

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

Régimes d'avantages sociaux et de retraite



Guide du participant



À PROPOS DU PRÉSENT LIVRET D'AVANTAGES SOCIAUX

Le présent livret explique les grandes lignes de vos régimes d'avantages sociaux et de retraite. Il a été publié et distribué aux membres admissibles dont une adresse valide figure dans le dossier détenu par l'administrateur de régime, à savoir Manion, Wilkins & Associates Ltd. « Manion ». Le présent livret est également accessible en ligne. Entre les publications du livret, les changements apportés aux régimes sont annoncés au moyen d'un bulletin ou d'un communiqué. Tous les efforts sont déployés pour fournir des informations exactes et à jour en permanence. Toutefois, à l'occasion, il peut arriver que des modifications apportées aux régimes d'assurance ne soient pas inclus dans le tout dernier livret, bulletin ou communiqué.

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 documents liés à la fiducie, des documents des régime d'avantages sociaux et retraite, et des polices d'assurance émises.

Une description complète des régimes est fournie dans les documents juridiques qui régissent les régimes, notamment les documents liés à la fiducie, les contrats-cadres d'assurance collective et les documents liés au régime de retraite et au régime d'assurance de protection juridique. Ces documents ont accessibles aux fins d'examen dans l'un des bureaux de Manion. En cas de divergence entre les renseignements figurant dans les présentes, dans un bulletin ou dans un communiqué et les renseignements figurant dans les documents juridiques relatifs aux régimes, les modalités des documents juridiques prévaudront.

Le conseil des fiduciaires du 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 dénommé "l'administrateur du régime" ne donnent aucune garantie, ni ne font de promesse, expresse ou implicite, quant au contenu de tout livret, bulletin ou communiqué.

Il convient de noter qu'une nouvelle version d'un livret, d'un bulletin ou d'un communiqué tenant compte des changements apportés à l'un des régimes peut être imprimée et distribuée ou téléversée aux fins d'accès en ligne sur le site Web de Manion ou sur le site Web (www.ceiwpp.ca) en tout temps et sans préavis aux membres et aux bénéficiaires.

Les fiduciaires recommandent que les membres ou les bénéficiaires communiquent avec Manion pour confirmer les niveaux de garantie et la couverture avant de se fier aux renseignements contenus dans tout livret, bulletin ou communiqué.

**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 Kevin McGettigan Ben McIntyre	David McColl Andrew Reistetter Michael Tominac	Ward Dicks Kevin McGettigan Ben McIntyre	David McColl Andrew Reistetter Michael Tominac

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} janvier, 2021, 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 Manion.

Voici les adresses et les numéros de téléphone pertinents :

Pour les prestations d'avantages sociaux :

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

Centre de contacts

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

Pour les prestations de retraite :

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° : 905-264-6344

Courriel (demandes de renseignements) : askus@mymanion.com
Courriel (demandes de règlement) : claim@manionwilkins.com
Services en ligne : www.mymanion.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 - L'assurance maladie complémentaire, 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 l'Autorité ontarienne de réglementation des services financiers « ARSF », agrément n° 0229179.

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
Lettre des fiduciaires aux membres	i
Numéros d'agrément du régime et de la police	ii
Avis sur la protection des renseignements personnels.....	1
Dépôt direct pour le paiement des réclamations.....	1
RÉGIMES D'AVANTAGES SOCIAUX ET DE RETRAITE	2
1. Définitions	2
2. Admissibilité	4
3. Adhésion	6
4. Cotisations	6
RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX	7
1. Sommaire des prestations	7
2. Personnes à charge admissibles	10
3. Description des avantages.....	11
a) Assurance-vie.....	11
b) Prestation en cas de décès ou de mutilation par accident	11
c) Indemnité hebdomadaire.....	12
d) Invalidité de longue durée.....	14
e) Prestations d'assurance maladie complémentaire	20
f) Prestations dentaires.....	27
g) Couverture d'urgence hors de la province/du pays	28
h) Programme d'aide au membre et à sa famille (PAMF).....	28
4. Exclusions générales	31
5. Coordination des prestations	31
6. Renseignements généraux	32
7. Paiement direct de la couverture	32
8. Prolongation des prestations d'assurance maladie complémentaire et dentaire en cas de décès de l'employé	34
9. Prolongation des prestations d'assurance maladie complémentaire et dentaire en cas de maladie ou d'invalidité	35
10. Accord de service sans interruption	35
11. Désignation of bénéficiaire.....	36
12. Prestations concernant les retraités.....	36
13. Anciens employés qui ont cessé de travailler	38
14. Comment soumettre les demandes de règlement	38
15. Fin de la couverture d'avantages sociaux.....	42
16. Avenir du régime	42

	<u>Page</u>
RÉGIME DE RETRAITE	43
1. Dates de retraite.....	43
2. Années décomptées	43
3. Montant de la rente de retraite	44
4. Prestations de décès d'un participant retraité.....	45
5. Prestation complémentaire additionnelle	45
6. Demande et paiement des rentes de retraite.....	46
7. Interruption de service.....	46
8. Accord de service sans interruption.....	47
9. Prestations de décès avant la retraite.....	47
10. Prestations de cessation d'emploi.....	48
11. Embauche d'un retraité.....	49
12. Désignation de bénéficiaire.....	49
13. Bénéficiaire secondaire avant la retraite.....	50
14. Changer le bénéficiaire après la retraite	50
15. Dispositions générales.....	50
16. Régime de retraite exclu des droits d'acquisition réputée.....	52
17. Fin de la couverture de retraite	53
18. Gouvernance du régime de retraite et de la caisse de retraite	53
INFORMATION IMPORTANTE	56
Services en ligne – myManion	56

Avis sur la protection des renseignements personnels

Lorsque vous présentez une demande de couverture, Manion « l'administrateur du régime » et les assureurs établissent un dossier, ou une série de dossiers, contenant 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 Manion 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 Manion, de l'actuaire, des assureurs et du dépositaire. Vos renseignements personnels sont utilisés au sein de ces compagnies et partagés avec ces compagnies, uniquement, dans la mesure requise, avec votre promoteur du régime, 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 autorisions 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 Manion.

Dépôt direct pour le paiement des réclamations



Tous les paiements des prestations d'assurance maladie complémentaire, 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 d'assurance maladie complémentaire, dentaire et d'indemnité hebdomadaire par voie électronique avec du dépôt direct. Pour vous y inscrire, accédez à votre compte en ligne sur le portail myManion sur www.mymanion.com, ou via l'application mobile, puis remplissez la section aux renseignements bancaires, sous « Mes demandes ».

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, chiropraticien, chirurgien-dentiste, denturologiste, dentiste, ergothérapeute, massothérapeute, naturopathe, optométriste, orthodontiste, ostéopathe, pharmacien, physiothérapeute, podiatre, podologue, psychologue et thérapeute du sport 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.

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 législation provinciale.
- 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.

Remarque :

- 1) Une déclaration certifiée par un notaire confirmant le statut de votre relation de fait doit être fournie à Manion.
- 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-vous reporter au verso de la carte d'information du Membre de Pension out communiquer avec Manion.

Dûment autorisé/qualifié signifie autorisé, reconnu ou accrédité pour pratiquer la profession par l'organisme de réglementation approprié du territoire où les soins ou les services sont fournis; *en l'absence* d'un tel organisme, la personne doit posséder un certificat de compétence délivré par l'organisme professionnel qui établit les normes de compétence et régit la profession concernée.

Employé ou Membre 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 26 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 Manion.

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.

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.

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.

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.

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.

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 d'assurance maladie complémentaire et dentaire prévues dans le cadre du régime d'avantages sociaux. Lorsqu'un employé travaillant à l'accumulation de 900 heures ne travaille pas dans un mois, ses prestations seront suspendues jusqu'à ce que les heures soient de encore cotisées. Une couverture complète sera fournie lorsque l'employé aura satisfait à toutes les conditions décrites dans la 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 aux fonds fiduciaires d'avantages sociaux *et éducation* 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
- 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 Manion n'ait reçu votre carte d'information sur les participants au régime d'avantages sociaux.

Informez Manion 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 :

- l'état matrimonial ou le nom est modifié ;
- une ou des personnes à charge s'ajoutent ou sont retirées ;
- la désignation de bénéficiaire de l'assurance vie est modifiée ;
- des renseignements liés au conjoint sont modifiées ;
- l'adresse change* ;
- l'assurance de votre conjoint change ;
- si vous recevez un document de Manion 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 sur le portail myManion sur www.mymanion.com ou à l'aide de l'application mobile, 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.

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 par Manion.

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 600 \$. 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 d'assurance maladie complémentaire pour les employés et les personnes à charge

Maximum global 30 000 \$ à vie par personne couverte. Lorsque ce maximum est atteint, chaque personne couverte obtiendra un remboursement jusqu'à un maximum de 6 000 \$ 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 – Prestations d'assurance maladie complémentaire (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</i> : Les frais d'exécution d'ordonnance se limitent à une prestation maximale de 10,00 \$ par ordonnance.
- Produits de désaccoutumance du tabac sont payables à 75 %	* Les médicaments ou les remèdes doivent porter un n° d'identification de médicament (DIN) valide délivré par Santé Canada - 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	75 \$ par visite. Il n'y a pas de limite du nombre de visites, mais il y a un maximum de 3 000 \$ par année civile
Services d'un acuponcteur, d'un chiropraticien, d'un ergothérapeute, d'un massothérapeute, d'un naturopathe, d'un ostéopathe, d'un orthophoniste, d'un psychologue, d'un physiothérapeute, d'un podiatre, ou d'un podologue ou d'un thérapeute du sport	75 \$ par visite. Il n'y a pas de limite du nombre de visites, mais il y a un maximum combiné de 3 000 \$ pour tous les praticiens paramédicaux par année civile <i>Remarque</i> : La recommandation d'un médecin n'est pas requise pour les services d'un chiropraticien, d'un massothérapeute et d'un physiothérapeute.
Équipement médical, auxiliaires médicaux et prothèses durables	Location (ou achat la discrétion du régime) – veuillez-vous reporter à la description des avantages sociaux pour la liste des articles admissibles.

Sommaire des prestations – Prestations d’assurance maladie complémentaire (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. <i>Par exemple : 2019 APD s’applique à l’année civile 2021.</i> Les frais de spécialiste sont couverts.
Traitement de base	100%
Maximum combiné pour les couronnes, les implants dentaires, les ponts fixes, les dentiers et les services d’orthodontie	80% limite d’un maximum combiné de 2 500 \$ par personne couverte par année civile

Sommaire des prestations – Prestations d'assurance maladie complémentaire (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 300 \$ 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 26 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 Manion.

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, quelle qu'en 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.

Veillez communiquer avec Manion 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 yeux Le principal
 - d'une main et d'un pied Le principal
 - d'une main et de la vue entière d'un œil Le principal
 - d'un pied et de la vue entière d'un œil Le 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 pied..... Un 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

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

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.

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 ennemi ;
- 3) service actif à temps plein dans les forces armées ;
- 4) vol en avion, sauf en tant que passager.

c) Indemnité hebdomadaire (employés seulement)

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.

Indemnité hebdomadaire – Début des prestations (suite)

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 600 \$. Les prestations d'indemnité hebdomadaires ne sont pas imposables.

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 Manion. 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 Manion 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.

Indemnité hebdomadaire – Exceptions et limitations (suite)

- 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.
- 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 (employés seulement)

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 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.

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 après la période d'attente, dans les 6 mois suivant votre retour au travail. Vous devez être couvert lorsque l'invalidité survient à nouveau.

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 receviez 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.

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.

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.

Affection préexistante

Aucune prestation n'est versée pour l'invalidité totale débutant au cours des 12 premiers mois de couverture et attribuable à une blessure accidentelle ou une maladie préexistante, et toute période d'invalidité totale ultérieure.

Par « blessure accidentelle ou maladie préexistantes », on entend une blessure ou une maladie pour laquelle des frais médicaux ont été engagés durant le 90 jours précédant immédiatement la date à laquelle vous êtes devenu couvert au titre de cette couverture.

Une « période d'invalidité totale ultérieure » n'est considérée comme étant liée à une période d'invalidité précédente que si les 2 périodes sont attribuables à la même blessure accidentelle ou la même maladie et ne sont pas séparées par :

- a) Votre retour au travail à temps plein; et
- b) Une période continue d'au moins 90 jours pendant laquelle :
 - i) Vous êtes effectivement au travail; et
 - ii) Vous n'engagez aucuns frais médicaux liés à la blessure accidentelle ou à la maladie en question.

Ce qui n'est pas couvert

Conformément à la police d'assurance, les exceptions comprennent, mais sans s'y limiter, les éléments suivants. 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.

Subrogation et droit de recouvrement

Lorsque la loi l'autorise, la Canada Vie dispose d'un plein droit de subrogation à l'égard des dommages pour perte de revenu lorsqu'un tiers peut être tenu responsable de l'invalidité d'un participant. La Canada Vie a également le droit de recouvrer auprès du participant toute prestation pour perte de revenu versée au titre du présent contrat pour laquelle il a été indemnisé par l'autre partie. Toutefois, Canada Vie n'est pas tenue, aux termes du présent régime, d'exercer ses droits de recouvrement et de subrogation.

e) **Prestations d'assurance maladie complémentaire** (employés et personnes à charge)



Les dépenses suivantes d'assurance maladie complémentaire 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 provincial d'assurance-maladie, jusqu'à un maximum global de 30 000 \$ à vie par personne couverte. Lorsque ce maximum est atteint, chaque personne couverte obtiendra un remboursement jusqu'à un maximum de 6 000 \$ pour chaque année par la suite. *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



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 jusqu'à concurrence du coût des équivalents génériques les moins chers, 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 10 \$ 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

- les médicaments qui ne portent pas de numéro d'identification de médicament (DIN) valide par Santé 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.
- 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) Important : Si vous (ou votre conjoint) avez 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 provincial d'assurance maladie pour la couverture des médicaments d'ordonnance.

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, 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 provincial d'assurance maladie d'une personne couverte ne sera pas remboursé en vertu de ce régime.

En *Ontario*, pour les personnes assurées de plus de 65 ans, certains médicaments offerts dans le cadre du Programme d'accès exceptionnel (PAE) au titre du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) nécessiteront qu'une demande au titre du PAE soit remplie par leur médecin. De plus amples renseignements sur les critères du PAE PMO sont accessibles sur le site Web général : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/drugs/eap_mn.aspx. Étant donné que les médicaments visés sont déjà offerts et payés par le gouvernement, les personnes assurées de plus de 65 ans ne constateront pas de perte de couverture – elles n'ont qu'à obtenir certains médicaments par le truchement du programme gouvernemental, et auront toujours accès au régime pour tout ce qui n'est pas couvert au titre du programme gouvernemental.

- 2) Les frais d'hospitalisation dans une chambre d'hôpital standard (chambre et pension seulement) pour une période illimitée s'ils ne sont pas couverts pas un régime provincial de soins de santé.
- 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;
 - c) les services d'infirmiers privés à domicile et non de garde. L'infirmiers de service privé doit être une infirmière diplômée agréées, d'infirmiers licenciées ou d'infirmiers auxiliaires enregistrées dûment autorisés (autres que des membres de votre famille ou du personnel de l'hôpital ou de l'hôpital de convalescence). Dans les provinces où les titres de

compétences en soins infirmiers susmentionnés ne sont pas reconnus, les services de soins infirmiers privés à domicile fournis par des personnes détenant un titre de compétence équivalent peuvent être approuvés. Remarque : les services infirmiers offerts à l'hôpital ne sont pas couverts.

Prédétermination des avantages : Un plan de traitement doit être soumis avec des estimations de coûts à Manion avant que les services de soins infirmiers privés commencent. Manion vous informera ensuite de toute couverture qui sera fournie.

- 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 Manion;
- 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. 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 Manion 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 les 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. Remarque : La recommandation d'un médecin n'est pas requise pour les services d'un chiropraticien, d'un massothérapeute et d'un physiothérapeute.
 - i) les services d'un psychologue clinicien dûment autorisé, jusqu'à un maximum de 75 \$ par visite. Il n'y a pas de limite du nombre de visites, mais il y a un maximum de 3 000 \$ par année civile ;
 - ii) les services des praticiens paramédicaux suivants jusqu'à un maximum de 75 \$ par traitement. Il n'y a pas de limite quant au nombre de visites, sous réserve d'un maximum combiné de 3 000 \$ par année civile pour tous les praticiens paramédicaux :
 - les services d'un physiothérapeute dûment 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 dûment 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.
Remarque : En aucun cas les frais d'acuponcture 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 Manion, 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, Manion 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 du 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 provincial d'assurance maladie. Remarque : Les services de ménagères ne sont pas couverts.

Prédétermination des avantages : Un plan de traitement doit être soumis avec des estimations de coûts à Manion avant que les services commencent. Manion 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.
- 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 provincial d'assurance maladie, 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 ». Les frais de spécialiste sont couverts.



- 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;
 - 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.

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 (employés et personnes à charge)

La garantie et le maximum sont décrits dans le Sommaire des prestations. Le régime paiera 300 \$ 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) (employés et personnes à charge)

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.

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

Le programme d'assistance au membre et à sa famille (PAMF) est fourni par Homewood Santé. Le PAMF est également offert aux conjoints et enfants à charge admissibles qui peuvent accéder indépendamment au programme. Chacun est garanti la confidentialité dans les limites de la loi. Vous ne serez identifié à personne – y compris votre employeur et le fonds fiduciaire. 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.

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 monhomeweb.ca.

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

Coaching IntelliVie

Obtenez des séances téléphoniques de coaching pour une grande variété de questions relatives à la santé, la qualité de vie, la conciliation travail – vie personnelle ou la gestion de votre carrière. 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.

Santé

- Nutrition
- Changements au mode de vie
- Parcours mieux-être
- Abandon du tabac

Équilibre de vie

- Soutien parental
- Soutien aux aidants naturels (aînés/enfants/conjoint)
- Solutions relationnelles
- Conseils financiers
- Conseils juridiques
- Deuil et pertes affectives

Carrière

- Planification de carrière
- Difficultés au travail
- Planification de la retraite
- Travail par quarts

Counseling

Votre Programme d'aide aux employés et à leur famille vous aide à prendre des mesures pratiques et efficaces pour améliorer votre qualité de vie et vous épanouir. Dans un environnement de soutien confidentiel et chaleureux, vous pouvez bénéficier du counseling dont vous avez besoin.

- Problèmes familiaux
- Difficultés conjugales
- Problèmes relationnels
- Dépendances
- Anxiété
- Dépression
- Périodes de transition ou de changements importants dans votre vie
- Deuil
- Stress
- Autres difficultés personnelles

Counseling est accessible en personne, par téléphone, par vidéo ou en ligne, sans frais pour l'utilisateur. Les bureaux sont locaux et les rendez-vous sont offerts rapidement, au moment qui vous convient. Homewood Santé offre un milieu favorable, confidentiel et attentionné, et vous fournissons des conseils pour toutes les épreuves.

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

Ressources en ligne

La bonne information au bon moment

Consultez monhomeweb.ca en tout temps pour accéder à des cours en ligne, à des outils interactifs et à un outil d'évaluation de votre santé et de votre mieux-être ainsi qu'à une bibliothèque d'articles sur la santé, la conciliation travail-vie personnelle et le milieu de travail.

La TCC en ligne J'E-volue

J'E-volue est un programme d'autotraitement en ligne de la dépression et de l'anxiété fondé sur des pratiques optimales : la thérapie cognitivo-comportementale (TTC). Les exercices de ce programme de traitement novateur vous inciteront à examiner et à remettre en question la façon dont vous interprétez et percevez les stimuli externes. Ils vous aideront à modifier et à adapter votre façon de penser, de ressentir et de réagir dans diverses situations. Le programme J'E-volue vous aidera à définir, remettre en question et maîtriser vos pensées, émotions et comportements anxieux ou dépressifs.

Thérapie autonome

À la différence de la TCC traditionnelle, vous pouvez accéder à la thérapie J'E-volue 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine, et elle est conçue de façon à vous permettre d'y travailler à votre propre rythme.

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. Personne ne sera identifié à qui que ce soit – y compris votre employeur et le fonds fiduciaire.

Avec qui dois-je prendre contact?

Pour organiser un service confidentiel, appelez l'un des centres de service à la clientèle de Homewood Santé 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine :

Téléphone numéro (sans frais) : 1 866 398 9505 (en français) ou
1 800 663 1142 (en anglais)

ATS : 1 866 433 3305 (en français) ou
1 888 384 1152 (en anglais)

Appels internationaux : 514 875 0720 (frais virés acceptés)

Web : monhomeweb.ca

Comment s'inscrire à homeweb

- i) Visitez www.monhomeweb.ca et cliquez sur « S'inscrire ».
- ii) Saisissez les renseignements dans les champs obligatoires, indiquez votre adresse courriel et créez un mot de passe, puis cliquez sur « **Étape suivante** ». Ensuite, tapez « Canadian Elevator » et cliquez sur « **Trouvez-le!** ». Choisissez « CANADIAN ELEVATOR INDUSTRY WELFARE AND PENSION PLAN » dans la liste fournie.

- iii) Sélectionnez la façon dont vous êtes couvert par Homewood en vérifiant votre relation avec le CEIWPP (par exemple : Membre, conjoint(e), personne à charge) et votre syndicat local. Soumettez les renseignements supplémentaires requises et cliquez sur « **Ouvrir une session** » au bas de la page.

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;
- 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;
- 10) Soins fournis par une personne qui est un membre de la famille immédiate du patient ou qui habite sous le même toit que lui (« membre de la famille immédiate » désigne une personne qui est le conjoint(e), le parent, le grand-parent, l'enfant, le frère, la sœur, le gendre, la belle-fille, le beau-parent, le beau-frère ou la sœur, beau-frère de la personne assurée.)

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 Manion; 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 chaque régime provincial gouvernemental d'assurance maladie. 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.

Les lois canadiennes stipulent que, si un régime provincial d'assurance maladie 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 provincial d'assurance maladie a payé ou vous a remboursé une partie des frais. Une fois que le régime provincial d'assurance maladie 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 Manion, 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 Manion ou en ligne via le portail myManion ou via l'application mobile.

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 Manion le paiement direct de vos cotisations au taux en vigueur au moment du paiement volontaire, plus les taxes applicables. Il est recommandé d'envoyer des chèques postdatés pour la période couverte par votre accord de service sans interruption.

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 Manion 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 Manion cette date. Les paiements pour les mois suivants devront être reçus par Manion 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 2021 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 2021 à avril 2022 sans frais supplémentaires.

Pour conserver vos bénéfices en vertu du régime d'avantages sociaux pour le mois de mai 2022 et par la suite, vous devez toujours rester disponible pour travailler au sein de l'industrie. Manion vous avisera à l'avance qu'un paiement individuel est nécessaire et que le paiement direct **doit parvenir** au bureau de Manion 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 Manion 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. 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 Manion. 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 d'assurance maladie complémentaire 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 **d'assurance maladie complémentaire 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 Manion 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 d'assurance maladie complémentaire 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 d'assurance maladie complémentaire 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 d'assurance maladie complémentaire et dentaire, tel qu'il est décrit dans la section 8 ci-dessus.

Si vous recevez des prestations de maladie/d'accident ou des prestations d'indemnité pour accident du travail, vous devez fournir à Manion 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 Manion 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 constructeurs 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 of 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. 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 d'assurance maladie complémentaire 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 140 \$ 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 d'assurance maladie complémentaire 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.

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 d'assurance maladie complémentaire 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 165 \$ 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.

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 d'assurance maladie complémentaire 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.

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 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, votre rente de retraite sera suspendue 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 Manion. Vous pouvez obtenir les formulaires médicales et dentaires ou en ligne via le portail myManion sur www.mymanion.com ou via l'application mobile.

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 via le portail myManion sur www.mymanion.com ou via l'application mobile, et remplissez la section bancaire sous l'élément de menu « Mes Demandes ».

- 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. Manion acheminera ensuite le paiement directement à votre dentiste.
- v) Les demandes de règlement doivent être soumises promptly, 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. Vous pouvez présenter votre carte numérique via l'application mobile « myManion ».
- vii) **Soumission électronique des autres réclamations médicales** – Soumettez vos demandes de règlement facilement au moyen du portail myManion ou de l'application mobile. Dans le menu d'accueil, cliquez sur « Mes demandes », puis sur le menu de soumission des demandes de règlement, sélectionnez le type de garantie et suivez les instructions. Veillez à fournir tous les renseignements requis et à

les saisir correctement. Vous devez également téléverser des photographies ou des copies claires des reçus lorsque cela est requis. Nous vous conseillons de conserver vos reçus et la recommandation écrite ou l'ordonnance du médecin pendant au moins un an à compter de la date du service.

- viii) **Demandes électroniques de TELUS – Le dépôt électronique de vos demandes de soins de la vue et soins paramédicaux** permet à vos professionnels de la santé de déposer des demandes de règlement admissibles électroniquement à Manion, pour vous et votre famille. Cela élimine le besoin d'envoyer des demandes de soins paramédicaux et accélère le remboursement des dépenses admissibles. Si votre professionnel de la santé est inscrit au service Réclamations électroniques de TELUS, il peut soumettre électroniquement des réclamations directement à Manion en vertu du plan n° 00060000 en votre nom. Présentez simplement votre carte de prestation (ou la carte digitale via l'application mobile) à votre professionnel de la santé pour la soumission électronique des services éligibles. Si votre régime de prestations ne couvre pas 100% des demandes approuvées, vous ou votre personne à charge admissible devrez payer les frais de ces services à vos professionnels de la santé.
- ix) **Présentation en ligne des demandes de règlement pour frais médicaux par courriel** à claim@manionwilkins.com ou par télécopieur au 416-234-2071. Si vous envoyez par courriel, veuillez-téléverser à Manion des photographies de tous les documents (formulaire de réclamation signé, reçus et recommandation écrite du médecin traitant, le cas échéant). Nous vous conseillons de conserver vos reçus et la recommandation écrite ou l'ordonnance du médecin pendant au moins un an à compter de la date du service.
- x) **Demande électronique de remboursement des frais dentaire** – 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 Manion, 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

<p>Pour les questions et renseignements relatives aux réclamations d'invalidité : Manion Disability Department</p> <ul style="list-style-type: none">• Administrateur des réclamations d'invalidité : 416-234-3633• Numéro de téléphone sans frais : 1 800-263-5621 Ext. 3633• Envoyer des questions et demandes de règlement d'invalidité par courriel : disability@manionwilkins.com• Envoyer des réclamations par télécopieur : 416-234-0127

- i) Pour les prestations d'indemnité hebdomadaires, toutes les demandes de règlement doivent être soumises à Manion 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 Manion dans un délai de les 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. Remarque : Il est essentiel que vous demandiez de prestations d'invalidité de longue durée que vous receviez ou non des prestations d'indemnité pour accident du travail.

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

Envoyer des questions par courriel : askus@mymanion.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 Manion:

Envoyer des réclamations par télécopieur : 416-234-2071

Envoyer des réclamations par courriel : claim@manionwilkins.com

Voir / Envoyer des réclamations : www.mymanion.com

f) Actions en justice, demandes de révision et trop-perçus

Toute action ou procédure intentée contre un assureur pour le recouvrement de sommes assurées au titre du contrat est proscrite, sauf si elle est intentée dans les délais prescrits par l'*Insurance Act* (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour les actions ou procédures régies par les lois du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Ontario) ou toute autre loi applicable. Dans le cas des actions ou des procédures régies par les lois du Québec, le délai de prescription est établi dans le *Code civil du Québec*.

Demandes de révision

Vous avez le droit de contester le refus de la totalité ou d'une partie de l'**assurance** ou des prestations décrites dans la police, pourvu que vous le fassiez dans l'année suivant le refus initial de l'assurance ou d'une

prestation. Une demande de révision doit être présentée par écrit et doit inclure les raisons pour lesquelles vous croyez que le refus est injustifié.

Restriction des prestations en cas de trop-perçu à l'égard des garanties fournies par Canada Vie

Si des prestations sont versées alors qu'elles n'étaient pas exigibles au titre de la police, il vous incombe de les rembourser dans les 30 jours suivant l'envoi par Canada Vie d'un avis vous informant du trop-perçu, ou dans un délai plus long si Canada Vie le confirme par écrit. Si vous omettez de vous acquitter de cette responsabilité, aucune autre prestation ne sera versée au titre de la police jusqu'à ce que le trop-perçu soit remboursé. Cela ne limite pas le droit de Canada Vie d'utiliser d'autres moyens juridiques pour recouvrer le trop-perçu.

15. Fin de la couverture d'avantages sociaux

La couverture d'avantages sociaux prend fin si la personne assurée n'est plus un résident à temps plein du Canada, n'est pas couvert par un régime provincial d'assurance maladie du Canada, ou ne plus un Membre en règle de l'Union. La couverture des prestations prend également fin lorsque la personne assurée commence son service actif dans les forces armées d'un pays, d'un état ou d'une organisation internationale.

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. Si vous avez accompli au moins de 20 années de service crédité continu immédiatement avant la retraite, votre rente de retraite anticipée sera réduite de ½ de 1 % pour chaque mois civil entre votre retraite anticipée et votre âge normal de la retraite.

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 :

- i) vous avez atteint l'âge de 58 ans et d'avoir travaillé 22 années décomptées de façon continue immédiatement avant votre retraite; ou
- ii) vous avez atteint l'âge de 59 ans et d'avoir travaillé 21 années décomptées de façon continue immédiatement avant votre retraite; ou
- iii) vous avez atteint l'âge de 60 ans 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 le 1^{er} décembre de l'année au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 71 ans.

2. Années de service décomptées

Le montant de votre rente dépend de vos années décomptées. Vous recevez un crédit pour chaque heure travaillée, 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 continuées en raison d'une interruption de service (voir la section 7), vos droits en vertu du régime peuvent être affectés.



3. Montant de la rente de retraite

a) **Retraite normale ou retraite différée**

Si vous avez pris votre retraite le 1er octobre 2018 ou après, votre rente de retraite annuelle payable sera calculée de la façon suivante :



72,50 \$ pour chaque tranche de 100 heures de service futur décomptées.

b) **Retraite anticipée**

Vous puissiez prendre votre retraite avant l'âge de 65 ans et recevoir une rente de retraite non réduite, mais 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.

- ❶ Service continu (sans interruption de service) au sein de l'industrie des constructeurs d'ascenseurs immédiatement avant votre retraite, à condition que le financement du régime doit le permettre pour cette garantie.
- ❷ Rente de retraite anticipée réduite – la rente annuelle accumulée jusqu'à la date de votre retraite, réduite de ½ de 1 % pour chaque mois civil entre votre DRA et DANR, à condition que le financement du régime doit le permettre pour cette garantie.
- ❸ Rente de retraite anticipée non réduite, à condition que le financement du régime doit le permettre pour cette garantie.
- ❹ Rente différée payable par la suite, la rente annuelle acquise jusqu'à votre date de séparation du régime réduite de ½ de 1 % pour chaque mois civil entre la date de votre retraite anticipée et la date normale de retraite.

DRA = la date de retraite anticipée

DNR = la date normale de retraite

DANR = la date de retraite anticipée non réduite

Âge de retraite d'un emploi actif	Service Continu ❶	Rente de retraite anticipée réduite ❷	Rente de retraite anticipée non réduite ❸	Rente différée payable par la suite ❹
55 – 60	au moins 20 années de service	de DRA à l'âge de 60 ans	pas admissibles	de DRA à DNR
55 – 59	au moins 21 années de service	de DRA à l'âge de 59 ans	pas admissibles	de DRA à DNR
55 – 58	au moins 22 années de service	de DRA à l'âge de 58 ans	pas admissibles	de DRA à DNR
58 – 65	au moins 22 années de service	sans réduction	de DRA à DNR	de DRA à DNR
59 – 65	au moins 21 années de service	sans réduction	de DRA à DNR	de DRA à DNR
60 – 65	au moins 20 années de service	sans réduction	de DRA à DNR	de DRA à DNR

Montant de la rente de retraite (suite)

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 de service décomptées à compter de la date de votre retour au travail afin de recevoir une rente basée sur la formule actuelle comme décrit à la page précédente.

4. Rente de décès d'un participant retraité ou après son décès

Si vous quittez le service actif au sein de l'industrie des constructeurs d'ascenseurs 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 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. Par la suite, votre conjoint au moment de votre retraite aura droit à une rente de survivant pour sa vie équivalant à 66,67 % de votre rente de retraite. La rente payable sous cette forme alternative est ajustée actuariellement pour répondre à la période de garantie plus longue.

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).

Prestation complémentaire additionnelle (suite)

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 Manion 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 Manion 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.

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.

Interruption de service (suite)

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.

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.

Prestations de décès avant la retraite (suite)

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.

10. Prestations de cessation d'emploi

Vous avez droit à des prestations de cessation d'emploi en cas d'interruption de service.

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.

Prestations de cessation d'emploi (suite)

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 conjoint admissible 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. Si vous n'avez pas de conjoint admissible, votre bénéficiaire désigné ou la succession recevra un montant forfaitaire égal à la valeur de rachat de votre rente de retraite différée acquise accumulée 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.

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.

12. Désignation de bénéficiaire

Si vous décédez avant de prendre votre retraite, la prestation de décès sera automatiquement payable à votre conjoint. Si vous n'avez pas de conjoint admissible, ou si votre conjoint a renoncé à son droit à la prestation de décès avant la retraite, 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 Manion. Pour votre propre protection, assurez-vous de passer en revue le bénéficiaire désigné indiqué dans votre relevé annuel de prestations personnalisées.

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.

14. Changer le bénéficiaire après la retraite

Si vous êtes à la retraite et que vous souhaitez modifier votre bénéficiaire, veuillez contacter Manion. Vous ne pouvez modifier votre bénéficiaire que si la forme de rente choisie à la retraite le permet. Si vous avez choisi une rente conjointe et de survie avec une période de garantie, vous pouvez changer un bénéficiaire secondaire, au cas où votre conjoint décéderait avant vous pendant la période de garantie. Le bénéficiaire de la rente de survivant ne peut être changé de votre conjoint à la retraite.

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 au dernier bénéficiaire du survivant.

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.

Dispositions générales (suite)

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.

Soumis à la législation provinciale sur les pensions, une pension "petite" est une pension ne dépassant pas 4 % du plafond des gains annuels ouvrant droit à pension « MGAP » sur lequel sont fondées vos cotisations au RPC/RRQ. En 2021, ce montant s'élève à 205,33 \$ par mois. En outre, si la valeur de rachat d'une pension est inférieure à 20 % du MGAP (12 320 \$ en 2021), 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 vos prestations 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.

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
- documents de citoyenneté
- permis de conduire
- Dossiers militaires
- Passeport

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 in conduite 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 éga ler 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.

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.

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. Manion 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.

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 ce 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.

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 Manion.

INFORMATION IMPORTANTE

Services en ligne – myManion

Le conseil d'administration en collaboration avec Manion vous offre l'accès à myManion, un service en ligne sur lequel vous pouvez consulter les informations relatives à votre couverture d'assurance personnelle 24 heures sur 24, à l'adresse www.mymanion.com.

En plus des services en ligne myManion « portail », les informations de votre couverture sont disponibles 24h / 24 et 7j / 7 via l'application mobile sur votre iPhone, iPad et appareils android similaires. L'application « myManion » est disponible GRATUITEMENT sur le magasin Apple App et le magasin Google Play.

Portail www.manion.com et application mobile myManion

Vous avez sûrement reçu un code d'accès sécurisé et un mot de passe lorsque le portail en ligne et l'application sont été mis à la disposition des participants, ou plus tard, lorsque vous avez pu commencer à participer au régime. Si vous ne connaissez pas votre nom d'utilisateur ou votre mot de passe, cliquez sur Ouverture de session et suivez les instructions. Lorsque vous ouvrez le portail ou l'application, votre carte de prestations et votre carte de voyage d'urgence, en format électronique, sont accessibles.

Une fois que vous aurez ouvert une session en entrant votre nom d'utilisateur et votre mot de passe, le menu d'accueil vous dirigera vers les menus où vous pourrez présenter vos demandes de règlements ou obtenir des renseignements sur vos avantages sociaux.

En utilisant le menu, vous pouvez alors facilement :

- soumettre des demandes de règlement en utilisant le menu de soumission des demandes de règlement et en suivant les instructions. Veillez à fournir tous les renseignements requis et à les saisir correctement. Vous devez également téléverser des photographies ou des copies claires des reçus lorsque cela est requis, et vous devez avoir fait votre inscription au service de dépôt direct. (Par ailleurs, si votre professionnel de la santé est inscrit au service eRéclamations de TELUS, il peut soumettre électroniquement vos demandes de règlement admissibles portant sur des soins paramédicaux – veuillez-vous référer à la page 40);
- consultez l'état de vos prestations, l'explication des prestations, l'historique de vos réclamations et votre historique de travail ;
- accéder ou imprimer des formulaires de réclamation, des livrets, des brochures, des bulletins et des mises à jour des communiqués ;
- accéder aux informations sur la police et la couverture des prestations « Vérifier ma couverture »;
- modifier votre mot de passe pour des raisons de sécurité et définir un indice de rappel du mot de passe ;
- mettre à jour vos coordonnées, notamment votre adresse postale, votre numéro de téléphone et votre adresse électronique ;

- configurer ou mettre à jour vos informations bancaires pour le programme de dépôt direct ;
- obtenir un rapport d'historique des réclamations et un historique de confirmation des prestations ;
- accéder à vos relevés de bénéfices personnalisés annuels ;
- accéder ou imprimer des copies des reçus fiscaux qui vous sont envoyés annuellement par Manions, y compris, le cas échéant :
 - T4A pour les primes d'assurance-vie imposables plus les avantages imposables payés (indemnité hebdomadaire) au cours de l'année d'imposition ;
 - Relevés de frais médicaux pour ceux qui ont payé directement (paiements volontaires) une couverture médicale et dentaire au cours de l'année d'imposition.