

INTRODUCTION

La présente brochure a pour but de vous donner un aperçu des caractéristiques essentielles de votre régime de prévoyance au 1^{er} janvier 2012.

La brochure n'est pas un contrat d'assurance et ne vous accorde aucun droit contractuel. Tous les droits prévus au titre du présent régime sont régis par les dispositions des contrats collectifs et les lois en vigueur.

La présente brochure est un guide de référence. Veuillez la lire attentivement et la conserver pour pouvoir la consulter ultérieurement.

TABLE DES MATIÈRES

<u>Description</u>	<u>Page</u>
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX.....	1
ADMISSIBILITÉ	
• Qui peut adhérer au régime?.....	1
• Quand débute l'assurance?	2
• Versement des cotisations par le membre.....	2
• Remise en vigueur	3
• Cessation de la couverture	3
• Personnes à charge admissibles	4
SOMMAIRE DES GARANTIES.....	6
DESCRIPTION DES GARANTIES	
• Assurance-vie des membres.....	7
• Assurance-vie des personnes à charge	8
• Assurance décès et mutilation accidentels	9
• Frais médicaux supplémentaires	14
• Frais dentaires	23
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	
• Coordination des prestations.....	28
• Modification des programmes provinciaux	28
• Définitions	28
• Comment présenter une demande de règlement	30
• Délais à respecter	31

Renseignements généraux

Le régime de prévoyance est administré par le Conseil de fiducie qui représente les ferronniers et les poseurs d'armatures métalliques (*Iron Workers and Rodmen*), section locale 842, et les employeurs participant au régime. Ces employeurs sont désignés sous le terme « employeurs cotisants » dans la présente brochure.

L'administrateur du fonds verse dans un compte pour chacun des membres le nombre d'heures travaillées pour un employeur cotisant et ayant donné lieu au versement de cotisations pour obtenir la couverture. Ce compte se nomme le « compte d'heures en banque ».

Chaque mois, 120 heures sont déduites de votre compte d'heures en banque. Le nombre d'heures de votre compte ne peut jamais excéder 720 heures (ce qui est suffisant pour fournir six mois d'assurance, même si vous n'accumulez pas d'heures pendant cette période). Les heures excédentaires sont créditées aux réserves générales du Fonds.

ADMISSIBILITÉ

Qui peut adhérer au régime?

Les membres du *Ironworkers and Rodmen*, section locale 842, au service des employeurs cotisants sont admissibles au régime.

En outre, les membres retraités et leur conjoint sont couverts au titre des garanties Frais médicaux supplémentaires et Frais dentaires, moyennant le versement de cotisations par le membre, à condition le membre :

- compte 10 années de participation comme membre de la section locale 842 (cette règle ne s'applique pas aux poseurs d'armatures métalliques qui ont adhéré au régime entre le 1^{er} mai 2009 et le 31 décembre 2010) et
- ait au moins 55 ans à son départ à la retraite et demeure membre de plein droit de la section locale 842, ou soit membre honoraire, ou ait pris sa retraite conformément aux dispositions du Régime de retraite international.

Quand débute l'assurance?

Pour toutes les garanties, sauf l'assurance décès et mutilation accidentels – Vous et les personnes à votre charge êtes assurés à compter du premier jour du deuxième mois suivant l'accumulation de 200 heures dans votre compte d'heures en banque, à condition que vous soyez effectivement au travail ou que vous soyez disponible à la date à laquelle la couverture entrerait normalement en vigueur.

Pour l'assurance décès et mutilation accidentels – Vous êtes assuré à compter du premier jour où vous accumulez des heures dans votre compte d'heures en banque afin de répondre aux conditions d'admissibilité initiales, à condition que vous soyez effectivement au travail ou que vous soyez sur la liste des membres disponibles à la date à laquelle l'assurance entrerait normalement en vigueur.

Si vous ne travaillez pas ou n'êtes pas en mesure de travailler le jour où votre couverture entrerait normalement en vigueur, l'entrée en vigueur de votre couverture et de celle des personnes à votre charge est reportée à la date à laquelle vous reprenez le travail ou êtes sur la liste des membres disponibles.

Versement des cotisations par le membre

Si, à la fin d'un mois, vous êtes couvert au titre du régime, mais que vos heures en banque ne suffisent pas à couvrir le coût des cotisations mensuelles requises conformément aux règles du fonds de fiducie, vous recevrez un avis de l'administrateur du régime avant que ne cesse votre couverture afin d'avoir la possibilité de verser la somme nécessaire au maintien de votre couverture.

Veillez communiquer avec le bureau de votre syndicat ou l'administrateur du régime, Benefit Plan Administrators (Atlantic) Limited, pour connaître les options offertes pour acquitter la cotisation.

Veillez noter que si vous n'êtes pas au service d'un employeur cotisant, vous n'êtes admissible à aucune des options de versement de la cotisation.

Remise en vigueur

Si votre couverture prend fin parce que vous n'avez pas suffisamment d'heures en banque, elle sera remise en vigueur le premier jour du mois au cours duquel vous aurez accumulé 200 heures dans votre compte.

Si vous ne travaillez pas ou n'êtes pas en mesure de travailler le jour où votre couverture serait normalement remise en vigueur, la remise en vigueur de votre couverture et de celle des personnes à votre charge est reportée à la date à laquelle vous reprenez le travail ou êtes sur la liste des membres disponibles.

Cessation de la couverture

Votre couverture et celle des personnes à votre charge admissibles prennent fin à la première des éventualités suivantes :

1. Le dernier jour du mois pendant lequel vous avez moins de 120 heures en banque dans votre compte. Cependant, vous pouvez maintenir votre couverture en vigueur en versant les cotisations requises, conformément aux conditions décrites précédemment.
2. Si vous cessez d'être membre du syndicat.
3. Si vous entrez dans les forces armées.
4. Si le contrat collectif ou le régime prend fin.
5. Si vous cessez le versement de toute cotisation requise.
6. La date à laquelle vous devenez admissible (sauf à titre de personne à charge) à un autre régime d'assurance collective offrant des garanties semblables à celles offertes au titre du présent régime.
7. Le jour de votre 70^e anniversaire de naissance, si vous êtes un membre actif.
8. Le jour de votre départ à la retraite, à moins que vous n'acquittiez vous-même les cotisations requises au maintien des garanties Frais médicaux supplémentaires et Frais dentaires.

La couverture des frais engagés à l'étranger au titre de la garantie Frais médicaux supplémentaires n'est pas offerte pendant un congé autorisé.

La couverture d'une personne à charge prend également fin lorsqu'elle ne répond plus aux critères d'admissibilité.

Personnes à charge admissibles

Les personnes à charge admissibles au titre du présent contrat sont les personnes décrites ci-après, si elles résident au Canada :

- Les enfants célibataires de moins de 21 ans, ou de moins de 25 ans s'ils fréquentent à temps plein une école, une université ou un collège reconnu. Les enfants à charge doivent dépendre de vous pour leur subsistance et ne doivent pas occuper d'emploi régulier à temps plein. En ce qui a trait à l'assurance-vie des personnes à charge, les enfants à charge doivent être âgés de plus de 14 jours.
- Les enfants présentant une déficience fonctionnelle qui dépendent entièrement de vous pour leur subsistance. Aux fins du présent régime, le terme déficience fonctionnelle s'applique à une personne célibataire qui était couverte à titre de personne à charge avant d'être atteinte d'une déficience fonctionnelle et qui dépend entièrement de vous pour sa subsistance, conformément aux dispositions de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.
- Les enfants de votre conjoint, à condition :
 - i. qu'ils soient aussi vos enfants naturels ou
 - ii. que votre conjoint vive avec vous et qu'il ait la garde de ces enfants.
- Votre conjoint en vertu d'un mariage civil ou religieux valide, ou la personne dont la relation avec vous à titre de conjoint de fait dure depuis au moins 12 mois consécutifs à la date à laquelle survient le sinistre. Le salarié et le conjoint doivent avoir habité ensemble de façon ininterrompue et doivent s'être mutuellement présentés comme leur conjoint.

Les conjoints divorcés ou séparés (avec ou sans ordonnance de la cour ou entente de séparation) ne sont pas admissibles à la couverture.

Si une personne à charge est confinée dans un établissement ou à la maison pour y recevoir des soins ou un traitement à la date à laquelle la couverture serait normalement entrée en vigueur, elle ne sera pas couverte tant que le médecin ne lui aura pas donné son congé définitif du lieu où elle est confinée.

Personne n'est admissible à titre de personne à charge pendant son service militaire.

SOMMAIRE DES GARANTIES

ASSURANCE-VIE DES MEMBRES (garantie offerte aux membres actifs seulement)

Membres actifs de moins de 70 ans 30 000 \$

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS (garantie offerte aux membres actifs seulement)

Tous les membres sont admissibles à un capital assuré égal à 10 000 \$.

ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE (garantie offerte aux membres actifs seulement)

Conjoint ➤ 5 000 \$
Chaque enfant ➤ 3 000 \$

FRAIS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES (garantie offerte aux membres actifs et aux membres à la retraite)

Franchise ➤ Aucune
Remboursement ➤ 50 % pour les frais de psychanalyse
 100 % des autres frais admissibles
Maximum viager ➤ 100 000 \$ (membres actifs)
Maximum par
année civile ➤ 15 000 \$ (membres à la retraite)

FRAIS DENTAIRES (garantie offerte aux membres actifs et aux membres à la retraite)

Franchise ➤ Aucune
Remboursement ➤ 100 % pour les soins ordinaires et importants

Tarif : Les frais engagés sont remboursés conformément au guide des tarifs en vigueur dans la province où les soins sont prodigués, à la date à laquelle ils sont engagés. Veuillez consulter la liste des frais remboursables à la section Frais dentaires.

Prestation maximale par personne et par année civile : 2 000 \$ pour l'ensemble des soins ordinaires et des soins importants.

ASSURANCE-VIE DES MEMBRES

Advenant votre décès pendant que vous êtes assuré, le capital de votre assurance vie est versé à votre bénéficiaire. Vous pouvez changer de bénéficiaire en tout temps en faisant parvenir à l'Administrateur un avis écrit à cet effet, sous réserve de toute restriction contractuelle ou légale.

EXONÉRATION DE LA PRIME EN CAS D'INVALIDITÉ

Si vous devenez totalement invalide pendant neuf mois consécutifs avant l'âge de 65 ans, votre assurance vie est maintenue en vigueur sans frais jusqu'à ce que votre invalidité totale prenne fin ou que vous atteigniez l'âge de 65 ans, selon la première éventualité. Vous avez droit à l'exonération de la prime si vous êtes incapable d'effectuer un travail rémunéré ou lucratif, quel qu'il soit. En outre, si l'Assureur l'exige, vous devez lui remettre une attestation d'invalidité continue.

Remarque : Pour être admissible à l'exonération de la prime, vous devez aviser l'Administrateur de votre invalidité dans l'année suivant le dernier jour où vous avez été effectivement au travail, et vous devez lui remettre une preuve satisfaisante de votre invalidité dans les 18 mois suivant ce dernier jour de travail.

DROIT DE TRANSFORMATION

En cas de cessation ou de réduction de votre couverture, il se pourrait que vous ayez le droit de transformer votre assurance-vie des membres en une assurance individuelle, sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité. Vous devez faire parvenir à la Financière Manuvie votre demande de transformation, accompagnée de la première prime mensuelle, dans les 31 jours suivant la cessation ou la réduction de votre assurance-vie des membres. Si vous décédez au cours du délai de transformation de 31 jours, le capital d'assurance-vie des membres transformable est versé à votre bénéficiaire ou à vos ayants droit, et ce, même si vous n'avez pas présenté de demande de transformation.

Pour plus de renseignements sur le droit de transformation, veuillez consulter l'administrateur de votre régime. Selon la province de résidence, des règles différentes peuvent s'appliquer.

ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE

Advenant le décès de votre conjoint ou de l'un des enfants à votre charge pendant qu'il est assuré, le capital de l'assurance-vie des personnes à charge vous est versé.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si l'assurance-vie de votre conjoint prend fin, il est possible que vous ayez le droit de transformer cette assurance en une assurance individuelle sans avoir à présenter d'attestation médicale. La proposition d'assurance individuelle et la première prime mensuelle doivent parvenir à la Financière Manuvie dans les 31 jours qui suivent la cessation de cette assurance vie. Si votre conjoint décède au cours du délai de transformation de 31 jours, le capital assuré transformable vous est versé, même si vous n'avez pas présenté de demande de transformation. Si vous êtes domicilié au Québec et si l'assurance d'un enfant à votre charge prend fin, il est possible que vous ayez le droit de transformer cette assurance en une assurance individuelle, comme il est indiqué ci-dessus au titre du droit de transformation s'appliquant à l'assurance-vie du conjoint.

Pour plus de renseignements sur le droit de transformation, veuillez consulter l'administrateur de votre régime. Selon la province de résidence, des règles différentes peuvent s'appliquer.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Lorsqu'une blessure cause une des pertes indiquées ci-après dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident, la Financière Manuvie verse l'indemnité suivante :

Tableau d'indemnisation

<u>Perte :</u>	<u>Pourcentage du capital assuré</u>
de la vie	100 %
de la vue complète d'un œil	66 2/3 %
de la parole	66 2/3 %
de l'ouïe d'une oreille	33 1/3 %
de tous les orteils d'un pied	25 %
 <u>Perte ou perte de l'usage :</u>	
d'un bras	75 %
d'une jambe	75 %
d'une main	66 2/3 %
d'un pied	66 2/3 %
du pouce et de l'index ou d'au moins quatre doigts d'une main	33 1/3 %
 <u>Paralysie complète :</u>	
des membres supérieurs et inférieurs (quadriplégie)	200 %
des membres inférieurs (paraplégie)	200 %
des membres supérieur et inférieur du même côté du corps (hémiplégie)	200 %

« Capital assuré » s'entend du montant d'assurance indiqué au Sommaire des garanties.

La perte d'une main ou d'un pied s'entend de l'amputation au niveau ou au-dessus du poignet ou de la cheville, mais au-dessous de l'articulation du coude ou du genou. La perte d'un bras ou d'une jambe s'entend de l'amputation au niveau ou au-dessus de l'articulation du coude ou du genou. La perte du pouce ou des doigts s'entend de l'amputation au niveau ou au-dessus de l'articulation métacarpophalangienne. La perte d'un orteil s'entend de l'amputation au niveau de l'articulation métatarsophalangienne. La perte de la vue d'un œil s'entend de la perte totale et irréversible de la vue de cet œil.

La perte de la parole s'entend de la perte totale et irréversible de la capacité de produire des sons intelligibles. La perte de l'ouïe s'entend de la perte totale et irréversible de la capacité d'entendre.

En ce qui a trait à la quadriplégie, la paraplégie et l'hémiplégie, la perte s'entend de la paralysie totale et irréversible des membres touchés.

La perte de l'usage s'entend de la perte totale et irréversible de l'usage pendant une période ininterrompue de 12 mois, et jugée permanente à la fin de cette période.

L'indemnité prévue en vertu de cette section à l'égard de toutes les pertes subies par un assuré au cours du même accident ne peut pas dépasser ce qui suit :

- a) Le capital assuré pour toutes les pertes autres que la quadriplégie, la paraplégie, et l'hémiplégie.
- b) Dans les cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie, deux fois le capital assuré, ou une fois le capital assuré si le décès survient dans les 90 jours qui suivent la date de l'accident.

Exclusions

Au titre du régime, aucune indemnité n'est versée à l'égard d'une hospitalisation de moins de cinq jours en ce qui concerne la garantie Indemnité d'hospitalisation ni à l'égard d'une perte, qu'elle soit mortelle ou non, causée en totalité ou en partie par :

- 1) un suicide ou une blessure que l'assuré s'est lui-même infligée, qu'il ait été sain d'esprit ou non;
- 2) une guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre qui en découle;
- 3) un voyage ou un vol, à titre de passager ou autre, dans un aéronef ou tout appareil de navigation aérienne, sauf les cas indiqués dans la section intitulée « Aéronefs »;
- 4) des voies de fait ou un acte criminel commis, tentés ou provoqués par le salarié;
- 5) un accident qui survient pendant que l'assuré conduisait un véhicule automobile ou tout autre véhicule de transport motorisé et que son taux d'alcoolémie était de 0,08 (80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang).

VOICI UN BREF APERÇU DES GARANTIES ÉGALEMENT OFFERTES AU TITRE DE VOTRE ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS. Veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime pour obtenir toutes les précisions utiles sur les garanties et les restrictions connexes.

Prestation globale maximale

5 000 000 \$ par accident pour l'ensemble des assurés.

Exonération de la prime

Si, pendant que vous êtes assuré, vous devenez invalide et êtes admissible à l'exonération de la prime au titre de votre assurance-vie, la Financière Manuvie vous exonère également du paiement de la prime d'assurance décès et mutilation accidentels.

Votre admissibilité à l'exonération de la prime cesse à la plus rapprochée des dates suivantes : a) la date de cessation de l'exonération de la prime d'assurance-vie ou b) la date de cessation du contrat ou de la présente garantie.

Aéronefs

Vous êtes couvert comme passager, mais non comme pilote ou membre d'équipage de l'appareil.

Exposition aux éléments et disparition

Perte causée par l'exposition inéluctable aux éléments. Perte de la vie à la suite de blessures corporelles causées par un accident au moment de la disparition, du naufrage ou de la destruction du moyen de transport utilisé.

Rapatriement

La Financière Manuvie rembourse les frais raisonnables et habituels pour le transport du corps de l'assuré jusqu'à son premier lieu de repos (salon funéraire, lieu de l'inhumation ou autre) situé à proximité du lieu de résidence habituel du défunt, jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

Formation professionnelle (s'applique à la couverture du membre seulement)

Si vous perdez la vie accidentellement, la Financière Manuvie rembourse, dans les trois ans qui suivent la date de l'accident, les frais raisonnables et habituels effectivement engagés par votre conjoint afin de participer à un programme de formation professionnelle qui lui permettra d'acquérir les compétences nécessaires pour obtenir un emploi pour lequel il ne possédait pas toutes les compétences requises au départ, jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

Réadaptation (s'applique à la couverture du membre seulement)

Si vous subissez une blessure accidentelle qui entraîne une perte pour laquelle une indemnité est versée et qu'en raison de cette blessure vous deviez suivre une formation spéciale pour apprendre un métier que vous n'auriez pas exercé n'eut été des blessures que vous avez subies, la Financière Manuvie rembourse les frais raisonnables et habituels engagés relativement à cette formation, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par accident.

Transport des membres de la famille

Si vous subissez une blessure accidentelle et êtes hospitalisé à plus de 150 kilomètres de votre lieu de résidence habituel, la Financière Manuvie paie les frais raisonnables de logement des membres de votre famille proche dans un hôtel situé à proximité de l'hôpital, et leurs frais de transport pour se rendre à votre chevet par la voie la plus courte, jusqu'à concurrence de 1 000 \$.

« Membre de la famille immédiate » s'entend d'une personne d'au moins 18 ans qui est le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le gendre, la bru, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère ou la belle-sœur du membre.

Ceinture de sécurité

Si vous êtes victime d'un accident qui cause une des pertes ouvrant droit à une indemnité, le capital assuré versé est augmenté de 10 % si, au moment de l'accident :

- 1) vous portiez une ceinture de sécurité bouclée correctement; et
- 2) le véhicule dans lequel vous vous trouviez (à titre de conducteur ou de passager) était conduit par une personne qui n'était pas en état d'ébriété ni sous l'effet de drogues, exception faite de médicaments consommés conformément à l'ordonnance du médecin. Les expressions « en état d'ébriété » et « sous l'effet de drogues » s'entendent selon leur définition dans le territoire où est survenu l'accident.

Indemnité d'hospitalisation

Une prestation quotidienne (égale à 1/30 de 1 % de votre capital assuré, jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par mois) est versée si vous êtes hospitalisé pendant au moins cinq jours et êtes traité par un médecin en raison d'une blessure accidentelle ouvrant droit à une indemnité au titre de la présente garantie, jusqu'à concurrence de 365 jours par accident.

Indemnité d'études (s'applique à la couverture du membre seulement)

Si vous perdez la vie accidentellement, la Financière Manuvie verse l'indemnité d'études mentionnée ci-dessous à chacun des enfants à votre charge qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur dans les 365 jours qui suivent la date de votre décès.

L'indemnité d'études correspond aux frais raisonnables et habituels engagés, jusqu'à concurrence de 5 % de votre capital assuré ou de 5 000 \$, selon le montant le moins élevé. L'indemnité est versée pour chaque enfant à charge décrit ci-dessus et pour chaque année scolaire où l'enfant continue d'étudier à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu, jusqu'à concurrence de quatre années scolaires consécutives par enfant à charge.

« Établissement d'enseignement supérieur » s'entend d'une université, d'un cégep, d'un collège ou d'une école de métiers.

FRAIS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES

COUVERTURE – MEMBRES ET PERSONNES À CHARGE

Si, au cours d'une année civile, vous engagez certains des frais admissibles énumérés ci-dessous, vous êtes remboursé à hauteur d'un certain pourcentage des frais engagés, à condition de résider au Canada. Le pourcentage de remboursement est précisé au Sommaire des garanties.

PRESTATION MAXIMALE

La prestation maximale à l'égard des soins et des services dont vous et les personnes à votre charge pouvez bénéficier est indiquée dans la section Frais remboursables.

PROLONGATION DES GARANTIES

Aucune prestation n'est versée pour les frais engagés après la cessation du régime ou de votre couverture au titre de la présente garantie.

FRAIS ADMISSIBLES

Les frais énumérés ci-après sont remboursables.

Frais de séjour dans un hôpital canadien

Les frais engagés pour une hospitalisation prescrite par le médecin, par suite d'une maladie ou d'un accident non professionnel, jusqu'à concurrence du tarif quotidien habituel de l'hôpital pour une chambre à deux lits. La garantie couvre la totalité du séjour à l'hôpital.

Frais de médicaments

Les frais raisonnables et habituels engagés pour des médicaments nécessaires du point de vue médical :

- 1) qui sont fournis par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé, sous réserve de la remarque figurant ci-après, et

- 2) sont prescrits par un médecin ou tout autre professionnel agréé autorisé par les lois de sa province à les prescrire pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure et qui tombent dans l'une des catégories suivantes :
 - a) médicaments nécessitant une ordonnance, conformément à la *Loi sur les aliments et drogues* du Canada,
 - b) médicaments désignés par l'administrateur comme frais admissibles et qui ne peuvent habituellement être obtenus que sur ordonnance d'un médecin ou
 - c) médicaments injectables désignés par l'administrateur, insuline et fournitures nécessaires à son injection, et sérums antiallergiques.

Les produits antitabagiques qui nécessitent une ordonnance d'un médecin sont remboursables comme suit :

- 1) Pour le premier traitement, le remboursement maximal est de 400 \$.
- 2) Pour le deuxième traitement, la moitié des frais engagés sont remboursables, jusqu'à concurrence de 200 \$.

Les frais qui excèdent les maximums précités, ainsi que les frais engagés pour les traitements suivants, ne sont pas remboursables.

Les frais de médicaments achetés en trop grande quantité pour pouvoir raisonnablement être utilisés dans les 90 jours qui suivent la date de leur achat ne sont pas remboursés.

Frais engagés à l'étranger

Remarque : Seules les personnes de moins de 65 ans sont admissibles à cette couverture. La période maximale de couverture est de 60 jours à compter de la date à laquelle l'assuré quitte sa province de résidence. La couverture n'est pas offerte pendant un congé autorisé.

Si, au cours d'un voyage à l'étranger, vous devez être hospitalisé ou recevoir des soins non facultatifs en raison d'une urgence, les frais suivants sont remboursables :

- 1) les frais raisonnables et habituels d'hospitalisation en sus des frais pris en charge par le régime provincial, le cas échéant, sous réserve d'une prestation maximale de 35 \$ par jour d'hospitalisation;

- 2) les frais raisonnables et habituels en vigueur dans la région où les soins sont prodigués, en sus des frais pris en charge par le régime provincial, le cas échéant, pour les honoraires d'un médecin;
- 3) les frais raisonnables et habituels, en sus des frais pris en charge par le régime provincial, le cas échéant, à l'égard des radiographies et des tests de laboratoire liés à un traitement médical sans hospitalisation.

Autres frais médicaux

- Frais de convalescence en maison autorisée après trois jours consécutifs d'hospitalisation, jusqu'à concurrence de 10 \$ par jour et de 100 jours par période d'invalidité. Le séjour doit être nécessaire à la poursuite du traitement de l'affection pour laquelle l'assuré a été hospitalisé et doit commencer avant son 65^e anniversaire;
- Frais d'achat d'un larynx artificiel ou honoraires d'un orthophoniste autorisé, sous réserve d'une prestation maximale de 500 \$ par année civile, en sus des frais pris en charge par le régime provincial;
- Honoraires d'un ostéopathe ou d'un chiropraticien autorisé, sous réserve d'une prestation maximale de 500 \$ par année civile et par professionnel de la santé. Les frais des radiographies demandées par ces professionnels de la santé sont remboursables sous réserve d'une prestation maximale de 25 \$ par invalidité. Aucune prestation n'est versée pour les frais engagés lorsque le membre a droit à des prestations semblables au titre de son régime d'assurance-maladie provincial, que le régime provincial rembourse la totalité ou une partie seulement de ces frais;
- Honoraires d'un psychologue autorisé, sous réserve d'une prestation maximale de 500 \$ par année civile;
- Honoraires d'un podiatre autorisé, engagés pour l'intervention chirurgicale ou les soins prescrits par un médecin pour le traitement d'une maladie métabolique ou d'une maladie vasculaire périphérique;
- Les honoraires d'un physiothérapeute lorsqu'ils ne sont pas couverts par le régime provincial;

- Frais de massothérapie, sous réserve d'une prestation maximale de 500 \$ par année civile, si le traitement est prescrit par un médecin. Celui-ci doit indiquer le type de traitement et sa durée;
- Honoraires d'une infirmière autorisée (I.A.), d'une infirmière auxiliaire autorisée (I.A.A.) ou d'un membre de l'Ordre des infirmières de Victoria (O.I.V.) lorsque le malade n'est pas hospitalisé; cependant, cette infirmière ne doit pas habiter normalement chez vous ni ne doit avoir un lien de parenté avec vous. Ces honoraires sont remboursables uniquement s'ils sont recommandés par un médecin et s'ils sont nécessaires d'un point de vue médical;
- Frais de location (ou, au choix de la Financière Manuvie, d'achat) d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital, d'un poumon d'acier, d'une tente à oxygène ou d'équipement médical semblable qui est nécessaire à des fins thérapeutiques et qui est approuvé par la Financière Manuvie;
- Frais de location (ou, au choix de la Financière Manuvie, d'achat) d'attelles, de plâtres, de bandages herniaires, d'appareils orthopédiques, de béquilles, d'un stimulateur cardiaque électronique et de prothèses, y compris leur remplacement requis par suite d'un changement de l'état physique, incluant les prothèses mammaires une fois par période de deux années civiles;
- Frais d'ambulance professionnelle, sauf le transport aérien ou ferroviaire, à destination de l'hôpital le plus rapproché qui est en mesure de fournir le traitement nécessaire, ou les frais de transport entre l'hôpital et une maison de convalescence;
- Frais dentaires nécessaires engagés par suite d'une blessure accidentelle d'origine externe aux dents naturelles, si l'accident s'est produit pendant que la personne était couverte au titre de la présente garantie. Seuls sont remboursables les frais qui, de l'avis de la Financière Manuvie, sont directement attribuables à une blessure accidentelle.
- Frais de chaussures orthopédiques et d'orthèses qui ont été spécialement conçues et fabriquées pour la personne assurée et qui

sont nécessaires pour corriger un trouble physique diagnostiqué, pourvu que les renseignements suivants soient fournis :

- 1) le diagnostic, y compris la liste des symptômes et le motif principal de la consultation;
- 2) une description des signes physiques révélés par l'examen clinique,
- 3) une brève description de l'anomalie de la démarche associée au diagnostic et
- 4) la confirmation que le produit a été fait sur mesure.

Les chaussures orthopédiques et les orthèses doivent être prescrites annuellement. Pour obtenir des renseignements sur les fournisseurs autorisés à les prescrire et à les dispenser, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime.

Les frais de chaussures orthopédiques sont remboursables jusqu'à concurrence d'une paire tous les 12 mois consécutifs, et les frais d'orthèses (y compris les soutiens de voûte plantaire, les sous-bouts, les cales et les attelles de type Dennis Browne) sont remboursables jusqu'à concurrence de 300 \$ par période de 24 mois consécutifs.

- Frais d'achat de prothèses auditives fournies par un audiologiste clinicien dûment autorisé, sous réserve d'une prestation maximale de 3 000 \$ par période de 60 mois consécutifs. Cette limite ne s'applique pas dans le cas d'une blessure accidentelle à l'oreille. Les réparations d'appareils auditifs ne sont pas couvertes;
- Honoraires liés à un traitement psychanalytique, à condition que le membre couvert de la famille réside au Québec et que le traitement soit suivi dans un hôpital ou dans une institution analogue. Les traitements dispensés dans les autres provinces sont pris en charge par le régime d'assurance-maladie public;
- Frais de laboratoire et de radiographies qui ne sont couverts par aucun régime provincial, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile;
- Frais d'anesthésie, l'oxygène, le sang et les produits sanguins prescrits par le médecin;
- Frais des traitements aux rayons X ou au moyen de substances radioactives.

Frais relatifs aux soins de la vue

Frais engagés pour les soins de la vue suivants :

- Les examens de la vue effectués par un optométriste ou un ophtalmologue autorisé sont limités à un examen de la vue par période de 24 mois consécutifs (12 mois consécutifs pour les personnes à charge de moins de 18 ans). Toutefois, aucune prestation n'est versée pour les frais engagés si vous avez droit à des prestations semblables au titre de votre régime d'assurance-maladie provincial, que le régime provincial rembourse la totalité ou une partie seulement de ces frais;
- Les verres de lunettes (ou de lunettes de sécurité, à la place de lunettes normales) nécessaires par suite du changement de l'ordonnance, tous les 24 mois consécutifs (12 mois consécutifs pour les personnes à charge de moins de 18 ans);
- Les montures de lunettes ou de lunettes de sécurité, jusqu'à concurrence d'une paire, sous réserve d'une prestation maximale de 125 \$ par personne tous les 24 mois consécutifs (12 mois consécutifs pour les personnes à charge de moins de 18 ans);
- Les lentilles cornéennes (sauf celles décrites ci-après), à la place de lunettes, sous réserve d'une prestation maximale de 200 \$ par personne par période de 24 mois consécutifs (12 mois consécutifs pour les personnes à charge de moins de 18 ans);
- Les lentilles cornéennes prescrites dans le cas d'astigmatisme grave de la cornée, de taie, de kératocône (cornée conique) ou d'aphakie, à condition que l'acuité visuelle puisse être ramenée à au moins 20/70 au moyen de lentilles cornéennes et qu'elle ne puisse l'être à un tel niveau au moyen de lunettes, ou prescrites par suite d'un traitement chirurgical de la cataracte.
- La correction de la vue au laser, sous réserve d'une prestation viagère maximale de 1 000 \$.

EXCLUSIONS

La liste des frais remboursables ci-dessus ne comprend pas ce qui suit :

- les frais assurés au titre d'un régime public provincial;
- les frais assurés par un régime public provincial au moment de l'établissement du contrat et de la garantie et dont la prise en charge a été modifiée, interrompue ou éliminée;
- les frais d'examens médicaux généraux et d'examens requis par un tiers;
- les frais relatifs aux interventions chirurgicales ou à un traitement exécuté principalement à des fins esthétiques et les frais d'hospitalisation qui s'y rapportent;
- les frais relatifs à un traitement médical ou à un acte chirurgical exécuté par un médecin, exception faite des frais prévus par les dispositions sur les frais engagés à l'étranger;
- les frais de transport ou de déplacement, sauf les frais spécifiquement remboursables;
- les frais qui ne figurent pas dans la liste précédente des frais remboursables;
- les frais relatifs à des soins, des services et des fournitures fournis sans la recommandation et l'approbation d'un médecin agissant dans le cadre de son permis d'exercice;
- les frais relatifs à des soins ou des services qui ne sont pas médicalement nécessaires au traitement d'une blessure, d'une maladie ou d'une grossesse existante ou soupçonnée;
- les frais occasionnés par un accident du travail ou une maladie professionnelle couverts en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou d'une loi équivalente;
- les frais qui normalement n'auraient pas été engagés en l'absence de la présente couverture ou que vous n'êtes pas légalement obligé de payer;

- les frais qu'il n'est pas permis de rembourser, que ce soit en vertu d'une loi ou d'un règlement;
- les frais dentaires qui sont à la charge d'un tiers;
- les frais relatifs à une blessure résultant directement ou indirectement d'une guerre ou d'un acte de guerre (déclarée ou non), d'une insurrection, d'une émeute ou d'hostilités de toutes sortes;
- les soins, services ou fournitures requis à la suite d'une blessure que la personne assurée s'est infligée intentionnellement;
- les frais d'achat de médicaments, de sérums, de médicaments injectables et des fournitures à cet effet, qui ne sont pas approuvés par Santé Canada, qui sont expérimentaux ou dont l'usage est limité, qu'ils soient approuvés ou non;
- les frais de traitements médicaux expérimentaux qui ne sont pas approuvés par l'Association médicale du Canada ou par la société de la spécialité médicale appropriée;
- les frais et les honoraires du médecin pour les déplacements, les rendez-vous non respectés, les frais de communication, les formulaires à remplir et les fournitures du médecin;
- les frais d'achat de médicaments, de sérums, de médicaments injectables et des fournitures à cet effet administrés à l'hôpital, que ce soit pendant une hospitalisation ou dans le cadre d'une consultation externe, sauf s'ils sont couverts par la garantie Frais médicaux supplémentaires, au titre des dispositions sur les frais engagés à l'étranger, y compris ceux qui le sont à la suite de la recommandation d'un médecin.

PROLONGATION DE LA GARANTIE FRAIS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES À LA SUITE DU DÉCÈS DU MEMBRE

Les personnes à votre charge couvertes au titre de la garantie Frais médicaux supplémentaires au moment de votre décès continueront de bénéficier de cette couverture, sans paiement de prime, jusqu'à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle la personne à charge cesse de répondre à la définition de personne à charge;
- la fin de la période de 12 mois* qui suit la date de votre décès ou
- la date à laquelle votre assurance prend fin pour quelque raison que ce soit.

* Après cette période de 12 mois consécutifs, moyennant le versement des cotisations nécessaires, la couverture peut être prolongée jusqu'au décès de votre conjoint ou jusqu'à ce qu'il soit admissible à une couverture offerte au titre d'un autre régime.

FRAIS DENTAIRES

COUVERTURE – MEMBRES ET PERSONNES À CHARGE

Comme les termes de cette garantie sont techniques, nous vous suggérons d'apporter la présente brochure avec vous lorsque vous vous rendez chez votre dentiste.

Si, au cours d'une année civile, vous engagez certains des frais remboursables énumérés ci-dessous, ils vous sont remboursés à hauteur du pourcentage stipulé dans le Sommaire des garanties.

PRESTATION MAXIMALE

La prestation maximale est indiquée dans le Sommaire des garanties.

PROLONGATION DES GARANTIES

Aucune prestation n'est versée pour les frais engagés après la cessation du régime ou de votre couverture au titre de la présente garantie.

DEMANDES DE RÈGLEMENT DE FRAIS DENTAIRES

Si une demande de règlement de frais dentaires n'est pas présentée à l'administrateur du régime, Benefit Plan Administrators (Atlantic) Limited, au moyen du formulaire prévu à cet effet, elle ne pourra pas être traitée.

AUTRES MÉTHODES DE TRAITEMENT ET PLAN DE TRAITEMENT

Lorsqu'il existe plusieurs méthodes de traitement couramment utilisées et acceptables du point de vue professionnel pour une lésion ou une affection des dents, l'administrateur du régime se réserve le droit de calculer les frais remboursables sur la base d'une autre méthode que la méthode proposée.

À titre de service, nous vous aviserons de la partie des frais relatifs à tout traitement proposé qui sera prise en charge si ce traitement comprend des restaurations dentaires importantes. Pour bénéficier de ce service, demandez à votre dentiste de présenter un plan de traitement, au moyen d'un formulaire que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur du régime, Benefit Plan Administrators (Atlantic) Limited, et d'y joindre les radiographies préalables si le traitement proposé comporte des couronnes ou un pont.

FRAIS REMBOURSABLES

Les frais relatifs aux fournitures, aux soins et aux services suivants sont considérés comme des frais remboursables, s'ils n'excèdent pas les honoraires proposés dans le Guide des tarifs des praticiens généraux de l'Association dentaire, selon les dispositions du Sommaire des garanties.

SOINS ORDINAIRES

Diagnostics : Examens requis pour aider le dentiste à évaluer l'état actuel et déterminer les soins dentaires qui pourraient être requis ultérieurement, sous réserve des restrictions suivantes :

- examens buccaux : une fois tous les 9 mois consécutifs;
- examens buccaux complets et diagnostics;
- radiographies;
- modèles d'étude.

Prévention : Soins destinés à éliminer ou à réduire la nécessité de traitements dentaires ultérieurs, sous réserve des restrictions suivantes :

- détartrage et polissage (prophylaxie);
- application topique de fluorure;
- dispositifs de maintien d'espace passifs (qui ne déplacent pas les dents).

Restaurations de base : Traitements de base qui permettent aux dents naturelles de recouvrer leurs fonctions normales au moyen d'obturations en amalgame, en silicate ou en matériaux synthétiques. De plus, les pansements sédatifs sont couverts.

Extractions : Ablation de dents sans complication.

Traitements palliatifs d'urgence : Soulagement de la douleur sans guérir ou résoudre le problème.

Endodontie : Traitement des affections des tissus pulpaire et périapicaux.

Parodontie : Traitements des affections touchant les tissus mous et osseux entourant et supportant les dents.

Chirurgie buccale : Traitements chirurgicaux buccaux courants – extraction de dents incluses ou de résidus de racines et soins postopératoires connexes.

Anesthésie : Anesthésie raisonnable et habituelle requise en rapport avec d'autres traitements couverts.

SOINS IMPORTANTS

Prothèses dentaires amovibles : Mise en bouche initiale de prothèses partielles ou complètes, ou ajout de dents à une prothèse partielle existante, lorsque l'intervention est nécessaire pour remplacer au moins une dent naturelle saine perdue, extraite ou fracturée, et le rebasage et la réparation des prothèses dentaires, partielles ou complètes, abîmées. Le remplacement des prothèses, partielles ou complètes, est limité à un tous les cinq ans.

Prothèses dentaires fixes : Mise en bouche de prothèses fixes (ponts) visant à remplacer au moins une dent naturelle saine perdue, extraite ou fracturée. La recimentation et le remplacement d'une facette d'un pont sont compris.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Les frais suivants ne sont pas remboursables :

- les soins, services ou fournitures de nature principalement esthétique;
- les frais assurés par un régime provincial au moment de l'établissement du contrat et de la garantie et dont la prise en charge a été modifiée, interrompue ou éliminée;
- les soins, services ou fournitures qui ne sont pas fournis par un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un denturologiste dûment autorisé agissant dans le cadre de son permis;
- les frais relatifs à une blessure résultant d'une guerre, d'une émeute, d'une insurrection ou de la participation à une infraction criminelle;
- les frais divers comme les frais de déplacement et de communication, les frais relatifs aux rendez-vous annulés et les frais engagés pour demander conseil, recevoir des instructions ou pour faire remplir des formulaires;
- les frais attribuables à toute blessure que la personne couverte s'inflige intentionnellement;
- les services couverts en tout ou en partie par un régime d'État, les services gratuits ou les services qu'il est interdit de couvrir d'après la loi;
- les frais qui n'auraient normalement pas été facturés en l'absence du présent régime ou les frais que vous n'êtes pas tenu de payer;
- les frais de séjour à l'hôpital et les frais demandés pour les services et les fournitures connexes;
- les examens dentaires requis par un tiers;
- les soins, services ou fournitures qui ne sont pas médicalement nécessaires au traitement d'une blessure ou d'une maladie existante ou présumée;

- les soins, services et fournitures nécessaires à l'équilibration des prothèses dentaires;
- les soins, services et fournitures liés à des traitements ne figurant pas dans la liste des frais remboursables;
- les soins, services ou fournitures liés à l'implantologie, y compris l'implantation ou la transplantation dentaire et l'insertion chirurgicale d'implants fabriqués;
- les soins, services et fournitures liés à l'orthodontie;
- les soins, services et fournitures liés aux traitements suivants :

Incrustations et obturations en or : les obturations au moyen de feuilles d'or, ainsi que toutes les incrustations avec ou sans recouvrement en or ou en porcelaine, y compris leur recimentation.

Couronnes : Toutes les couronnes en or, en acrylique, en porcelaine ou en acier inoxydable, y compris leur recimentation.

PROLONGATION DE LA GARANTIE FRAIS DENTAIRES À LA SUITE DU DÉCÈS DU MEMBRE

Les personnes à votre charge couvertes au titre de la garantie Frais dentaires au moment de votre décès continueront de bénéficier de cette couverture, sans paiement de prime, jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- la date à laquelle la personne à charge cesse de répondre à la définition de personne à charge;
- la fin de la période de 12 mois* qui suit la date de votre décès ou
- la date à laquelle votre couverture prend fin pour quelque raison que ce soit.

* Après cette période de 12 mois consécutifs, moyennant le versement des cotisations nécessaires, la couverture peut être prolongée jusqu'au décès de votre conjoint ou jusqu'à ce qu'il soit admissible à une couverture offerte au titre d'un autre régime.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

COORDINATION DES PRESTATIONS

Les prestations versées au titre des garanties Frais médicaux supplémentaires et Frais dentaires sont coordonnées de sorte que le total des prestations versées aux termes de tous les régimes ne dépasse pas 100 % des frais remboursables. À cette fin, l'administrateur du régime est autorisé à recevoir et à divulguer des renseignements sur les prestations et, au besoin, à récupérer tout montant excédentaire qu'il a pu verser.

MODIFICATION DES PROGRAMMES PROVINCIAUX

Les prestations de soins médicaux, de soins dentaires et de soins hospitaliers versées au titre du présent régime sont coordonnées avec celles qui sont versées aux termes des programmes provinciaux. En cas de modification, d'interruption ou de suppression d'un programme provincial, les services ou les produits auparavant couverts par ce programme ne sont pas pris en charge d'office par le régime.

DÉFINITIONS

Rémunération s'entend du produit égal au nombre d'heures de la semaine normale de travail, selon la convention collective, multiplié par le taux de rémunération horaire des membres de la catégorie de taux de rémunération à laquelle appartient le membre.

Membre s'entend d'une personne qui répond à la définition de membre, stipulée dans le contrat de fiducie des fiduciaires du régime d'assurance collective des *Iron Workers and Rodmen*, section locale 842, qui répond aux critères d'admissibilité précisés dans le régime et qui réside au Canada.

Congé autorisé s'entend d'une période de congé convenue entre vous et votre employeur. Dans le cas d'un congé de maternité, le congé commence et se termine aux dates convenues entre vous et votre employeur ou établies en vertu des lois provinciales ou fédérales.

Hôpital s'entend d'un établissement exploité conformément à la loi, qui fournit des soins aux personnes malades ou blessées. L'hôpital doit être doté d'un personnel permanent de médecins autorisés ainsi que d'infirmiers et d'infirmières diplômés assurant la supervision des soins. Il doit aussi être doté d'installations permettant des examens diagnostiques et des interventions chirurgicales majeures. Sont exclus les maisons de repos, de soins infirmiers ou de convalescence, les établissements pour malades chroniques, les centres de remise en forme, les établissements de garde, les foyers pour personnes âgées et les établissements destinés essentiellement au placement ou au traitement des personnes souffrant d'alcoolisme, de toxicomanie, de tuberculose ou de maladie mentale.

Maison de convalescence s'entend d'un centre ou d'un établissement agréé de soins de longue durée ou pour maladies chroniques dont le mandat est de soigner des malades ou des blessés en convalescence. Cet établissement doit fournir des services infirmiers 24 heures sur 24 et un contrôle médical régulier. L'expression « maison de convalescence » utilisée dans le présent contrat n'inclut pas les foyers pour personnes âgées, les hôtels ou établissements de cure, les établissements de soins sous surveillance ni les établissements où l'on soigne l'alcoolisme, la toxicomanie, la tuberculose ou les maladies mentales.

Médecin s'entend uniquement d'une personne qui est dûment autorisée à prescrire ou administrer des médicaments ou à pratiquer des interventions chirurgicales.

COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Pour présenter une demande de règlement, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime, qui vous fera parvenir les formulaires à remplir et les directives à suivre.

Afin que votre demande de règlement soit traitée rapidement, indiquez lisiblement sur tous les formulaires :

- **votre prénom, votre nom et votre adresse complète;**
- **le nom de votre employeur;**
- **votre numéro de certificat (d'identification);**
- **le numéro de contrat :**
 - **903409 pour les garanties Frais médicaux supplémentaires et Frais dentaires.**
 - **901409 pour l'assurance-vie, l'assurance-vie des personnes à charge et l'assurance décès et mutilation accidentels**

Toutes les demandes de règlement doivent être envoyées à l'administrateur du régime :

Benefit Plan Administrators (Atlantic) Limited

7001 Mumford Road, Tower 1, Ste. 216
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3L 4N9

Téléphone : 902 455-7277
Numéro sans frais : 1 888 426-4433

DÉLAIS À RESPECTER

Toute demande d'exonération de prime doit être présentée dans les 12 mois suivant la date du début de l'invalidité.

Toute autre demande de règlement doit être présentée dans les 15 mois qui suivent la date du sinistre. Toutefois, en cas de cessation de la couverture fournie au titre du régime :

- toute demande de règlement liée à l'assurance-vie des membres, à l'assurance-vie des personnes à charge et à l'assurance décès et mutilation accidentels doit être présentée dans les 90 jours suivant la date de cessation de votre couverture ou la date de cessation du régime et
- toute demande de règlement liée à la garantie Frais médicaux supplémentaires et Frais dentaires doit être présentée au plus tard à la date de cessation de la couverture ou du contrat.

ADMINISTRATEUR DU RÉGIME

**BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED
7001 MUMFORD ROAD, TOWER 1, SUITE 216
HALIFAX (NOUVELLE-ÉCOSSE)
B3L 4N9**



**GARANTIES FRAIS MÉCIAUX SUPPLÉMENTAIRES ET
FRAIS DENTAIRES
RÉGIME SAS N° 903409**

Toutes les autres garanties sont souscrites par :

LA FINANCIÈRE MANUVIE

CONTRAT N° 901409