux participants mis à pied pendant une période de 12 mois à partir de la date de mise à pied.

En plus des consultations psychologiques, vous, ainsi que les membres de votre famille, avez également accès à divers services de santé et de bien-être, dont :

- des services de localisation de centres de soins pour les enfants et les personnes âgées
- des services de consultation juridique
- des services de consultation financière
- des services de consultation nutritionnelle
- des cours d'apprentissage en ligne
- une bibliothèque de ressources en développement personnel
- l'évaluation des risques pour la santé
- un soutien assuré par des fournisseurs de soins

Programme d'aide au membre et à sa famille (suite)

Si, à la discrétion du conseiller, le conseil à court terme n'est pas approprié pour le problème, le conseiller vous adressera à l'organisme ou à l'institution approprié. Il ne s'agit que d'un service d'adressage et cela ne comprend pas de disposition de paiement pour de tels services additionnels.

Comment mon programme fonctionne-t-il?

Veillez communiquer avec le Homewood Santé; on vous aidera à fixer un rendez-vous au moment et à l'endroit qui vous conviennent le mieux.

Un conseiller de Homewood Santé travaillera avec vous afin de répondre à vos préoccupations particulières et de vous aider à y apporter des solutions efficaces et pratiques.

Le PAMF est-il confidentiel?

Oui, le PAMF est un service confidentiel. Les conseillers de Homewood Santé sont tenus par la loi d'observer la confidentialité la plus stricte.

Le nom des personnes utilisant des services en vertu du présent régime ou demandant des renseignements à ce propos ne sera communiqué en aucun cas, à qui que ce soit, sans leur consentement écrit.

Avec qui dois-je prendre contact?

Pour vous prévaloir de notre service confidentiel, veuillez communiquer avec l'un des centres de service à la clientèle des Solutions humaines aux numéros sans frais, accessibles 24 h sur 24, sept jours sur sept, au **1-866-398-9505 (en français) ou au 1-800-663-1142 (en anglais)**.

Vous pouvez également joindre le Homewood Santé par l'entremise de son site Web à l'adresse **www.homewoodhealth.com**. Après l'ouverture de session, faites défiler la liste de services de la section réservée aux participants, située dans le coin supérieur gauche de la page, sélectionnez « Conseil », puis remplissez et envoyez le formulaire pratique de demande de renseignements.

4. EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Les dépenses suivantes ne sont pas couvertes par le régime :

- 1) les traitements qui sont payés en tout ou en partie par un régime gouvernemental provincial (p. ex. les honoraires d'un médecin dépassant le montant couvert par le régime provincial);
- 2) les traitements reçus d'un service médical ou dentaire exploité par un employeur, une association mutuelle, un syndicat, un fiduciaire ou un groupe de type similaire;
- 3) les fournitures ou les services reçus relativement à une maladie ou à une blessure qui est le résultat d'une guerre, déclarée ou non, ou le résultat d'une participation à une émeute ou à un acte criminel;
- 4) les fournitures et les services reçus à des fins cosmétiques, sauf les opérations faites pour corriger des difformités résultant d'une blessure ou de défauts congénitaux gênant une fonction corporelle;

Exclusions Générales (suite)

- 5) les tests de grossesse, les examens médicaux périodiques ou réguliers, ou les certifications qui ne sont pas faits à la suite de symptômes existants de maladie, ou les examens effectués pour le compte de tiers;
- 6) les frais exigés par des médecins, des dentistes ou des pharmaciens pour remplir les formulaires ou fournir des renseignements;
- 7) les examens et tests effectués à des fins d'assurance, d'emploi, d'éducation ou pour obtenir un permis de conduire;
- 8) les frais de transport pour aller à l'hôpital ou à un autre établissement et en revenir pour une thérapie ou un traitement;
- 9) l'hébergement dans un établissement autre qu'un hôpital ou un hôpital de convalescence.

5. COORDINATION DES PRESTATIONS

Si vous êtes un employé ou un retraité couvert en vertu du régime d'avantages sociaux et que votre conjoint bénéficie d'un autre régime d'assurance-maladie collectif et si vous ou vos enfants à charge admissibles êtes couverts en tant que personnes à charge en vertu de ce régime, les demandes de règlement doivent être soumises comme suit :

- 1) Votre propre demande de règlement doit être soumise en premier lieu au régime d'avantages sociaux de l'industrie canadienne des ascenseurs.
- 2) La demande de règlement de votre conjoint doit être soumise en premier lieu à son régime. **Vous devez indiquer les détails du régime de votre conjoint à l'administrateur du régime; par conséquent, assurez-vous d'avoir rempli un formulaire de coordination des avantages sociaux.**
- 3) La demande de règlement pour vos enfants à charge doit être soumise en premier lieu au régime du parent dont le mois et le jour de naissance est le plus rapproché du début de l'année (p. ex. : si vous êtes né en janvier et si votre conjoint est né en juin, vous devez soumettre en premier la demande de règlement pour vos enfants à charge au régime d'avantages sociaux de l'industrie canadienne des ascenseurs).
- 4) S'il reste des dépenses impayées en vertu des sections 1), 2) ou 3) ci-dessus, vous pouvez soumettre une demande de règlement au deuxième régime afin d'obtenir le remboursement du solde de la demande de règlement.

Remarque : Le remboursement combiné en vertu des deux régimes ne peut dépasser le total des frais engagés.

6. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Les soins dispensés à l'hôpital dans une salle standard et les services rendus par un médecin sont couverts par les régimes d'assurance maladie de chaque gouvernement provincial. De tels régimes couvrent également d'autres services. Vous devez consulter les autorités locales de votre gouvernement pour obtenir de plus amples renseignements à cet égard.

Renseignements Générales (suite)

Les lois canadiennes stipulent que, si un régime d'assurance maladie provincial paie toute partie des procédures ou services médicaux, un régime privé tel que notre régime d'avantages sociaux, ne peut rembourser aucune partie des frais pour de telles procédures ou de tels services. Par conséquent, aucune partie des frais pour des procédures et des services fournis par des spécialistes des soins de la santé, tels que des chiropraticiens ou des podiatres, n'est couverte par le régime d'avantages sociaux si votre régime d'assurance maladie provincial a payé ou vous a remboursé une partie des frais. Une fois que le régime d'assurance maladie provincial cesse de payer toute partie des frais, notre régime d'avantages sociaux peut payer de tels avantages en vertu de ses dispositions, jusqu'aux limites établies dans le plan médical du gouvernement provincial.

7. PAIEMENT DIRECT DE LA COUVERTURE

Si votre emploi prend fin et si vous êtes toujours disponible pour travailler au sein de l'industrie des ascenseurs, tous les avantages – **à l'exception des prestations d'indemnité hebdomadaires et d'invalidité de longue durée** – resteront en vigueur pour un maximum de 12 mois sans qu'il vous soit nécessaire de cotiser.

Si, à la fin de cette période de 12 mois, vous êtes toujours sans emploi mais êtes disponible pour travailler au sein de l'industrie des ascenseurs, vous pouvez conserver les mêmes avantages en faisant parvenir à l'administrateur du régime, **par l'entremise de la section locale de votre syndicat**, le paiement direct de vos cotisations. Vous pouvez continuer d'effectuer le paiement direct de vos cotisations pendant 24 mois.

Les fiduciaires révisent ce taux de temps à autre et l'ajustent afin de refléter un coût approprié qui permet d'offrir les avantages. Ce taux mensuel est sujet à changement et les taxes applicables. Le tarif actuel est disponible sur le site Web (www.ceiwpp.ca), au bureau de l'administrateur du régime ou en ligne chez MWAOnline: <http://mwaonline.manionwilkins.com>.

Si vous prenez un congé prolongé de plus de 30 jours, tous les avantages – **à l'exception des prestations d'indemnité hebdomadaires et d'invalidité de longue durée** – resteront en vigueur pendant les 30 premiers jours, sans que vous ne deviez cotiser. Vous devez conclure un accord de service sans interruption (voir la section 10) si vous prenez un congé prolongé de plus de 30 jours.

Si un accord de service sans interruption est conclu, et si vous désirez conserver tous les avantages – **à l'exception des prestations d'indemnité hebdomadaires et d'invalidité de longue durée** – vous pouvez faire parvenir à l'administrateur du régime le paiement direct de vos cotisations au taux en vigueur à cette date, plus les taxes applicables. Il est recommandé d'envoyer des chèques postdatés pour la période couverte par votre accord de service sans interruption.

Paiement direct de la couverture (suite)

Tous les paiements directs doivent être accompagnés du formulaire approprié, qui doit être contresigné par votre représentant commercial local. L'option de conserver vos avantages en vertu du régime dépend de votre disponibilité à travailler au sein de l'industrie en tout temps.

Si vous êtes admissible, le formulaire initial relatif à votre couverture par paiements directs, avec votre chèque ou mandat, doit être reçu par l'administrateur du régime avant la fin du douzième mois suivant le mois pendant lequel le licenciement s'est produit. Un avis indiquant le paiement direct requis sera envoyé par l'administrateur avant cette date. Les paiements pour les mois suivants devront être reçus par l'administrateur du régime au plus tard le 20^e jour du mois avant le mois visé par la couverture. Si les paiements ne sont pas faits lorsqu'ils sont exigibles, l'option de conserver votre couverture en vertu du régime sera résiliée.

PAR EXEMPLE :

Si vous êtes mis à pied en avril 2017 et vous demeurez disponible pour travailler dans l'industrie, vous aurez droit aux prestations du régime d'avantages sociaux, à l'exception des prestations d'indemnité hebdomadaires et d'invalidité de longue durée, pour les mois d'avril 2017 à avril 2018 sans frais supplémentaires.

Pour conserver vos bénéfices en vertu du régime d'avantages sociaux pour le mois de mai 2018 et par la suite, vous devez toujours rester disponible pour travailler au sein de l'industrie. L'administrateur du régime vous avisera à l'avance qu'un paiement individuel est nécessaire et que le paiement direct **doit parvenir** au bureau de l'administrateur au plus tard le 20^e jour du mois avant le mois visé par la couverture pour que votre admissibilité aux bénéfices se poursuive.

Les chèques ou les mandats doivent être établis à l'ordre du :

« Régime d'avantages sociaux de l'industrie canadienne des constructeurs d'ascenseurs ».

Les options de paiement en ligne sont disponibles pour les paiements directs. Vous pouvez mettre en place "Manion Wilkins & Associates" en tant que bénéficiaire via les services bancaires sur Internet en ligne. Vous pouvez également payer eux-mêmes par carte de débit ou carte de crédit.

Si, après avoir fait votre paiement pour conserver vos avantages sociaux, vous êtes à nouveau employé par un employeur cotisant, vous recevrez un remboursement du paiement pour la période pendant laquelle vous étiez employé. Vous devez fournir à l'administrateur du régime une preuve de paiement pour obtenir ce remboursement.

Si vous ne pouvez travailler en raison d'une blessure qui s'est produite au travail, tous les avantages – à l'exception des prestations d'indemnité hebdomadaires – resteront en vigueur pendant que vous recevrez des prestations d'indemnité d'une commission des accidents du travail ou des prestations d'indemnité de la CSPAAT jusqu'à ce que vous soyez rétabli et disponible pour travailler.

Paiement direct de la couverture (suite)

Si aucun emploi n'est disponible au moment de votre rétablissement, vous pouvez demander une couverture gratuite de 12 mois à condition de faire votre demande avant la fin du mois suivant immédiatement le mois de votre rétablissement. Après cette période de 12 mois, vous pouvez conserver vos avantages pendant une période supplémentaire de vingt-quatre mois en envoyant vos cotisations par paiements directs à l'administrateur du régime. Vos cotisations par paiements directs doivent être accompagnées du formulaire approprié et elles s'appliqueront au mois suivant immédiatement le mois au cours duquel la couverture gratuite se terminera.

8. PROLONGATION DES PRESTATIONS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE D'ASSURANCE MALADIE ET DENTAIRE EN CAS DE DÉCÈS DE L'EMPLOYÉ

Si vous décédez alors que vous êtes un employé actif, votre conjoint et vos personnes à charge admissibles continueront d'être couverts gratuitement par les prestations **du régime complémentaire d'assurance maladie et dentaire** pendant six mois. À la fin de cette période de six mois, la continuation de ces prestations sera possible au coût actuellement établi à 50 \$ par mois, plus les taxes applicables. Ce taux est révisé de temps à autre par le conseil des fiduciaires et peut changer à l'avenir.

Les paiements pour la couverture doivent être reçus par l'administrateur du régime avant la fin du mois pour lequel ils sont exigibles. Si un paiement n'est pas fait lorsqu'il est exigible, la couverture facultative sera résiliée.

Cette prestation de survivant sera résiliée si votre conjoint se remarie ou la date à laquelle votre enfant à charge n'est plus une personne à charge comme indiqué dans les définitions; ou vos personnes à charge ne parviennent pas à effectuer le paiement mensuel requis après les 6 premiers mois. Une fois résiliée, cette couverture ne peut pas être réintégrée.

9. PROLONGATION DES PRESTATIONS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE D'ASSURANCE MALADIE ET DENTAIRE EN CAS DE MALADIE OU D'INVALIDITÉ

Si vous recevez des prestations de maladie/d'accident de l'assurance-emploi, des prestations d'indemnité hebdomadaires, des prestations d'invalidité de longue durée ou des prestations d'indemnité pour accident du travail, les prestations du régime complémentaire d'assurance maladie et dentaire se poursuivront pour vous et vos personnes à charge admissibles. Si vous recevez un montant forfaitaire de la Commission des accidents du travail, vous devez soit déposer une demande pour obtenir des prestations d'indemnité hebdomadaire ou d'invalidité de longue durée et les recevoir, ou retourner au travail, si possible.

Si vous décédez pendant que vos bénéficiaires du régime d'avantages sociaux sont en vigueur, vos personnes à charge admissibles continueront d'être couvertes pour les prestations du régime complémentaire d'assurance maladie et dentaire, tel qu'il est décrit dans la section 8 ci-dessus.

Prolongation des prestations en cas de maladie ou d'invalidité (suite)

Si vous recevez des prestations de maladie/d'accident ou des prestations d'indemnité pour accident du travail, vous devez fournir à l'administrateur du régime une preuve de votre maladie ou de votre incapacité en lui faisant parvenir une copie de votre premier talon de chèque. Une preuve de maladie ou d'invalidité semblable sera requise une fois par année. Lorsque l'administrateur du régime recevra les copies de votre talon de chèque, vos années décomptées en vertu du régime de retraite seront de 32 heures par semaine pour la durée de votre invalidité, jusqu'à la date à laquelle vous serez admissible à une rente de retraite anticipée non réduite.

10. ACCORD DE SERVICE SANS INTERRUPTION

Un accord de service sans interruption est une entente qui peut être accordée en vertu du régime de retraite par les fiduciaires à la suite d'un congé approuvé par votre employeur et l'Union internationale des fabricants d'ascenseurs (International Union of Elevator Constructors). Votre couverture en vertu du régime d'avantages sociaux se poursuivra jusqu'à la date à laquelle les cotisations en votre nom cesseront d'être versées. **Si un accord de service sans interruption est conclu avec les fiduciaires pour toute autre raison que des vacances prolongées ou un congé de maternité ou un congé parental, vous n'avez pas le droit de conserver votre couverture en vertu du régime d'avantages sociaux pendant la durée d'un tel accord.**

Si un accord de service sans interruption est conclu pour des vacances prolongées, vous pouvez faire des cotisations au régime par paiements directs au taux des cotisations par paiements directs alors en vigueur, plus les taxes applicables. Si vous êtes en vacances prolongées et n'avez pas demandé ou conclu un accord de service sans interruption, vous n'avez pas le droit de faire de cotisations par paiements directs et vous ne pouvez pas conserver votre couverture en vertu du régime d'avantages sociaux.

Si un accord de service sans interruption est conclu pour un congé de maternité ou un congé parental, vous bénéficierez d'une couverture en vertu du régime d'avantages sociaux gratuite pendant une période de six mois. Si vous souhaitez prolonger votre congé pendant un maximum de six mois supplémentaires, vous devez présenter une nouvelle demande d'accord de service sans interruption. Si un accord de service sans interruption est conclu pour cette prolongation, vous pouvez faire des cotisations au régime par paiements directs au taux des cotisations par paiements directs alors en vigueur, plus les taxes applicables.

11. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Vous pouvez nommer n'importe quelle personne ou votre succession à titre de bénéficiaire. Il est essentiel que vous désigniez un bénéficiaire qui recevra la prestation d'assurance-vie payable en vertu du régime dans l'éventualité de votre décès. Le bénéficiaire doit être nommé sur votre carte de renseignements sur le participant et tout changement ultérieur doit être soumis au bureau de votre section locale.

Désignation de bénéficiaire (suite)

Afin de vous assurer que votre désignation de bénéficiaire soit à jour, vous devez remplir et retourner immédiatement les formulaires de changement de renseignements sur le participant ou la carte de renseignements sur le participant. Ces formulaires sont disponibles auprès de l'administrateur du régime ou du bureau de votre section locale.

12. PRESTATIONS CONCERNANT LES RETRAITÉS

a) Admissibilité des retraités aux prestations du régime d'avantages sociaux après la retraite

Pour avoir droit aux prestations du régime d'avantages sociaux à la retraite, vous devez avoir effectué trois années de service continu pendant la période de 10 ans précédant immédiatement la retraite, ainsi qu'un total de 20 années de participation au régime.

Si vous n'êtes pas admissible aux prestations du régime d'avantages sociaux en vertu de cette disposition et si vous quittez le service actif au sein de l'industrie des ascenseurs, votre conjoint, votre bénéficiaire désigné ou votre succession aura droit à une prestation de 10 000 \$ lors de votre décès.

b) Prestations du régime d'avantages sociaux après la retraite

Si vous quittez le service actif au sein de l'industrie des constructeurs d'ascenseurs à l'âge de 50 ans ou après cette date et que vous répondez aux exigences présentées à la section a) ci-dessus, vous et vos personnes à charges ne serez couverts que pour les prestations du régime complémentaire d'assurance maladie et dentaire. Ces avantages sociaux seront les mêmes que lorsque vous étiez employé en service. À l'heure actuelle, si votre pension mensuelle est inférieure à 2 000 \$, vous devrez cotiser 95 \$ par mois, plus les taxes applicables, pour obtenir ces avantages sociaux. Si votre pension mensuelle est égale ou supérieure à 2 000 \$ par mois, vous devrez cotiser 130 \$ par mois, plus les taxes applicables, pour obtenir ces avantages sociaux.

Si vous décédez après votre retraite, vos personnes à charge admissibles seront couvertes par les mêmes prestations du régime complémentaire d'assurance maladie et dentaire qu'avant votre décès, en cotisant le montant mensuel indiqué ci-dessus en fonction du montant mensuel de la rente de retraite, plus les taxes applicables.

Votre bénéficiaire désigné ou votre succession sera admissible à une prestation de décès de 10 000 \$ à votre décès.

Prestations concernant les retraités (suite)

c) Régime d'avantages sociaux dans le cadre d'une retraite pour invalidité

Nonobstant la section a) ci-dessus, si vous êtes prestataire d'un régime de pension d'invalidité, votre couverture pour toutes les prestations du régime d'avantages sociaux, à l'exception des prestations d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident, des prestations d'indemnité hebdomadaires et des prestations d'invalidité de longue durée, se poursuivront moyennant une cotisation de 95 \$ par mois plus les taxes applicables. À partir de la date de votre retraite pour invalidité jusqu'à 65 ans, si vous décédez, votre bénéficiaire désigné ou votre succession sera admissible à des prestations d'assurance-vie et à une prestation de décès de 10 000 \$. Le montant des prestations de l'assurance-vie dépend de la date à laquelle vous êtes devenu admissible au régime de retraite pour invalidité. Si vous décédez après 65 ans, seule la prestation de décès de 10 000 \$ est payable. Si vous décédez après votre retraite pour invalidité, votre veuf/veuve et vos personnes à charges seront couvertes par les mêmes prestations du régime complémentaire d'assurance maladie et dentaire qu'avant votre décès, en continuant à verser 95 \$ par mois, plus les taxes applicables.

d) Employés qui quittent le service actif de l'industrie des constructeurs d'ascenseurs et qui ne sont pas admissibles aux prestations du régime d'avantages sociaux en vertu de la section a) ci-dessus

Si vous n'avez pas travaillé pendant trois années sans interruption au cours des 10 années précédant immédiatement votre retraite et versé des cotisations au régime de retraite pendant un total de 20 ans, vous ne serez pas admissible aux prestations du régime d'avantages sociaux, tel que mentionné à la section a) ci-dessus. Toutefois, même si vous n'êtes pas admissible en vertu de la section a) ci-dessus, si vous quittez le service actif de l'industrie des constructeurs d'ascenseurs et versez des cotisations au régime pendant votre retraite, vous pouvez conserver votre couverture jusqu'à votre décès pour tous les avantages sociaux, à l'exception de l'assurance-vie, des prestations d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident, des prestations d'indemnité hebdomadaires et des prestations d'invalidité de longue durée, à raison d'une cotisation de 120 \$ par mois, plus les taxes applicables, si votre rente de retraite mensuelle est inférieure à 2 000 \$. Si votre pension mensuelle est égale ou supérieure à 2 000 \$, vous devrez verser une cotisation de 155 \$ par mois, plus les taxes applicables, pour maintenir votre couverture jusqu'à votre décès pour tous les avantages sociaux, à l'exception de l'assurance-vie, des prestations d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident, des prestations d'indemnité hebdomadaires et des prestations d'invalidité de longue durée.

Prestations concernant les retraités (suite)

Si vous avez choisi de conserver vos prestations du régime d'avantages sociaux après votre retraite et que vous décédez après votre retraite, votre veuf/veuve peut recevoir pour le reste de sa vie (certaines restrictions peuvent s'appliquer, comme le remariage, etc.) les mêmes prestations du régime complémentaire d'assurance maladie et dentaire qu'avant votre décès, moyennant la cotisation mensuelle indiquée ci-dessus en fonction de votre rente de retraite mensuelle à votre décès, plus les taxes applicables.

e) Prolongation du régime d'avantages sociaux après la retraite

Afin d'être admissible aux prestations du régime d'avantages sociaux, vous devez rester membre en règle du bureau la section locale applicable de l'Union internationale des constructeurs d'ascenseurs.

Si vous quittez le service actif, n'êtes plus couvert par l'entente collective et recevez une rente du régime de retraite, vous êtes admissible aux prestations du régime d'avantages sociaux, tel que cela est décrit dans le présent guide. Toutefois, si vous reprenez le service dans l'industrie des constructeurs d'ascenseurs et travaillez pour un employeur qui n'est pas lié par une convention collective, toutes les prestations du régime d'avantages sociaux cesseront immédiatement.

Si vous avez moins de 65 ans et décidez de reprendre un emploi chez un employeur participant quel qu'il soit ou dans **tout** organisme associé ou affilié à l'employeur participant, que cet emploi soit assurable ou ne bénéficie pas d'une convention collective, dans les six mois du paiement de votre première prestation de retraite, votre retraite sera réputée de mauvaise foi, votre rente de retraite sera annulée et vous ne recevrez aucune autre prestation de retraite tant que vous occuperez ledit emploi.

Si vous êtes expulsé d'un syndicat local de l'Union internationale des constructeurs d'ascenseurs, toute admissibilité au régime d'avantages sociaux cessera immédiatement.

13. ANCIENS EMPLOYÉS QUI ONT CESSÉ DE TRAVAILLER

Les prestations du régime d'avantages sociaux **ne sont pas payables** à un ancien employé admissible à une rente acquise différée selon le régime de retraite et dont les rentes différées deviennent payables conformément au régime de retraite.

14. COMMENT SOUMETTRE LES DEMANDES DE RÈGLEMENT

- (a) Obtenez le formulaire de demande de règlement approprié auprès de votre employeur, du bureau de votre section locale ou de l'administrateur du régime. Vous pouvez obtenir les formulaires médicaux et dentaires ou en ligne à MWAOnline : <http://mwaonline.manionwilkins.com>.

Comment soumettre les demandes de règlement (suite)

(b) Remplissez le formulaire conformément aux instructions figurant dans la partie supérieure de chacun d'eux.

(c) Demandes de règlement médicales et dentaires

Dépôt direct pour les paiements de réclamations

Tous les paiements médicaux et dentaires sont effectués par dépôt direct. Si vous ne choisissez pas le dépôt direct pour recevoir vos paiements médicaux et soins dentaires, **vous payerez des frais pour chaque chèque produit.**

Pour éviter les frais, il est important que vous receviez vos paiements de sinistres et soins dentaires par voie électronique avec un dépôt direct dans votre compte bancaire. Pour vous inscrire au service, accédez à votre compte en ligne à MWAOnline: <http://mwaonline.manionwilkins.com> et remplissez la section bancaire sous l'élément de menu "Mettre à jour mon profil".

- i) Demandez à votre professionnel de la santé de remplir toute déclaration requise pour appuyer votre demande de règlement. Dans le cas d'une demande de règlement dentaire, le code de procédure de l'association dentaire doit figurer sur le formulaire pour assurer le traitement de la demande de règlement. Les demandes de règlement dentaires ne comprenant pas de tels codes seront retournées au participant afin qu'il les obtienne auprès de son dentiste.
- ii) Joignez à votre formulaire les reçus pour le paiement des fournitures ou des services reçus.
- iii) Les demandes de règlement seront payées seulement pour les services reçus; aucun paiement ne peut être effectué pour un traitement prévu.
- iv) Si votre dentiste accepte la cession des prestations payables, vous devez signer la section à cet effet sur le formulaire de réclamation dentaire standard. L'administrateur du régime acheminera ensuite le paiement directement à votre dentiste.
- v) Les demandes de règlement doivent être soumises promptement, en aucun cas après le 31 décembre de l'année suivant l'année pendant laquelle les dépenses ont été engagées.
- vi) La carte de médicaments payants doit être utilisée pour toutes les demandes de médicaments sur ordonnance. **Aucune réclamation de médicaments sur ordonnance ne sera payée si la carte de médicaments n'est pas utilisée.**

Comment soumettre les demandes de règlement - Demandes de règlement médicales et dentaires (suite)

- vii) Soumission électronique des autres réclamations médicales en envoyant par courriel à claims@manionwilkins.com ou par télécopieur au numéro 416-234-2071. Les mêmes informations comme dans une soumission de papier sont requises. Si vous envoyez un courrier électronique à vos demandes, veuillez analyser tous les documents (formulaire de demande signé et reçus) et joindre les fichiers numérisés à l'administrateur du régime.

Si vous soumettez des réclamations par télécopieur, un formulaire de demande signé et des copies des reçus doivent être envoyés à l'administrateur du régime au numéro de télécopieur ci-dessus. N'oubliez pas de conserver les reçus originaux pendant un minimum d'un an, car votre demande peut être sélectionnée pour une vérification aléatoire.

- viii) Demande électronique de remboursement des frais dentaires – Si votre dentiste a accès à l'archivage électronique des demandes de règlement, remettez-lui le numéro de régime indiqué sur votre carte-certificat pour vérifier que l'administrateur du régime accepte l'archivage électronique des demandes de règlement de soins dentaires. Lorsque votre dentiste soumet votre demande de règlement à l'administrateur du régime, le système vérifie automatiquement votre admissibilité et le montant couvert et versera le remboursement, à vous ou à votre dentiste, le cas échéant.

(d) Demandes de règlement d'invalidité

- i) Pour les prestations d'indemnité hebdomadaires, toutes les demandes de règlement doivent être soumises à l'administrateur du régime dans un délai de 45 jours à partir de la date à laquelle les prestations doivent commencer. Veuillez vous assurer que toutes les sections des formulaires de réclamation sont dûment remplies et signées. Votre représentant syndical local doit également remplir une portion de ce formulaire.
- ii) Pour les prestations d'invalidité de longue durée, toutes les demandes de règlement doivent être soumises à l'administrateur du régime dans un délai de 365 jours après l'invalidité totale commence ou dans les 30 jours qui suivent la fin de cette prestation, selon la première éventualité.

Veuillez vous assurer que toutes les sections du formulaire de réclamation sont dûment remplies et signées.

Veuillez noter : Il est essentiel que vous présentiez la demande de prestations d'invalidité de longue durée que vous recevez ou non des prestations d'indemnité pour accident du travail.

Comment soumettre les demandes de règlement (suite)

(e) Toutes les demandes de règlement doivent être soumises directement à l'administrateur du régime :

Manion Wilkins & Associates Ltd.

Claims Department (Service des réclamations)

21, Four Seasons Place, bureau 626

Etobicoke (Ontario) M9B 0A6

Centre de contacts : 416-234-3511 ou Sans frais : 1-866-532-8999

Courriel : info@manionwilkins.com

Site Web de l'administrateur du régime: www.manionwilkins.com

Site Web des fonds en fiducie : www.ceiwpp.ca

Les réclamations médicales et dentaires peuvent également être soumises en ligne par courrier électronique ou par télécopieur à l'administrateur du régime :

Télécopieur n°: 416-234-2071

Courriel des réclamations : info@manionwilkins.com

15. FIN DE LA COUVERTURE D'AVANTAGES SOCIAUX

Si une personne produit volontairement une fausse déclaration pour obtenir des prestations du régime ou ne déclare pas une rentrée de revenus qui signifierait la réduction des prestations ou nécessiterait le remboursement des prestations, les fiduciaires ont le droit d'ajuster tout paiement futur pour recouvrer toutes les prestations versées au bénéficiaire qui n'y avait pas droit, ou de prendre toute autre mesure qu'ils considèrent utiles, y compris la cessation de la couverture de la personne qui a produit une déclaration trompeuse ou qui n'a pas déclaré une rentrée de revenus.

16. AVENIR DU RÉGIME

Les employeurs cotisants et l'Union internationale des constructeurs d'ascenseurs ont l'intention de garder le régime en vigueur indéfiniment. Toutefois, les fiduciaires peuvent changer ou modifier le régime de temps à autre.

Si le régime est résilié, tous les fonds qui se trouvent dans le fonds en fiducie devront d'abord être utilisés au bénéfice des employés et de leurs bénéficiaires. Ils seront distribués selon les modalités du régime d'avantages sociaux.

Le conseil des fiduciaires, à sa seule discrétion, peut modifier, suspendre, éliminer ou résilier tout avantage offert en vertu du régime d'avantages sociaux, sous réserve des règlements gouvernementaux applicables. Tout avantage particulier payable à tout moment donné ne garantit pas qu'il soit offert pour une période de temps donnée. Toute prestation offerte après la retraite ou offerte aux employés invalides peut être modifiée, suspendue, éliminée ou résiliée en tout temps par le conseil des fiduciaires, à sa seule discrétion.

RÉGIME DE RETRAITE

1. DATES DE RETRAITE

a) Âge normal de la retraite

L'âge normal de la retraite est de 65 ans.

b) Retraite anticipée

La retraite anticipée est permise si vous avez atteint l'âge de 55 ans. Toutefois, si vous avez atteint l'âge de 59 ans, vous pouvez prendre votre retraite en tout temps sans réduction du montant de la prestation des années qui vous ont été décomptées, à condition de quitter le service actif au sein de l'industrie des constructeurs d'ascenseurs et d'avoir travaillé 20 années décomptées de façon continue immédiatement avant votre retraite.

c) Retraite différée

Vous pouvez prendre votre retraite après l'âge normal de la retraite, mais au plus tard à la fin de l'année au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 71 ans.

2. ANNÉES DÉCOMPTÉES

Le montant de votre rente dépend de vos années décomptées, qui sont déterminées de la façon suivante :

a) Années de service passé décomptées (service avant le 1^{er} octobre 1962)

Si vous étiez admissible à un emploi aux termes de l'Accord uniforme pour tout le Canada lorsque le régime a été établi et si vous étiez un travailleur actif le 30 septembre 1978, vos années de service seront décomptées à partir de la date de votre dernière admission à l'Union internationale des constructeurs d'ascenseurs jusqu'au 1^{er} octobre 1962.

b) Années de service futur décomptées (service après le 1^{er} octobre 1962)

Chaque heure travaillée après le 1^{er} octobre 1962, pour laquelle des cotisations au régime sont faites en votre nom, sera décomptée.

Si vous recevez des prestations d'indemnité pour accident du travail, l'indemnité hebdomadaire, des prestations d'invalidité de longue durée, des prestations de maladie ou d'invalidité de l'Assurance-emploi, ou encore des prestations d'invalidité dans le cadre du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, un service de 32 heures par semaine vous sera décompté.

Remarque : Toute référence aux « années décomptées » se rapporte au service continu à partir de votre dernière date d'adhésion au régime à titre de membre participant jusqu'à la date pertinente, par exemple la date de votre retraite. Si vos années décomptées ne sont pas continues en raison d'une interruption de service (voir la section 7), vos droits en vertu du régime peuvent être affectés.

Régime de retraite (suite)

3. MONTANT DE LA RENTE DE RETRAITE

a) Retraite normale ou retraite différée

Si vous prenez votre retraite à compter du 1er octobre 2017, votre rente de retraite annuelle payable sera calculée de la façon suivante :

- i) 71,00 \$ multipliés par vos années de service passé décomptées, **plus**
- ii) 71,00 \$ pour chaque tranche de 100 heures de service futur décomptées.

b) Retraite anticipée

Pour que vous puissiez prendre votre retraite avant l'âge de 65 ans en recevant une pension non réduite, les fiduciaires doivent d'abord approuver le paiement des rentes de retraite non réduites. Les fiduciaires examinent tous les ans la situation financière du régime pour voir s'il est en mesure d'autoriser les retraites anticipées avec rente de retraite non réduite. Si cela n'est pas le cas, les membres en seront informés à l'avance.

i) **Rente de retraite anticipée non réduite**

Si vous prenez votre retraite après avoir atteint l'âge de 59 ans et après avoir travaillé au moins 20 années décomptées de façon continue au sein de l'industrie des constructeurs d'ascenseurs immédiatement avant votre retraite, votre **rente de retraite anticipée non réduite** sera égale à la pension annuelle accumulée jusqu'à la date de votre retraite, sans réduction, pourvu que les fonds du régime le permettent.

ii) **Rente de retraite anticipée réduite**

Si vous prenez votre retraite après avoir atteint l'âge de 55 ans, mais avant l'âge de 59 ans, et après avoir complété au moins 20 années décomptées de façon continue au sein de l'industrie des constructeurs d'ascenseurs immédiatement avant votre retraite, votre **rente de retraite anticipée** sera égale à la pension annuelle accumulée jusqu'à la date de votre retraite, réduite de 1/2 de 1 % pour chaque mois civil entre la date de votre retraite anticipée et l'âge de 59 ans, pourvu que vous choisissiez de recevoir une rente immédiate. Semblable à i) ci-dessus, les fonds du régime doivent le permettre pour cette garantie. Si vous choisissiez de recevoir une rente différée (payable par la suite), votre **rente de retraite anticipée** sera égale à la rente annuelle accumulée jusqu'à la date de votre retraite, réduite de 1/2 de 1 % pour chaque mois civil entre la date de votre retraite anticipée et l'âge de 65 ans.

Régime de retraite – Montant de la rente de retraite (suite)

Si vous prenez votre retraite après avoir atteint l'âge de 55 ans, mais avant l'âge de 65 ans, et après avoir complété au moins 20 années décomptées de façon continue au sein de l'industrie des constructeurs d'ascenseurs immédiatement avant votre retraite, votre **rente de retraite anticipée** sera égale à la rente annuelle accumulée jusqu'à la date de votre retraite, réduite de 1/2 de 1 % pour chaque mois civil entre la date de votre retraite anticipée et l'âge de 65 ans.

c) Effet d'une interruption de service sur la retraite

Si vous êtes touché par une interruption de service (voir la section 7), vous devez accumuler les années décomptées requises à partir de la date de votre retour au travail afin de recevoir une rente basée sur la formule actuelle.

4. PRESTATIONS DE DÉCÈS D'UN PARTICIPANT RETRAITÉ

Si vous quittez le service actif au sein de l'industrie des constructeurs d'ascenseurs le 1^{er} août 1992 ou après cette date et que vous n'avez pas de conjoint au moment de votre retraite, et si vous décédez au cours des 10 années qui suivent cette date, les paiements de votre rente seront versés à 100 % à votre bénéficiaire désigné ou à votre succession pour le reste de cette période de 10 ans.

Si vous quittez le service actif au sein de l'industrie des constructeurs d'ascenseurs le 1^{er} août 1992 ou après cette date et que vous avez un conjoint à votre retraite, et si vous décédez au cours des 5 années qui suivent cette date, les paiements de votre rente seront versés à 100 % à votre conjoint, ou à bénéficiaire désigné si votre conjoint décède avant vous, pour le reste de cette période de cinq ans. Par la suite, votre conjoint au moment de votre retraite aura le droit de recevoir une rente de survivant pendant toute sa vie équivalant à 66,67 % de votre rente de retraite.

De plus, si vous avez un conjoint au moment de votre retraite, vous pouvez choisir que les paiements de votre rente de retraite soient versés à 100 % à votre conjoint, ou à votre bénéficiaire désigné si votre conjoint décède avant vous, pour une période de 10 ans après votre décès. Après cette période de 10 ans, votre conjoint au moment de votre retraite recevra une rente de survivant équivalant à 66,67 % de votre rente de retraite. Si vous choisissez la garantie de 10 ans, le montant initial de la rente payable à votre retraite sera payable sur une base réduite.

Régime de retraite (suite)

5. PRESTATION COMPLÉMENTAIRE ADDITIONNELLE

Pourvu que les fonds du régime le permettent et que les fiduciaires approuvent le paiement de rentes non réduites, vous pourriez avoir droit à une prestation complémentaire additionnelle de 400 \$ par mois. Si vous avez atteint l'âge de 55 ans, si vous prenez une retraite anticipée de l'industrie des constructeurs d'ascenseurs et si vous possédez 20 années décomptées de façon continue immédiatement avant la retraite, vous recevrez une prestation complémentaire additionnelle de 400 \$ par mois. Cette prestation vous sera payée tous les mois à partir de la date d'entrée en vigueur de votre rente de retraite et cessera d'être versée le premier jour du mois suivant votre 65^e anniversaire ou au moment de votre décès (à la première de ces deux éventualités).

Si vous avez un conjoint au moment de votre retraite et que vous décédez avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans, votre conjoint au moment de votre retraite aura le droit de recevoir une prestation complémentaire additionnelle équivalant à 66,67 % de votre prestation complémentaire additionnelle, payable jusqu'au premier jour du mois qui suit la date où vous auriez atteint l'âge de 65 ans, ou jusqu'à son décès (à la première de ces deux éventualités).

Cette prestation complémentaire additionnelle ne sera pas utilisée dans le calcul de toute prestation payée à la résiliation de votre participation ou dans le calcul de toute prestation de décès avant la retraite, ou de survivant.

6. DEMANDE ET PAIEMENT DES RENTES DE RETRAITE

Lorsque la date de votre retraite approche, vous devez obtenir un formulaire de demande de rente de retraite au bureau de votre syndicat local et le remplir tel qu'il est requis. Ce formulaire de demande doit être remis à l'administrateur avant la date à laquelle vous désirez que votre rente de retraite commence. Votre formulaire de demande doit être accompagné d'une preuve satisfaisante de votre âge (voir la section 15, paragraphe h) et de l'âge de votre conjoint.

Les paiements de la rente de retraite commenceront normalement le premier jour du mois suivant la date à laquelle vous prenez votre retraite, à condition que votre formulaire de demande ait été reçu par l'administrateur du régime à ce moment. Si le montant annuel de la rente de retraite payable est en deçà de certaines limites, telles qu'elles sont réglementées en vertu des lois sur les rentes de retraite de votre province d'emploi, un paiement en une somme forfaitaire vous sera versé au lieu de paiements mensuels.

Si vous devenez incapable de gérer vos affaires en raison d'une maladie physique ou mentale, les fiduciaires peuvent ordonner que les paiements soient retenus jusqu'à ce qu'un tuteur, un comité ou un autre représentant légal soit nommé.

Régime de retraite (suite)

7. INTERRUPTION DE SERVICE

Une interruption de service se produit si vous ne vous assurez pas d'être disponible pour un emploi visé par la convention collective pendant une période de trois mois consécutifs ou plus.

Si une interruption de service survient, vous aurez droit aux prestations de cessation d'emploi telles qu'elles sont établies à la section 10, selon votre âge et vos années décomptées. Si plus tard vous trouvez un emploi visé par la convention collective, vous serez considéré comme un nouvel employé et vous devrez à nouveau adhérer au régime. Vos années décomptées s'accumuleront à partir de la date de votre retour au travail.

Si vous avez eu une interruption de service et avez antérieurement choisi de ne pas transférer la valeur de rachat de votre rente de retraite accumulée hors du régime, et si vous recommencez à travailler par la suite dans un emploi couvert, votre rente de retraite différée accumulée avant l'interruption de service sera recalculée au taux actuel des prestations après que vous aurez terminé cinq années décomptées de façon continue après votre retour au travail.

Une absence pour l'une des raisons suivantes ne sera pas considérée comme une interruption de service :

- a) chômage, à condition que vous soyez resté disponible pour un emploi visé par la convention collective;
- b) invalidité totale temporaire, à condition qu'une preuve médicale satisfaisante de votre invalidité ait été soumise aux fiduciaires;
- c) congé autorisé qui a été approuvé par votre employeur, l'Union internationale des constructeurs d'ascenseurs et les fiduciaires (voir Accord de service sans interruption ci-dessous);
- d) emploi auprès de l'Union internationale des constructeurs d'ascenseurs à un poste élu ou désigné;
- e) service militaire dans les Forces armées du Canada, aux conditions suivantes :
 - i) le service militaire doit avoir lieu pendant une période d'urgence nationale,
 - ii) vous ne devez pas vous réengager après avoir été démobilisé,
 - iii) vous devez faire une demande d'emploi dans l'industrie des constructeurs d'ascenseurs dans un délai de 90 jours après votre démobilisation.

Régime de retraite (suite)

8. ACCORD DE SERVICE SANS INTERRUPTION

Si un congé ou des vacances prolongées vous sont accordés par votre employeur et par l'Union internationale des constructeurs d'ascenseurs, et si les cotisations au régime en votre nom ont cessé, vous devez protéger votre position dans le régime en demandant aux fiduciaires de conclure avec vous un accord de service sans interruption indiquant les raisons de votre absence. Si un tel accord est conclu, vous ne perdrez aucun des avantages accumulés jusqu'à la date de votre congé ou de vos vacances prolongées. Lorsque la période couverte par l'accord de service sans interruption est terminée, vous devez immédiatement vous rendre disponible auprès d'un employeur cotisant, sinon vous serez considéré comme ayant quitté votre emploi.

Si vous ne déposez pas une demande d'un accord de service sans interruption et prenez un congé ou des vacances prolongées, il y aura interruption de service et vous serez considéré comme ayant quitté votre emploi. Dans ce cas, vos prestations de retraite seront assujetties aux règlements relatifs à votre cessation de participation au régime tel qu'ils sont stipulés dans la section 10. Si vous retournez au travail par la suite, vous serez considéré comme un nouvel employé en vertu du régime.

9. PRESTATIONS DE DÉCÈS AVANT LA RETRAITE

Si vous décédez avant votre retraite, un relevé de prestations de décès sera fourni à votre conjoint ou votre bénéficiaire. Ce relevé comprendra la valeur de votre prestation de décès avant la retraite en plus des autres détails relatifs à votre adhésion au régime de retraite. Ce relevé décrira les options disponibles pour votre conjoint ou votre bénéficiaire en raison de votre décès.

Si vous décédez avant de prendre votre retraite, votre conjoint recevra un montant forfaitaire équivalant à la valeur de rachat de votre rente de retraite accumulée à la date de votre décès, ou une rente de retraite immédiate ou différée équivalant à ce montant forfaitaire.

Si vous n'avez pas de conjoint admissible, la personne que vous nommez comme bénéficiaire de votre carte d'information de membre (MIC) est la personne qui recevra les prestations payables en raison de votre décès.

De plus, si vous décédez pendant que vous êtes activement employé dans l'industrie et après avoir complété cinq années décomptées, ou pendant que vous recevez une rente d'invalidité mais avant votre date de retraite à l'âge normal en vertu du régime, chacun de vos enfants à charge de moins de 18 ans recevra 100 \$ par mois à partir du premier jour du mois suivant votre décès. Cette prestation sera payée au tuteur légal de l'enfant et cessera au moment de son 18^e anniversaire de l'enfant.

Régime de retraite (suite)

10. PRESTATIONS DE CESSATION D'EMPLOI

Vous avez droit à des prestations de cessation d'emploi en cas d'interruption de service. Vous pouvez choisir de recevoir des prestations de cessation d'emploi si aucune cotisation n'a été versée pour votre compte depuis 3 mois ou plus.

Si vous avez droit à des prestations de cessation d'emploi, celles-ci sont immobilisées. Vous recevrez une rente de retraite différée, dont le montant correspond à celui de la rente de retraite accumulée jusqu'à la date de votre cessation d'emploi, laquelle sera payable à la date normale de votre retraite.

Vous pouvez transférer la valeur de rachat de votre rente de retraite accumulée jusqu'à la date de votre cessation d'emploi au régime enregistré de retraite (« RER ») de votre nouvel employeur, si ce régime le permet, ou à un régime enregistré d'épargne-retraite immobilisé (« REER immobilisé ») afin de recevoir une rente au moment de votre retraite, ou à un fonds de revenu viager (« FRV »), ou à un fonds de retraite immobilisé (« FRI immobilisé »), ou acheter une viagère différée payable en tout temps après l'âge de 55 ans.

Si vous désirez transférer la valeur de rachat de votre rente acquise à un REER, un FRV, un FRI immobilisé ou au RER de votre prochain employeur, vous devez fournir une preuve d'âge satisfaisante (voir la section 15, paragraphe h) et signer un accord d'immobilisation (selon le modèle exigé par les fiduciaires) lorsque vous faites la demande d'un tel transfert. Une fois le transfert effectué, aucune autre prestation n'est payable en vertu du régime.

Si vous avez atteint l'âge de 55 ans, vous ne pouvez pas transférer votre droit à retraite hors du régime. Vous avez droit à une rente à 65 ans équivalant à votre rente acquise jusqu'à la date de votre cessation d'emploi. Vous pouvez choisir de recevoir une telle rente de retraite dès l'âge de 55 ans. Cependant, votre rente acquise sera réduite de 0,5 % par mois pour chaque mois entre la date de votre retraite et la date de votre 65^e anniversaire de naissance.

Si vous avez droit à une rente de retraite différée payable en vertu du régime, que vous avez quitté votre emploi au sein de l'industrie et que vous décédez avant d'avoir demandé que votre rente de retraite vous soit versée, votre bénéficiaire désigné ou votre succession recevra un montant forfaitaire équivalant à la valeur de rachat de votre rente de retraite différée acquise que vous avez accumulée jusqu'à la date de votre décès.

11. EMBAUCHE D'UN RETRAITÉ

Si vous recevez une rente de retraite du régime et que vous retournez au travail pour un employeur cotisant au régime, votre rente de retraite sera suspendue. Vous devez informer les fiduciaires de votre retour au travail dès que vous obtenez votre emploi. Le versement mensuel de votre rente de retraite sera suspendu pendant cette période d'emploi après votre retraite.

Régime de retraite – Embauche d'un retraité (suite)

Le versement mensuel de la rente de retraite payable après une telle période d'emploi est équivalent au montant que vous receviez avant que votre rente de retraite ne soit suspendue, plus un ajustement pour refléter toute rente de retraite supplémentaire que vous avez acquise en fonction des heures déclarées et des cotisations au régime pendant la période d'emploi après la retraite. La rente de retraite supplémentaire payable pour cette période d'emploi sera calculée selon le type de rente de retraite que vous avez choisie avant votre retraite initiale.

Si vous recevez une rente de retraite au titre du régime et si vous retournez au travail avant l'âge de 65 ans, mais dans les six mois qui suivent la date de votre retraite, pour un employeur participant avant votre retraite ou pour tout employeur apparenté ou affilié à l'employeur, votre retraite sera annulée. Aucun autre paiement de rente de retraite ne vous sera versé tant que vous conservez cet emploi.

Si votre rente de retraite est annulée parce que votre retraite n'était pas de bonne foi, vous devrez rembourser toutes les prestations de retraite qui vous auront été versées.

12. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Si vous décédez avant de prendre votre retraite, la prestation de décès sera habituellement payable à votre conjoint.

Si vous n'avez pas de conjoint admissible, la personne que vous désignez comme bénéficiaire de votre formulaire des renseignements du membre est la personne qui recevra toutes les prestations dues en vertu du régime dans l'éventualité de votre décès avant la retraite. Si vous n'avez pas nommé un bénéficiaire dans la section « désignation de bénéficiaire » de la carte, la prestation de décès avant la retraite sera versée à votre succession.

Vous pouvez désigner la personne de votre choix à titre de bénéficiaire, y compris votre conjoint, ou vous pouvez désigner votre succession, qui recevra toutes les prestations dues en vertu du régime dans l'éventualité de votre décès avant la retraite.

Vous devez vous assurer que votre désignation de bénéficiaire est à jour. Vous devez pour cela demander un formulaire approprié à l'administrateur du régime. Vous devez vous assurer que votre désignation de bénéficiaire est à jour. Vous pouvez modifier votre bénéficiaire à tout moment sous réserve de restrictions légales en demandant le formulaire approprié à l'administrateur du régime.

13. BÉNÉFICIAIRE SECONDAIRE AVANT LA RETRAITE

Si vous souhaitez désigner un bénéficiaire secondaire au cas où votre bénéficiaire ou votre conjoint décéderait avant vous, veuillez faire votre désignation secondaire par écrit et l'attacher à une carte d'information de membre ou à un formulaire de modification complété. La désignation doit être datée, signée, témoinnée et doit indiquer clairement le nom de votre bénéficiaire secondaire et sa relation avec vous.

Régime de retraite (suite)

14. CHANGER LE BÉNÉFICIAIRE APRÈS LA RETRAITE

Si vous êtes à la retraite et que vous souhaitez modifier votre bénéficiaire, veuillez contacter l'administrateur du régime. Vous ne pouvez modifier votre bénéficiaire que si la forme de pension sélectionnée le permet. Si vous avez un conjoint à la retraite et que vous choisissez une pension conjointe et de survie avec une période de garantie, vous pouvez changer votre bénéficiaire. Si vous et votre conjoint à la retraite décédez avant que le nombre de paiements garantis n'aient été effectués, les paiements de pension mensuels restants seront versés à votre bénéficiaire.

15. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Ce livret décrit les grandes lignes des régimes et vise à expliquer aussi brièvement et clairement que possible chacun des avantages auxquels vous êtes admissible. Si les lois sur les régimes de retraite de votre province d'emploi exigent des modalités différentes de celles qui sont décrites dans la section sur les rentes de retraite de ce livret, les modalités de la province d'emploi s'appliquent.

Les avantages en vertu des régimes sont assujettis aux dispositions des textes du régime et des polices politiques d'assurance collective. En cas de conflit entre cette description et les textes du régime, les textes du régime s'appliquent dans tous les cas.

a) Caisse de retraite en fiducie

Les cotisations salariales et patronales sont déposées périodiquement dans un fonds en fiducie détenu par un fiduciaire de la société et investies conformément aux exigences de la *Loi sur les régimes de retraite*. Les prestations en vertu du régime seront tirées de ce fonds, en argent ou par l'entremise de rentes de retraite fournies par l'entremise du fonds.

b) Relevés de pension annuels pour les participants

Au cours de l'année, vous recevrez un relevé en date du 31 décembre de l'année précédente indiquant les heures travaillées pour lesquelles des cotisations ont été versées au régime, votre rente de retraite annuelle accumulée jusqu'à la date du relevé et payable à partir de la date de votre retraite à l'âge normal, vos propres cotisations au régime avec et sans les intérêts, ainsi que tout autre renseignement pertinent.

c) Petite Pension

Votre prestation est habituellement versée mensuellement lorsque vous prenez votre retraite. Toutefois, au moment où vous résiliez votre participation au Régime, si votre pension mensuelle est une "petite" pension, les fiduciaires peuvent vous payer la valeur de rachat de votre pension en une somme forfaitaire au lieu d'une pension mensuelle lorsque vous vous retirez.

Régime de retraite – Dispositions générales (suite)

Une pension "petite" est une pension ne dépassant pas 1/12 de 4% du bénéfice maximal annuel ouvrant droit à une pension « YMPE » sur lequel sont fondées vos cotisations au RPC/RRQ. En 2017, ce montant s'élève à 184,33 \$ par mois. En outre, si la valeur de rachat d'une pension est inférieure à 20% du YMPE (11 060 \$ en 2017), la pension est considérée comme une "petite" pension.

d) Cession des avantages

Le but du régime est de vous procurer un revenu après votre retraite. Pour cette raison, vous ne pouvez céder aucun de ses avantages autrement qu'en nommant un bénéficiaire ou un corentier. Le régime ne confère aucun droit ou intérêt à un employé par rapport aux avantages, lesquels ne peuvent être cédés autrement que tel qu'il est stipulé dans le régime.

e) Rupture du mariage

Si vous obtenez un divorce, une annulation ou une séparation de votre conjoint, le paiement de votre prestation de retraite sera assujéti au droit provincial de la famille. Si, conformément au droit provincial de la famille applicable, votre ex-conjoint a droit à une partie de votre prestation, l'avantage auquel vous ou votre conjoint actuel a droit sera ajusté en conséquence, sous réserve des exigences de la législation sur les régimes de retraite.

f) Avenir du régime

Les employeurs cotisants et l'Union internationale des constructeurs d'ascenseurs ont l'intention de garder le régime en vigueur indéfiniment. Toutefois, les fiduciaires peuvent changer ou modifier le régime de temps à autre.

Si le régime est résilié, toutes les sommes qui se trouvent dans le fonds en fiducie devront être utilisées au bénéfice des employés et de leurs bénéficiaires après le paiement des dépenses du régime. Elles seront distribuées selon les dispositions du régime conformément à la *Loi sur les régimes de retraite*.

Le conseil des fiduciaires peut, à sa seule discrétion, suspendre, éliminer ou résilier tout avantage offert en vertu du régime d'avantages sociaux et du régime de retraite, sous réserve des règlements gouvernementaux applicables. Tout avantage particulier payable à tout moment ne garantit aucunement qu'il sera offert pour une période de temps donnée. Toute prestation offerte après la retraite ou offerte aux employés invalides peut être suspendue, éliminée ou résiliée en tout temps par le conseil des fiduciaires, à sa seule discrétion.

g) Genre et nombre

À moins que le contexte n'indique le contraire, les mots écrits au singulier incluent les mots écrits au pluriel et vice-versa. De même, la forme masculine inclut la forme féminine.

Régime de retraite – Dispositions générales (suite)

h) Documents pouvant constituer une preuve d'âge

La « meilleure » preuve d'âge est un certificat de naissance ou un certificat de baptême. Si ces documents ne sont pas disponibles, l'une des pièces d'identité suivantes peuvent être utilisées :

- documents d'immigration
- licence de mariage
- documents de citoyenneté
- Passeport
- permis de conduire

16. RÉGIME DE RETRAITE EXCLU DES DROITS D'ACQUISITION RÉPUTÉE

La *Loi sur les régimes de retraite* de l'Ontario a été modifiée en 2012 afin d'exiger que des droits d'acquisition réputée soient offerts lors de la cessation de l'adhésion au régime de pension découlant de la cessation d'emploi survenant à compter du 1^{er} juillet 2012.

Cette modification permet au participant admissible d'un régime de retraite d'obtenir des droits d'acquisition réputée de certains avantages après la cessation d'emploi, à moins que cette cessation d'emploi ne soit attribuable à une incohérence volontaire, à la désobéissance, ou à la négligence volontaire en service de la part d'un participant qui n'est pas frivole et qui n'a pas été admise par l'employeur. Pour être admissible, l'âge du participant, plus les années de service continu ou d'adhésion au régime à la date de la cessation d'emploi doivent évaluer au moins 55 ans.

De plus, pour être admissible aux droits d'acquisition réputée touchant le raccordement des prestations, le participant doit avoir au moins 10 années de service continu ou d'adhésion au régime. S'il est admissible, le participant aurait le droit de recevoir une rente de retraite améliorée ou non réduite à la date à laquelle il aurait été admissible à une rente de retraite améliorée ou non réduite en vertu du régime de retraite, si son emploi ou son adhésion au régime s'était poursuivi jusqu'à cette date.

Cette modification de la loi prévoyait que les régimes de retraite interentreprises pouvaient choisir d'exclure de cette exigence le régime de retraite et ses participants. Étant donné que ce régime de retraite est un régime de retraite interentreprises, à compter du 1^{er} juillet 2012, le conseil des fiduciaires a choisi, dans les circonstances, d'exclure le régime de retraite et ses participants des droits d'acquisition réputée.

17. FIN DE LA COUVERTURE DE RETRAITE

Si une personne produit volontairement une fausse déclaration pour obtenir des prestations du régime ou ne déclare pas une rentrée de revenus qui signifierait la réduction des prestations ou nécessiterait le remboursement des prestations, les fiduciaires ont le droit d'ajuster tout paiement futur pour recouvrer toutes les prestations versées au bénéficiaire qui n'y avait pas droit, ou de prendre toute autre mesure qu'ils considèrent utiles, y compris la cessation de la couverture de la personne qui a produit une déclaration trompeuse ou qui n'a pas déclaré une rentrée de revenus.

Régime de retraite (suite)

18. GOUVERNANCE DU RÉGIME DE RETRAITE ET DE LA CAISSE DE RETRAITE

En vertu des modalités du document de fiducie établissant cette caisse de retraite en fiducie, le conseil des fiduciaires est responsable de l'administration du régime de retraite et de la gestion de la caisse de retraite en fiducie. Alors qu'ils siègent au conseil, les fiduciaires doivent agir de manière indépendante et de bonne foi, et traiter les participants et les bénéficiaires de manière impartiale et éviter que leurs intérêts personnels n'entrent en conflit avec ceux du régime de retraite. Toutes les décisions des fiduciaires sont prises par voie d'un vote majoritaire. Chacun des fiduciaires a droit à un vote et personne d'autre qu'un fiduciaire nommé ne peut voter.

Les fiduciaires doivent faire preuve de soin, de diligence et de compétence dans l'administration et l'investissement de la caisse de retraite qu'une personne ordinairement prudente exercerait dans la gestion de la propriété d'autrui. Ce devoir de fiduciaire oblige les fiduciaires à investir les actifs de façon prudente, en tenant compte de tous les facteurs qui peuvent affecter le financement et la solvabilité du régime, ainsi que la capacité du régime à satisfaire à ses obligations financières. Seuls les fiduciaires peuvent prendre des décisions relativement aux règles et règlements du régime de retraite et aux avantages qu'il doit offrir. De plus, le régime de retraite a en place des normes de comportement commercial pour régir les activités des fiduciaires et celles d'autres personnes dans l'exécution de leurs devoirs envers le régime. La politique du code de déontologie aborde le conflit d'intérêts, la confidentialité, ainsi que les cadeaux et autres avantages.

a) Politique de gouvernance

Les fiduciaires ont établi une politique de gouvernance décrivant les processus mis en place par la direction du régime de retraite et de la caisse de retraite en fiducie. Elle renferme des documents politiques, lignes directrices et pratiques de gestion qui sont présentement en vigueur. La politique de gouvernance vise à ce que le régime de retraite et la caisse de retraite en fiducie soient administrés et que les actifs soient investis de manière efficace et prudente, ainsi que conformément à toutes les exigences légales et réglementaires applicables. Afin de les aider dans la gestion du régime de régime de retraite et de la caisse de retraite en fiducie, les fiduciaires peuvent déléguer certaines de leurs responsabilités à des fournisseurs de services. Le conseil des fiduciaires est autorisé à nommer au besoin des avocats, auditeurs, gardiens, administrateurs, actuaires, gestionnaires des placements et autres professionnels, afin de les aider dans la gouvernance du régime de retraite et de la caisse de retraite en fiducie. La politique sur la gouvernance identifie les rôles et les responsabilités de toutes les parties en cause, y compris ceux des fournisseurs de services. Des politiques sont en place pour le choix et le contrôle des fournisseurs de services, ainsi que pour leur remplacement s'ils ne satisfont pas aux attentes du conseil.

Régime de retraite – Gouvernance du régime de retraite et de la caisse de retraite (suite)

b) Délégation des responsabilités

Conseillers et auditeurs

Le conseil a retenu les services d'un certain nombre de conseillers pour l'aider à s'acquitter de ses responsabilités. Le conseil se réunit avec des conseillers externes, y compris des avocats, au sujet de toute question pouvant exiger des clarifications ou une opinion indépendante. Chaque année, le conseil nomme un auditeur externe afin d'examiner les comptes et d'offrir une opinion sur les états financiers de la caisse de retraite et se réunit avec l'auditeur pour examiner ses conclusions. Le rapport de l'auditeur sur les états financiers de la caisse de retraite est rédigé dans les 180 jours suivant la clôture de l'exercice de la caisse de retraite et est déposé auprès des organismes de réglementation.

Actuaire

Le conseil nomme également un actuaire afin d'obtenir un rapport actuariel sur la situation financière du régime en fonction des actifs de la caisse de retraite, des cotisations négociées en vertu de la (des) convention(s) collective(s) et des avantages offerts en vertu du régime. Le rapport actuariel doit être rédigé au moins une fois tous les trois ans, conformément aux exigences établies par la loi, et il est présenté aux organismes de réglementation provinciaux et fédéraux.

Administrateur du régime

Les fiduciaires ont délégué l'administration du régime à un tiers. L'administrateur du régime met en œuvre et applique les politiques qui ont été approuvées par le conseil sur les communications, le contrôle, l'administration et la vie privée. Tout au long du processus, le conseil surveille l'administrateur afin de veiller à ce que le régime soit administré conformément à tous les documents et politiques pertinents du régime, et de s'assurer que toutes les exigences réglementaires soient satisfaites.

Gestionnaires des placements et gardien

Les fiduciaires ont élaboré une stratégie de placement pour la caisse de retraite en fiducie qui est documentée dans l'énoncé des politiques et des procédures de placement (EPPP). Les fiduciaires ont délégué la gestion de placements des actifs du régime de retraite à des gestionnaires de placements professionnels. Les gestionnaires des placements prennent les décisions quotidiennes de placement conformément aux lignes directrices de l'EPPP. Ainsi, tel que décrit dans l'EPPP, les actifs du régime de retraite sont investis dans un portefeuille équilibré et diversifié conçu en vue d'améliorer les rendements de placement, tout en réduisant le risque à long terme.

Régime de retraite – Gouvernance du régime de retraite et de la caisse de retraite (suite)

Les gestionnaires de placements font rapport trimestriellement aux fiduciaires sur les placements détenus, les taux de rendement au cours de diverses périodes, et confirment que les placements sont conformes aux directives des fiduciaires, ou expliquent les raisons pour lesquelles ils y ont dérogé, ainsi que le moment ou la manière dont ils s'attendent à se qu'ils soient conformes. Les fiduciaires examinent le rendement de la caisse de retraite plusieurs fois chaque année afin de déterminer si des modifications de la stratégie ou des changements de gestionnaires de placement sont nécessaires. Un gardien est également nommé afin de détenir tous les titres et d'exercer les privilèges liés aux titres de la caisse de retraite, d'effectuer les placements selon les instructions des gestionnaires de placements ou des fiduciaires, et de verser les prestations et de payer les dépenses du régime et de la caisse de retraite, tel que le demandent les fiduciaires ou l'administrateur du régime.

c) Rôle de surveillance du conseil des fiduciaires

Dans son rôle de surveillance, le conseil doit avoir les qualités nécessaires pour surveiller une entreprise financière complexe. Par conséquent, le conseil des fiduciaires a mis en œuvre une orientation officielle et des programmes d'éducation pour les fiduciaires nouveaux et actuels afin de les aider à s'acquitter de leurs devoirs de fiduciaire et de gouvernance. Ces programmes comprennent des séances sur les responsabilités juridiques, les concepts et les pratiques de gouvernance, la gestion des placements, ainsi que les concepts et les approches financiers et actuariels. Le conseil des fiduciaires dispose également d'un programme de formation continue.

Les fiduciaires ont une entente écrite avec chaque fournisseur de services décrivant les services devant être offerts, les honoraires facturés pour leurs services et l'obligation de rendre compte. Chaque année, les fournisseurs de services doivent confirmer par écrit aux fiduciaires qu'ils ont exécuté les modalités de leurs ententes ou expliquer les raisons pour lesquelles ils ne l'ont pas fait. Chaque année, les fiduciaires examinent les déclarations des fournisseurs de services, ainsi que leur pertinence continue.

Les fiduciaires tiennent des réunions régulières, habituellement six à huit fois l'an. À chaque réunion, ils examinent l'activité du régime de retraite et de la caisse de retraite en fiducie depuis la dernière réunion. Chaque fournisseur de services doit rendre compte régulièrement aux fiduciaires, et assister à la réunion des fiduciaires, lorsque ces derniers le leur demandent. Toutes les questions, suggestions ou plaintes acheminées aux fiduciaires à l'égard des avantages, des fournisseurs de services ou autre sont abordées aux réunions du conseil.

Régime de retraite – Gouvernance du régime de retraite et de la caisse de retraite (suite)

d) Communications

Le conseil des fiduciaires est tenu de rendre compte et de divulguer les activités du régime aux membres actifs et retraités, ou à leurs survivants. Les pratiques de divulgation et de reddition de compte du conseil comprennent la distribution du présent livret, ainsi que d'autres communications, notamment le relevé annuel des avantages sociaux personnalisé (qui est une exigence juridique), et divers bulletins de communication qui sont distribués lorsque des modifications sont apportées aux régimes ou aux procédures. On peut communiquer avec le conseil des fiduciaires par l'entremise de l'administrateur du régime.

INFORMATION IMPORTANTE

SERVICES ÉLECTRONIQUES – MWAOnline

Grâce à MWA Online vous pouvez :

- consulter la situation des demandes de règlement, accéder à l'historique de vos règlements et accéder à vos antécédents de travail ;
- accéder aux formulaires de demande de règlement et votre avantages sociaux ;
- changer votre mot de passe ;
- Fournir ou mettre à jour adresse de courriel ;
- mettre à jour vos renseignements bancaires et votre adresse postale ;
- accéder à votre dossier personnel et consulter les renseignements sur les personnes à votre charge, votre ou vos bénéficiaires et vos coordonnées ;
- accéder à vos relevés de bénéfices personnalisés annuels – à partir de 2013 ;
- accéder à des copies des reçus fiscaux officiels établis par Manions, qui vous sont postés chaque année – à partir de 2014.

Appelez le centre de contacts de l'administrateur du régime au 1-866-532-8999 si vous n'avez pas ou vous avez oublié votre nom d'utilisateur ou votre mot de passe.

ANNEXE A

RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX – FORMULAIRES

- Carte de renseignements sur le participant
- Formulaire de modification des renseignements du participant
- Formulaire de demande de règlement pour les prestations du régime complémentaire d'assurance maladie, le remboursement de médicaments sur ordonnance et des soins de la vue
- Formulaire de demande de règlement dentaire standard
- Formulaire de demande de règlement d'indemnités hebdomadaires
- Formulaires d'invalidité de longue durée
- Formulaire de demande de règlement en cas de décès
- Cotisations par paiements directs/avis d'invalidité

Remarque : disponible sur le site Web (www.ceiwpp.ca), au bureau de l'administrateur du régime, ou à MWAOnline à l'adresse <http://mwaonline.manionwilkins.com>, ou votre section locale.

ANNEXE B

RÉGIME DE RETRAITE – FORMULAIRES

- Carte de renseignements sur le participant
- Demande de renseignements
- Demande de prestations de retraite
- Instructions pour remplir les formulaires
- Formulaire de retraite de l'industrie canadienne des constructeurs d'ascenseurs pour les employés âgés de moins de 65 ans (formulaire de déclaration et de reconnaissance)
- Membre retraité de 65 ans ou plus reprenant un emploi couvert (formulaire de consentement et de reconnaissance)
- Demande de service sans interruption

Remarque : disponible sur le site Web (www.ceiwpp.ca), au bureau de l'administrateur du régime, ou à MWAOnline à l'adresse <http://mwaonline.manionwilkins.com>, ou au bureau de votre section locale.