



unifor

2002

RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ (RCRI)

**FONDS EN FIDUCIE DU RÉGIME
D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE
LA SECTION 2002 DES UNIFOR**

**Employés permanents à
temps plein et à temps partiel
d'Air Canada (Mainline), d'Aéroplan
et de la section Locale 2002 d'Unifor**

**Janvier 2025
Police N° 71405**



591G 707



Le présent régime est administré par
CANADIAN BENEFITS CONSULTING GROUP LTD.

Les indemnités d'invalidité de courte durée sont payées par
CANADIAN BENEFITS CONSULTING GROUP LTD.

2300, rue Yonge
bureau 3000
B.P. 2426
Toronto (Ontario)
M4P 1E4

Téléphone : (416) 488-7755
Appels sans frais : 1-800-268-0285
Télécopieur : (416) 488-7774
Courriel: gidip@canben.com

et sont établies par

la FINANCIÈRE MANUVIE

Les indemnités d'invalidité de longue durée sont établies et payées
par **la Financière Manuvie**

IMPORTANT

Le présent livret est destinée à vous aider à mieux comprendre les modalités de votre régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité. Toutefois, **elle ne remplace aucun contrat ou autre droit**. S'il existe un conflit quelconque entre les termes de la police collective et ceux du livret, la police prévaudra en tout temps.

PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

À la Financière Manuvie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Lorsque vous demandez une protection aux termes d'un régime collectif, la Financière Manuvie ouvre un dossier confidentiel contenant des renseignements personnels. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Financière Manuvie ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi.

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

- la détermination de votre admissibilité à la protection aux termes du régime
- l'adhésion à la protection
- l'évaluation de votre demande de règlement et le paiement des prestations
- la gestion de vos demandes de règlement
- la vérification et le contrôle de l'admissibilité et des demandes de règlement
- la tarification, comme la détermination du coût du régime et l'analyse des options du régime
- la préparation sur une base régulière de rapports, comme les reçus d'impôt

Il se peut que nous échangeons des renseignements personnels avec vos fournisseurs de soins, le gestionnaire de votre régime, d'autres compagnies d'assurance ou de réassurance, les administrateurs de régimes offerts par l'État ou d'autres régimes de garanties, d'autres organisations ou les fournisseurs de services qui travaillent avec nous, lorsque cela est nécessaire pour gérer le régime.

Aux termes du présent régime, toutes les demandes de règlement sont présentées par votre entremise en qualité de participant du régime. Il se peut que nous partagions des renseignements personnels relatifs aux demandes de règlement avec vous et une personne agissant pour votre compte lorsque cela est nécessaire pour confirmer l'admissibilité et pour gérer mutuellement les demandes de règlement.

Les renseignements personnels contenus dans votre dossier seront conservés dans les bureaux de la Financière Manuvie ou dans les bureaux d'une organisation autorisée par cette dernière. Vous pouvez demander d'examiner ou de rectifier les renseignements personnels contenus dans votre dossier. Toute demande d'examen ou de rectification doit être présentée par écrit et envoyée à tout bureau de la Financière Manuvie ou à notre siège social à l'adresse suivante :

Vérification de la conformité, Collective
la Financière Manuvie
500 King Street North
Waterloo (Ontario) N2J 4C9

Les demandes de règlement ne doivent pas être envoyées à l'adresse précitée.

Veillez utiliser l'adresse figurant sur le formulaire de demande de règlement ou communiquer avec le gestionnaire de votre régime pour plus de précisions.

Pour de plus amples renseignements en ce qui concerne nos lignes directrices en matière de confidentialité, veuillez demander la brochure de la Financière Manuvie intitulée *Normes de confidentialité*.

RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ

Table des matières

AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION	2
DÉFINITIONS GÉNÉRALES	3
CARACTÉRISTIQUES	4
QUI EST ADMISSIBLE À L'ASSURANCE	9
CESSATION DE L'ASSURANCE	10
GÉNÉRALITÉS	12
CONDITIONS APPLICABLES AURÈGLEMENT DES SINISTRES	13
SOMMAIRE DES GARANTIES	14
RÉGIME D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE	15
PRESTATIONS DE MALADIE EN VERTU DE L'ASSURANCE-EMPLOI	20
RÉGIME D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE.....	22
PROCÉDURE DE RÉVISION DE DOSSIER	28

Ressources utiles :

- Prestations de soignant
- Programme de readaptation et / ou programme modifié de retour au travail
- Remarques sur le stress / l'anxiété / la dépression
- Abus d'alcool ou d'autres drogues

AVANT-PROPOS

Les Fiduciaires du fonds en fiducie du Régime d'assurance invalidité de la Section locale 2002 d'Unifor sont heureux de mettre ce nouveau livret à votre disposition.

Le Fonds en fiducie du Régime d'assurance invalidité de la Section locale 2002 d'Unifor est un régime en fiducie administré par cinq fiduciaires désignés par le Conseil d'administration de la Section locale 2002 d'Unifor.

Le Fonds de fiducie est administré à distance par la section syndicale, et Canadian Benefits Consulting Group Ltd. assume les fonctions administratives. Les Fiduciaires se rencontrent tous les trimestres pour examiner l'exploitation du régime, contrôler l'évolution du programme, entreprendre des négociations avec l'assureur en ce qui concerne les améliorations à apporter à la couverture, les interprétations contractuelles, les révisions de la tarification, les situations faisant l'objet de discussions en matière de sinistres et, en général, pour superviser l'efficacité du programme.

Le Fonds de fiducie assume le fonctionnement du programme revenu d'invalidité au moyen de deux catégories distinctes souscrites auprès de la Financière Manuvie, une relative à l'invalidité de courte durée et l'autre relative à l'invalidité de longue durée.

Les primes sont négociées annuellement. L'année de police s'étend du 1^{er} juin au 31 mai.

Nous avons demandé à l'Administrateur désigné de stipuler clairement les dispositions du contrat. Veuillez vous familiariser avec le présent livret.

Conseil des fiduciaires

Fonds en fiducie du régime d'assurance Invalidité de la Section locale 2002 d'Unifor
Régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité Police n° 71405

INTRODUCTION

Au moment où vous vous attendez le moins, une maladie ou une blessure peut vous empêcher de travailler et mettre ainsi fin à votre revenu. Sans une protection financière appropriée, la sécurité financière de votre famille et son mode de vie pourraient en souffrir.

ADMINISTRATEUR DU RÉGIME

Vos fiduciaires ont chargé **Canadian Benefits Consulting Group Ltd.** de l'administration des opérations journalières du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité et du traitement des demandes de règlement d'invalidité de courte durée. Bien que les demandes de règlement d'invalidité de longue durée soient payées par l'assureur **la Financière Manuvie**, Canadian Benefits assure l'efficacité de la transition d'une demande de règlement d'invalidité de courte durée à une demande de règlement d'invalidité de longue durée. Le soutien du règlement de sinistres commence dès que l'Administrateur du régime reçoit la demande de règlement en vertu du régime et tant que dure votre invalidité. Le personnel de Canadian Benefits se fera un plaisir de répondre à toute question portant sur votre invalidité de courte durée ou de longue durée et à satisfaire à vos besoins.

DÉFINITIONS GÉNÉRALES

À moins de stipulations contraires expresses dans la présente brochure, les définitions ci-dessous s'appliquent à toutes ses parties.

ADMINISTRATEUR DU RÉGIME signifie Canadian Benefits Consulting Group Ltd.

COUVERTURE signifie l'admissibilité aux indemnités d'assurance invalidité; la couverture est automatique et aucun formulaire ne doit être rempli.

CLASSE ADMISSIBLE signifie tous les membres qui font partie des classes couvertes indiquées aux conditions particulières de la police collective.

EMPLOYEUR signifie Air Canada (Affectation des équipages) et CLS Catering Services Ltd.

EXERCICE DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE signifie que vous vous présentez au travail et travaillez à votre poste habituel pour y accomplir l'ensemble de vos tâches habituelles sur une base régulière permanente à temps plein ou à temps partiel. Un membre en grève, mis en disponibilité ou en congé n'est pas considéré comme physiquement et activement au travail.

La FINANCIÈRE MANUVIE signifie La Compagnie d'Assurance Vie-Manufacturers.

MÉDECIN signifie un médecin ou un chirurgien légalement autorisés à exercer la médecine et à pratiquer la chirurgie, et un dentiste, un podiatre et un chiropraticien légalement autorisés à exercer leur profession et pratiquant dans leur discipline respective. Dans le cas d'un dentiste, d'un podiatre et d'un chiropraticien, la durée maximale des versements est de 14 jours civils; par la suite, il est nécessaire que l'invalidité totale soit certifiée par un médecin légalement autorisé à exercer la médecine (M.D.).

MEMBRE signifie une personne pour laquelle des contributions ont été versées, qui est couverte en vertu d'une convention collective intervenue entre le syndicat et l'employeur et qui est admissible en vertu de la couverture de la police d'assurance collective.

SALAIRE DU MEMBRE signifie votre salaire de base qui lui est versé par l'employeur, mais excluant toute autre prime ou tout paiement des heures supplémentaires, en rétribution de semaines normales de travail. Ceci comprend également les ajustements de salaire rétroactifs ayant fait l'objet d'une négociation entre le syndicat et l'employeur, dès la date du début de votre invalidité ou avant.

SYNDICAT signifie la Section locale 2002 d'Unifor.

CARACTÉRISTIQUES

ADMISSIBILITÉ :

Vous devez répondre à la définition d'invalidité totale et être dans l'incapacité de travailler pendant une période de 7 jours civils consécutifs. Les indemnités sont payables dès le 8^e jour consécutif d'une invalidité totale certifiée au moyen de preuves médicales que la Financière Manuvie juge satisfaisantes.

EN VERTU DU RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE :

«*Invalidité totale*» signifie que vous êtes dans l'incapacité, par suite d'une blessure corporelle d'origine accidentelle ou d'une maladie, d'exercer toutes les fonctions relatives à votre propre travail; ET que vous ne travaillez pas dans un but lucratif.

Les indemnités d'invalidité de courte durée admissibles sont payées à toutes les deux semaines à terme échu.

EN VERTU DE L'ASSURANCE-EMPLOI (AE) :

L'assurance-emploi (AE) est un programme gouvernemental. Si votre invalidité totale est susceptible de durer jusqu'à la période d'assurance-emploi relativement à la demande de règlement d'invalidité, Canadian Benefits vous fournira les formulaires de demande ou les renseignements requis afin de faire une demande de prestations d'AE.

EN VERTU DU RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE :

Au cours des *12 PREMIERS MOIS* où vous recevez des indemnités d'invalidité de longue durée, par «invalidité totale» il est entendu que vous êtes incapable, par suite d'une blessure corporelle d'origine accidentelle ou d'une maladie, d'exercer toutes les fonctions relatives à votre propre occupation; ET que vous n'exercez aucune occupation lucrative; ET n'êtes pas incarcéré dans un pénitencier ou toute autre maison de correction, par suite de condamnation pour infraction criminelle ou autre délit.

La définition d'INVALIDITÉ TOTALE change après que vous avez reçu des indemnités d'invalidité de longue durée pendant une période de **douze mois** consécutifs; par la suite, vous devez être dans **l'INCAPACITÉ TOTALE** d'exercer toute occupation lucrative pour laquelle vous êtes raisonnablement qualifié en raison de votre instruction, de votre formation ou de votre expérience; ET ne pas travailler, à quelque moment que ce soit, dans un but lucratif (sauf dans le cadre d'un emploi aux fins de réadaptation approuvé par la Financière Manuvie); ET ne pas être incarcéré dans un pénitencier ou toute autre maison de correction, par suite de condamnation pour infraction criminelle ou autre délit.

Les indemnités d'invalidité de longue durée admissibles sont versées deux fois par mois, à terme échu.

RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA / RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC

Vous devez présenter une demande de prestations d'assurance maladie en vertu du Régime de pensions du Canada (RPC) ou du régime de rentes du Québec (RRQ), si la Financière Manuvie l'exige. Vos prestations RCRI seront réduites de 90 % de tout montant des prestations d'invalidité auxquelles vous avez droit en votre propre nom en vertu du Régime de pensions du Canada / rentes du Québec ou de la Loi sur la sécurité sociale des États-Unis. La réduction de 90 % aux termes du RPC / RRQ a été négociée avec l'assureur pour tenir compte du fait que si les versements du RCRI ne sont pas imposables, les prestations du RPC / RRQ elles le sont.

Les formulaires de demande de prestations de maladie en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec (**RPC / RRQ**) sont détenus par la Financière Manuvie. Celui-ci les expédiera aux Membres, le cas échéant.

*Si ces prestations vous sont refusées, vous devez, si la Financière Manuvie en exprime le désir, appeler de cette décision. **Veillez noter que le fait de recevoir des prestations RPC / RRQ durant votre invalidité totale et permanente a un effet positif sur votre pension de retraite RPC / RRQ.***

VERSEMENT DES INDEMNITÉS

Pour remplir les conditions de la définition d'invalidité totale, vous devez recevoir régulièrement les soins d'un médecin ayant les compétences requises pour soigner votre invalidité. Vous devez également suivre le traitement qui est recommandé par le médecin qui, conformément aux techniques médicales ordinaires, convient à la cause et à la nature de l'affection occasionnant l'invalidité. Si ces conditions ne sont pas remplies et que des preuves médicales objectives ne soient pas soumises à l'appui de votre demande de règlement, aucune indemnité ne sera versée en vertu du régime.

C'est toujours au Membre qu'il incombe de satisfaire aux exigences relatives à sa demande de règlement en vertu du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité.

PREUVE MÉDICALE :

Afin de mieux satisfaire aux besoins de nos Membres, les membres de l'équipe de l'Administrateur du régime ont une formation médicale, de l'éducation et de l'expérience en matière des réclamations d'invalidité.

ALCOOLISME ET TOXICOMANIE :

Les dispositions de votre régime stipulent expressément que dans le cas d'alcoolisme, de toxicomanie ou d'autres troubles similaires, aucun versement ne sera effectué sauf dans les cas où le Membre participe dans un programme de désintoxication reconnu.

PROGRAMME DE RETOUR AU TRAVAIL MODIFIÉ :

Les régimes d'invalidité de courte durée et de longue durée offrent un programme de retour au travail modifié si vous êtes dans l'incapacité de reprendre à temps plein leur travail antérieur immédiatement après avoir reçu des indemnités en vertu du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité. Le programme de retour au travail modifié est destiné à vous permettre de reprendre à temps plein la même occupation que vous exerchiez auprès de l'entreprise avant votre invalidité. Si vous jugez que vous pourriez participer à un tel programme alors que vous recevez des indemnités en vertu du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité, veuillez en discuter avec votre Gestionnaire d'invalidité : Invalidité de courte durée - Canadian Benefits; Invalidité de longue durée - la Financière Manuvie.

Afin d'assurer un retour au travail opportun, votre médecin devrait fournir un avis de trente (30) jours, permettant à Canadian Benefits / la Financière Manuvie de coordonner votre retour au travail avec l'employeur.

Si votre médecin recommande un retour au travail avec une 'modification permanente', vous devrez communiquer avec votre Président(e) de district ainsi que Occupational Health Services (OHS). Canadian Benefits et la Financière Manuvie aviseront l'employeur du programme recommandé pour votre retour au travail; cependant, l'administrateur du régime et la Financière Manuvie ne peuvent approuver ou endosser de façon arbitraire une modification permanente.

Canadian Benefits, la Financière Manuvie, ou leur représentant pourrait entrer en contact avec vous afin de discuter des restrictions et / ou modifications relatives à votre occupation et horaire, vous donner des renseignements sur les raisons, le fonctionnement et l'emplacement du programme, et répondre à toute question que vous pourriez avoir à ce sujet. Votre médecin devrait être mis au courant par écrit ou par téléphone.

Pour recevoir un pourcentage de votre salaire lors d'un retour au travail pendant une cédule de réadaptation en vertu de votre régime, l'assureur, soit Canadian Benefits, soit la Financière Manuvie, doit approuver le programme. Une fois le programme de retour au travail modifié est approuvée par Canadian Benefits / la Financière Manuvie, ces derniers assureraient la coordination de votre retour au travail avec votre employeur.

Lorsque vous retournerez au travail, vous recevrez des indemnités correspondant à la durée approuvée, quand vous n'êtes pas en mesure de travailler. Les indemnités en vertu du RCRI seront calculées en fonction du pourcentage de votre horaire de travail. Par exemple, si vous travaillez 60 % de votre temps régulier, l'indemnité du RCRI représenterait 40 % de vos indemnités régulières.

Les contributions (primes) sont exonérées pendant que vous participez à un programme de retour au travail modifié approuvé en vertu de l'assurance.

IMPOSITION :

Comme c'est vous qui acquittez les primes de votre régime en cas d'invalidité, toutes les **prestations RCRI** que vous touchez aux termes du régime **ne sont pas imposables** et **aucun** relevé T4 **ne sera établi** à leur égard.

Vos prestations RPC / RRQ représentent toutefois un revenu imposable et vous en êtes responsable. Les prestations RPC / RRQ (excluant toutes les prestations payables pour ce qui est des enfants à charge) servent à réduire vos indemnités en vertu du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité. 90 % de vos prestations RPC / RRQ serviront à réduire vos indemnités en vertu du régime.

INVALIDITÉS RELIÉES AU TRAVAIL :

Le régime d'invalidité du RCRI offre une protection 24 heures sur 24. Si votre invalidité est liée au travail :

- Vous devez faire une demande de règlement auprès de la CSST.
- Si la CSST refuse votre demande, il vous faudra soumettre une demande d'appel. Veuillez contacter sans délai votre Représentant(e) en santé-sécurité et / ou Président du district.

À ce moment, vous pouvez soumettre une réclamation du RCRI avec une copie du refus de la CSST et votre demande d'appel.

Votre demande des indemnités de ASH-1 sera révisée pour une période maximale de 26 semaines si approuvée. Une Convention de remboursement est requis au préalable. Si votre invalidité totale persiste pendant la période de l'assurance-emploi, vous pouvez soumettre la formule de demande aux indemnités de ASH-II / ILD avec une copie de **refus des trois appels**.

DEMANDE DE RÈGLEMENT À UN TIERS (SUBROGATION)

Si, par suite d'un accident / incident ayant contribué en totalité ou en partie à votre invalidité totale et relativement auquel des indemnités ont été versées en vertu du régime, vous avez droit à un règlement aux fins de dédommagement pour perte de salaire, Canadian Benefits et / ou la Financière Manuvie se réserve le droit de récupérer le montant des indemnités qui vous ont été versées au cours de cette période. **Ces fonds seront déposés dans votre Régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité.**

Autrement dit, si vous êtes dédommagé par un tiers, vous devez rembourser à la Financière Manuvie (l'assureur) les indemnités qui vous ont été versées en vertu du régime afin que celles-ci soient déposées dans le régime. Le remboursement que vous faites en vertu du régime n'est pas subordonné à un règlement spécifique pour perte de salaire. En d'autres termes, si vous avez accepté un règlement quelconque, il sera reconnu comme étant un règlement tout compris, comportant la perte de salaire, et les fonds qui vous ont été avancés devront être remboursés en vertu du régime.

Pour toute question touchant le règlement des sinistres, il est important de communiquer directement avec l'administrateur du régime. L'adresse et les numéros de téléphone de Canadian Benefits figurent au début de cette brochure relative au régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité. Le personnel de Canadian Benefits se fera un plaisir de vous prêter son concours et de satisfaire à vos besoins. Les demandes d'appel relativement au règlement des sinistres et toutes questions que vous pourriez avoir, peuvent être dirigées à votre Fiduciaire régional.

Le Conseil des Fiduciaires

Fonds en Fiducie du régime d'Assurance Invalidité de la Section locale 2002 d'Unifor
Régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité – Police n° 71405

QUI EST ADMISSIBLE À L'ASSURANCE

Vous êtes admissible à l'assurance si vous remplissez les conditions suivantes :

- (a) vous faites partie de la classe couverte (page 14), et
- (b) vous travaillez à titre de Membre permanent à temps plein ou à temps partiel.

Si vous n'exercez pas votre activité professionnelle à la date à laquelle votre assurance doit prendre effet, celle-ci prendra effet lorsque vous recommencerez à exercer votre activité professionnelle.

Si votre assurance se termine à cause d'un congé autorisé, d'une mise à pied temporaire ou d'une invalidité, et que vous êtes réembauché dans les 12 mois suivant la date de terminaison, vous serez admissible à l'assurance dès le premier jour d'exercice de votre activité professionnelle (page 3).

CHANGEMENTS APPORTÉS À L'ASSURANCE

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

Toutefois, en ce qui concerne les demandes de règlement admissibles relatives à une invalidité récidivante, les indemnités seront déterminées d'après votre classification au début de votre invalidité.

CESSATION DE L'ASSURANCE

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

- (1) la date à laquelle votre contrat de travail prend fin;
- (2) la date à laquelle vous cessez de faire partie d'une classe admissible;
- (3) la date à laquelle les contributions (primes) cessent d'être payées;
- (4) la date à laquelle le régime prend fin;
- (5) la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans ou la date à laquelle vous prenez votre retraite.

PROLONGATION DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE DURANT L'ABSENCE DU TRAVAIL

Si vous êtes en congé de maternité, la couverture se poursuivra pendant une période maximale de 12 à 18 mois **si vous réglez d'avance les contributions (primes) dans les 30 jours de la date de début du congé**. Le congé de maternité commence à la date fixée pour celui-ci ou à la date de l'accouchement, selon ce qui arrive en premier, et prend fin le jour prévu pour votre retour au travail. Si vous devenez totalement invalide en raison de la grossesse pendant cette période, le service des prestations débutera le premier jour de votre invalidité totale. Le congé de maternité recommencera lorsque vous ne serez plus totalement invalide.

Si vous prenez un congé autorisé, autre qu'un congé de maternité, la couverture se poursuivra pendant une période maximale de 12 mois **si vous réglez d'avance les contributions (primes) dans les 30 jours de la date de début du congé**. Si vous devenez totalement invalide pendant cette période, le service des prestations débutera le 8^e jour suivant la date prévue à l'origine pour votre retour au travail.

En cas de mise à pied ou d'arrêt de travail temporaire, la couverture se poursuivra pendant une période maximale de 12 mois **si vous réglez d'avance les contributions (primes) dans les 30 jours de la date de début du congé**. Si vous devenez totalement invalide pendant cette période, le service des prestations débutera le 8^e jour suivant la date prévue pour votre retour au travail au cours de la période de 12 mois, à condition que vous soyez toujours totalement invalide.

Si vous êtes suspendu par l'employeur, la couverture d'assurance sera maintenue en vigueur pendant une période maximale de 2 mois durant la période de suspension **[si vous réglez les contributions (primes) d'avance dans les 30 jours de cette suspension]**. Si vous êtes frappé d'invalidité totale au cours de cette période, le versement des indemnités commencera le 8^e jour suivant la date prévue pour votre retour au travail, à condition que vous soyez toujours totalement invalide.

Si vous êtes suspendu en attendant d'être congédié, votre couverture d'assurance prendra fin et aucune indemnité ne sera versée pour toute invalidité totale survenant au cours de cette période de suspension précédant le congédiement.

Contributions / Primes prépayées

Les chèques visant les contributions prépayées doivent être envoyés directement à l'Administrateur de votre régime, Canadian Benefits, à l'adresse figurant au début du présent livret, et doivent être libellés à l'ordre de : **Fonds en fiducie du régime d'assurance invalidité de la section locale 2002 d'Unifor**. Vous devez préciser la date de votre mise à pied temporaire, de votre congé autorisé ou de votre suspension, et la date prévue de votre retour au travail, lorsque vous réglez les contributions d'avance. Si vous avez des questions, veuillez communiquer directement avec Canadian Benefits.

Si vous ne réglez pas vos contributions / primes d'avance quand vous êtes absent du travail pour cause de mise à pied temporaire, de congé autorisé ou de suspension, votre couverture en cas d'invalidité est annulée à la date à laquelle vous cessez de travailler et de verser les contributions. La couverture d'invalidité ne sera rétablie que lorsque **vous exercerez votre activité professionnelle selon votre horaire régulier et exécuterez vos tâches habituelles pendant une durée minimum de 30 jours consécutifs, et lorsque les contributions seront de nouveau déduites de votre rémunération.**

Si vous êtes frappé d'invalidité suivant les 30 jours de votre retour à votre activité professionnelle (ne comprend pas les échanges de quart de travail, les vacances, etc.), et que vous êtes admissible aux indemnités du RCRI, votre salaire hebdomadaire sera calculé selon votre choix régulier de quart de travail.

GÉNÉRALITÉS

DEMANDE DE RÈGLEMENT DES SINISTRES

Les preuves établissant le sinistre doivent être soumises dans les plus brefs délais. Elles doivent parvenir au bureau de l'administrateur de régime dans les 90 jours suivant qui suivent la date à laquelle l'invalidité totale est survenue. Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement en vertu du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité auprès de votre supérieur ou l'administrateur des ressources humaines. C'est à vous qu'il incombe de soumettre la demande de règlement à l'administrateur du régime, à l'adresse figurant au début de ce livret.

Le formulaire de votre demande de règlement initiale se compose de trois parties principales : une première partie réservée à la *Compagnie*, qui inscrira la date de votre embauche et vos gains hebdomadaires sur lesquels vos indemnités sont fondées; une deuxième partie réservée à votre *médecin-traitant*; et une autre partie devant être remplie et signée par *vous* à titre de Membre. Il comporte aussi un endroit où vous devez apposer votre signature afin d'autoriser la divulgation de renseignements médicaux à l'administrateur du RCRI. Il est important pour vous de **signer l'autorisation** figurant sur votre formulaire de demande de règlement.

La **Déclaration du médecin-traitant** doit être remplie par le *médecin qui s'occupe activement de votre traitement et qui dirige vos soins*. Il s'agit en général de l'omnipraticien de votre famille. Les *renseignements médicaux fournis devraient inclure les suivants* : diagnostic médical, diagnostic secondaire, symptômes, nom et posologie de tout médicament prescrit, nom des spécialistes auxquels vous avez été orienté, nature du traitement recommandé (par exemple, physiothérapie) et durée estimative, type d'analyses / de radiographies commandées et leurs résultats, la manière par laquelle l'affection vous empêche de travailler, et tous les renseignements médicaux, par exemple les notes cliniques, susceptibles de faciliter l'évaluation de votre demande de prestations RCRI.

La production de la preuve de l'invalidité est une exigence aux termes de votre couverture RCRI et elle *vous incombe*. **Veillez à ce qu'une réponse soit donnée à toutes les questions du formulaire de demande de règlement.** Toute omission ou contradiction pourrait retarder l'examen de votre demande de règlement ainsi que tout versement éventuel. Un règlement est effectué sans délai dès que Canadian Benefits reçoit le formulaire de demande de règlement et tout autre renseignement qui pourrait en l'occurrence être requis.

Remarque : *Pour toutes questions portant sur les demandes de règlement veuillez vous adresser directement à l'Administrateur du régime, Canadian Benefits. Son adresse et ses numéros de téléphone figurent au début de ce livret.*

CONDITIONS APPLICABLES AU RÈGLEMENT DES SINISTRES

PIÈCES JUSTIFICATIVES DU SINISTRE

Les délais prescrits pour soumettre les demandes de règlement en vertu du régime varient, selon qu'il s'agisse d'indemnités d'invalidité de courte durée (page 15) ou de longue durée (page 22), et sont stipulés dans les pages descriptives de cette brochure.

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

EXAMEN MÉDICAL

La Financière Manuvie se réserve le droit et l'occasion doit lui être fournie de faire examiner, à ses frais et par un médecin de son choix, tout membre dont la blessure ou la maladie fait l'objet d'une demande de règlement et ce, sur demande et autant de fois qu'elle le juge à propos tant que le dossier de la demande de règlement reste ouvert.

Pendant que le dossier d'une demande de règlement est ouvert, un examen médical par un tiers peut être demandé. Dans de telles circonstances, vous serez avisé et le versement des indemnités pourrait être interrompu jusqu'à ce que les résultats de l'examen soient reçus. Cet examen est dans le but d'obtenir une autre opinion relativement à votre affection. Une copie du rapport de l'examen médical par un tiers pourrait être envoyée à votre médecin de famille et pourrait s'avérer utile en ce qui concerne le traitement de votre invalidité.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Date d'effet de la police :	Le 1 ^{er} juin 2005
Classe couverte :	Tous les membres permanents à temps plein et à temps partiel admissibles qui sont employés par Air Canada, Aéroplan ou par la section locale 2002 d'Unifor et qui sont couverts par la Convention collective de la section locale 2002 d'Unifor.

Si vous n'exercez pas votre activité professionnelle (page 3) à la date à laquelle votre assurance doit prendre effet, celle-ci prendra effet lorsque vous recommencerez à exercer votre activité professionnelle.

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR :

Les garanties décrites dans le présent sommaire vous sont accessibles si vous faites partie de la classe couverte indiquée ci-dessus. Vous ne bénéficiez que des garanties en vertu desquelles vous êtes couvert.

Salaire signifie le salaire de base qui vous est versé par l'employeur, comprenant toute prime d'ancienneté, mais excluant toute autre prime ou tout paiement des heures supplémentaires, en rétribution de semaines normales de travail. Sont également compris les ajustements de salaire rétroactifs négociés entre le syndicat et l'employeur dès la date du début de votre invalidité ou avant.

Les garanties sont décrites en détail dans les pages qui suivent. Ne manquez pas de lire ces pages attentivement. Elles donnent une description des indemnités payables ainsi que des conditions, restrictions et exclusions qui s'y appliquent.

Imposition :

En vertu de la loi et des règlements applicables à l'impôt sur le revenu, vos indemnités d'invalidité de courte durée et de longue durée payables en vertu du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité ne sont pas imposables étant donné que vous payez la totalité du coût.

Affection antérieure à la prise d'effet :

Des indemnités d'invalidité de longue durée ne sont pas payables pour une période d'invalidité totale qui commence au cours des 12 mois suivant la date à laquelle le membre devient couvert et qui est causée par une blessure corporelle d'origine accidentelle ou une maladie antérieures à la prise d'effet; des indemnités ne sont pas davantage payables pour toute période subséquente d'invalidité totale due à une cause connexe.

«Blessure corporelle d'origine accidentelle ou maladie antérieures à la prise d'effet» signifie une blessure ou une maladie pour laquelle des frais médicaux ont été engagés au cours des 90 jours précédant immédiatement la date à laquelle le membre devient couvert en vertu de la présente garantie.

RÉGIME D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

DÉFINITIONS

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

- (1) «*Emploi aux fins de réadaptation*» signifie toute occupation lucrative, approuvée par la Financière Manuvie, que vous exercez alors que vous êtes dans l'incapacité d'exercer votre activité professionnelle normale avant l'invalidité.
- (2) «*Invalidité totale*» et «*totalelement invalide*» signifient,
 - (a) que vous êtes dans l'incapacité d'exercer toutes les fonctions relatives à votre occupation;
 - (b) que vous ne travaillez pas dans un but lucratif et
 - (c) que vous recevez régulièrement les soins d'un médecin légalement autorisé à soigner l'affection qui vous rend totalement invalide et suivez un traitement courant relativement à celle-ci et vous vous conformez aux ordres du médecin dans le cadre du traitement.

par suite d'une blessure corporelle d'origine accidentelle ou d'une maladie.

- (3) *Congé de maternité* signifie
 - (a) tout congé de maternité que le membre prend conformément à une loi fédérale ou provinciale et qui est convenu d'un commun accord entre le membre et l'employeur, ou
 - (b) tout congé de maternité que l'employeur demande au membre de prendre conformément à une loi fédérales ou provinciale.

Le congé de maternité commence à la date fixée pour celui-ci ou à la date de l'accouchement, selon ce qui arrive en premier, et prend fin le jour prévu pour le retour du membre au travail.

CONDITIONS DE VERSEMENT :

Toutes les conditions suivantes doivent être remplies :

- (1) la période d'invalidité totale a commencé alors que le membre était une personne couverte, et
- (2) que le membre reçoit régulièrement les soins d'un médecin légalement autorisé à soigner l'affection qui le rend totalement invalide et suit un traitement courant relativement à celle-ci et se conforme aux ordres du médecin dans le cadre de ce traitement.

A. TABLEAU DE L'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE

Votre régime collectif d'assurance invalidité de courte durée (ICD) comporte deux (2) phases qui sont désignées ASH-I et ASH-II.

-
- Pour ce qui est de l'**ASH-I** (les 26 premières semaines) :
 - un montant égal à 55 % de votre salaire hebdomadaire de base, comprenant toute prime d'ancienneté (arrondi au multiple supérieur de 1,00 \$ s'il n'est pas déjà un multiple de 1,00 \$), ou le montant maximal de la prestation hebdomadaire, selon le montant le moins élevé.
 - Pour ce qui est de l'**ASH-II** (après une période ininterrompue d'invalidité totale de 53 semaines) :
 - un montant égal à 50 % de votre salaire hebdomadaire de base comprenant toute prime d'ancienneté, ou l'équivalent du niveau maximal des prestations de l'AE, selon le montant le moins élevé (arrondi au multiple supérieur de 1,00 \$ s'il n'est pas déjà un multiple de 1,00 \$), sans maximum.

DÉLAI DE CARENCE :

Si vous êtes toujours frappé d'invalidité totale après 7 jours civils consécutifs d'invalidité (soit le délai de carence aux fins des indemnités d'invalidité de courte durée), l'ASH-I peut être payable le 8^e jour d'invalidité totale aux termes du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité.

DURÉE MAXIMALE DES VERSEMENTS :

1^{re} Phase ou l'**ASH-I** : La présente indemnité est payable à l'égard de toute période d'invalidité totale, jusqu'à concurrence de 26 semaines, à condition que vous respectiez les conditions de la police d'assurance (par exemple, vous êtes tenu de fournir périodiquement la preuve de votre invalidité totale, etc.).

2^e Phase ou l'**ASH-II** : Après 53 semaines d'invalidité totale (c'est-à-dire votre délai de carence, l'ASH-I et l'Assurance-emploi), si vous êtes toujours invalide, la présente indemnité est payable à l'égard de toute période ininterrompue d'invalidité totale débutant après l'ASH-I jusqu'à concurrence de 20 semaines supplémentaires, à condition que vous respectiez les conditions de la police d'assurance (par exemple, vous êtes tenu de fournir périodiquement la preuve de votre invalidité totale, etc.).

B. VERSEMENT DES INDEMNITÉS

Une indemnité d'invalidité de courte durée (page 15, **Tableau de l'indemnité hebdomadaire**) sera versée si vous êtes frappé d'invalidité totale pendant que vous êtes couvert en vertu de la présente garantie et que vous recevez régulièrement les soins d'un médecin légalement autorisé à soigner l'affection qui vous rend totalement invalide. Vous devez, en outre, suivre un traitement courant relativement à celle-ci et vous conformez aux ordres du médecin dans le cadre de ce traitement.

L'indemnité hebdomadaire (page 15, **Tableau de l'indemnité hebdomadaire**) est assujettie aux modalités de l'article C (ci-après).

Les indemnités sont versées dès que le délai de carence (page 16) est constitué et tant que durera votre invalidité totale, jusqu'à la fin de la durée maximale des versements (page 16, ci-dessus).

Les indemnités sont versées toutes les deux semaines à terme échu et sont déterminées à compter de la fin du délai de carence, à condition toutefois que vous soumettiez des preuves satisfaisantes de la continuation de l'invalidité totale, selon les exigences de Canadian Benefits. Votre régime est basé sur une semaine de sept (7) jours. Les indemnités versées pour une partie d'une semaine le sont à raison d'un septième de l'indemnité hebdomadaire multiplié par le nombre de jours d'invalidité totale au cours de cette semaine.

Les primes de l'assurance invalidité seront l'objet d'une exonération pendant la période de versement des indemnités.

CESSATION

La présente couverture prend fin lorsque vous ne remplissez plus les conditions de la définition d'invalidité totale, atteignez l'âge de 65 ans, prenez votre retraite, ou à votre décès, selon ce qui arrive en premier.

C. MONTANT DES INDEMNITÉS ET INTÉGRATION AUX AUTRES PRESTATIONS

Selon la nature de votre invalidité, vous pouvez avoir droit à un «autre revenu». Par exemple, vous pouvez exercer une autre occupation (n'affectant pas votre capacité à travailler ailleurs en raison de votre invalidité) pour un salaire ou une rémunération, ou vous avez subi une blessure lors d'une chute.

L'indemnité d'invalidité de courte durée est diminuée du total des montants suivants qui sont payables pour la même période d'invalidité.

- Le montant de toute prestation pour perte de salaire payable (ou qui aurait été payable sur demande en bonne et due forme de votre part) en vertu de tout régime ou programme du gouvernement ou d'une quelconque subdivision ou agence gouvernementale.
- 90% de toute rente d'invalidité qui revient au Membre en son propre nom en vertu du Régime de pensions du Canada / de rentes du Québec, pour cause d'invalidité totale.

Vous devez présenter une demande à l'égard des prestations décrites ci-dessus pour toucher des indemnités hebdomadaires en cas d'invalidité totale, en vertu de la présente couverture. Lorsque les indemnités vous sont refusées aux termes de la présentecouverture, vous devez, si la Financière Manuvie l'exige, soumettre une nouvelle demande d'indemnisation ou faire appel en ce qui a trait à ce refus.

Toute augmentation (par exemple une augmentation du coût de la vie) apportée aux montants décrits ci-dessus après le début du versement des indemnités d'invalidité de courte durée ne réduira pas ces indemnités.

Si vous recevez un versement unique pour l'un ou l'autre des montants décrits ci-dessus, votre indemnité hebdomadaire sera réduite dudit montant ramené sur une base hebdomadaire.

D. INVALIDITÉ RÉCIDIVANTE

Si vous reprenez le travail après avoir reçu des indemnités d'invalidité de courte durée en vertu du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité puis êtes de nouveau frappé d'invalidité, des périodes d'invalidité successives seront considérées comme une période ininterrompue d'invalidité, aux fins du délai de carence et de la durée maximale des versements, dans les cas suivants :

- (1) elles sont dues à des causes connexes et sont séparées par moins de 90 jours de travail permanent à temps plein ou à temps partiel, ou
- (2) elles sont dues à des causes entièrement différentes et sont séparées par moins de 30 jours de travail permanent à temps plein ou à temps partiel.

La période de 30 ou 90 après votre retour au travail ci-haut n'est pas prolongée suite à la décision du Membre d'utiliser ou non les crédits de congé de maladie acquis. La décision du Membre d'utiliser ou non les crédits de congé de maladie acquis ne représente l'évaluation d'invalidité continue dans la police.

E. RESTRICTIONS

Le versement des indemnités d'invalidité de courte durée est assujéti aux restrictions suivantes :

ALCOOLISME ET TOXICOMANIE :

Aucune indemnité ne sera payable pour une invalidité totale résultant d'alcoolisme, de toxicomanie ou d'autres troubles similaires, sauf si le Membre participe dans un programme de désintoxication reconnu.

F. EXCLUSIONS

Aucune indemnité n'est payable en vertu du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité pour toute période d'invalidité dans les cas suivants :

- (1) Toute invalidité totale causée en totalité ou en partie par des soins médicaux ou chirurgicaux à des fins esthétiques.
- (2) Toute invalidité totale résultant en totalité ou en partie de blessures infligées à vous-même, à moins que des preuves médicales démontrent que les blessures sont reliées à un problème de santé mentale.
- (3) Toute invalidité totale causée, en totalité ou en partie, par une guerre ou tout acte de guerre, des émeutes ou des actes d'insurrection («guerre» signifie une guerre déclarée ou non, y compris la résistance à une agression armée);
- (4) Toute invalidité totale pendant que vous êtes incarcéré dans un pénitencier ou toute maison de correction.
- (5) Toute période d'invalidité totale ou une partie de celle-ci, durant tout congé (notamment un congé de maternité) tel que défini dans la section sur les définitions de la présente brochure, sauf lorsque des prestations sont versées durant la période de récupération post-natale.
- (6) Une invalidité débutant le ou après la date de l'arrêt de travail ou de la mise à pied, assujéti à toute loi sur les normes du travail provinciale.

G. PROLONGATION DU VERSEMENT DES INDEMNITÉS

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

H. DEMANDE DE RÈGLEMENT À UN TIERS

Si le Membre reçoit des indemnités en vertu de la présente garantie et demande à un tiers une somme d'argent en dédommagement de l'invalidité totale que ce dernier lui a causée, la demande de règlement aux fins de dédommagement doit comprendre les indemnités pour perte de salaire. Si le Membre est dédommagé, il doit rembourser à la Financière Manuvie toutes les indemnités qu'il aura reçues en vertu de la présente garantie pour ce qui est de l'invalidité totale, jusqu'à concurrence de la somme qui est octroyée en vertu de la demande de règlement à un tiers.

I. PIÈCES JUSTIFICATIVES DU SINISTRE

Des pièces justificatives du sinistre doivent être soumises à l'administrateur du régime, Canadian Benefits, dans les 3 mois suivant le commencement de l'invalidité totale.

La présente couverture sera maintenue en vigueur et les indemnités seront payables conformément aux exigences d'enregistrement de la Commission d'assurance-emploi et des modifications apportées de temps à autre.

PRESTATIONS DE MALADIE EN VERTU DE L'ASSURANCE-EMPLOI

Votre régime prévoit un délai pendant lequel vous serez tenu de présenter une demande de prestations de maladie aux termes de l'assurance-emploi (AE). Si votre invalidité totale dure plus longtemps que le délai de carence d'une semaine et la période de 26 semaines d'invalidité de courte durée (**ASH-I**) couverts aux termes de régime d'assurance collective, une demande de prestations de maladie doit être présentée à l'AE. L'AE verse un maximum de 26 semaines de prestations de maladie.

La couverture d'invalidité totale est comme suit :

Délai de carence ou période d'admissibilité	1 semaine (vous devez avoir cessé toute activité professionnelle pendant 7 jours consécutifs)
Régime collectif d'assurance invalidité de courte durée (ASH-I)	26 semaines
Prestations de maladie en vertu de l'assurance-emploi (AE) (programme gouvernemental)	26 semaines
Régime collectif d'assurance invalidité de courte durée (ASH-II)	20 semaines (admissible après une période d'invalidité totale de 53 semaines)
Régime collectif d'assurance invalidité de longue durée	Admissible après une période d'invalidité totale de 73 semaines

DEMANDE DE PRESTATIONS DE MALADIE EN VERTU DE L'ASSURANCE-EMPLOI (AE)

Si vous avez touché des prestations relativement à 26 semaines d'invalidité de courte durée et que vous êtes toujours frappé d'invalidité totale, l'Administrateur du régime, Canadian Benefits, vous enverra une lettre vous demandant de faire une demande de prestations de maladie auprès de l'assurance-emploi, ainsi qu'une confirmation des montants totaux ASH-I que vous avez reçus.

Vous devez soumettre votre demande de prestations de maladie en vertu de l'AE dans les plus brefs délais, vu que cette démarche pourrait prendre de 4 à 6 semaines. La demande doit être faite en ligne, auprès du bureau d'assurance-emploi à <https://www.canada.ca/fr/services/prestations/ae/assurance-emploi-maladie/demande.html>. Nous vous suggérons de soumettre au bureau d'AE une copie de la lettre que vous avez reçue relativement à votre régime d'invalidité de courte durée.

Un Relevé de l'emploi doit être obtenu de votre employeur aux fins de soumission en vertu de l'assurance-emploi; toutefois, il peut être soumis une fois que votre demande a été faite. Aucune prestation ne sera versée avant que le relevé de l'emploi ne soit soumis en vertu de l'AE, étant donné que les prestations sont en fonction des renseignements figurant sur ce relevé. C'est à vous qu'il appartient de vous procurer ce relevé de votre employeur.

Le versement des prestations d'AE commence habituellement le dimanche, vu que la semaine s'étend du dimanche au samedi.

Qu'advient-il si le régime d'invalidité de courte durée ne paye que jusqu'au mercredi et que le versement de l'assurance-emploi ne commence que le dimanche?

Lorsque vous avisez l'administrateur du régime, Canadian Benefits, que votre versement d'assurance-emploi ne commence que le dimanche suivant, votre régime d'invalidité de courte durée vous versera des indemnités pour les jours qui manquent, jusqu'à un maximum de 6 jours. Vous devez soumettre une copie de l'avis que vous avez reçu en vertu de l'assurance-emploi indiquant la date du début du versement de vos prestations d'assurance-emploi.

Qu'advient-il si je ne reprends pas le travail à la fin de la période de versement des prestations d'assurance-emploi de 26 semaines?

Si l'Administrateur du régime, Canadian Benefits, n'est pas informé de votre retour au travail pendant la période de versement des prestations de l'AE, un Formulaire de demande de prestation invalidité vous sera expédié au titre de la deuxième phase de votre régime collectif d'assurance invalidité de courte durée (**ASH-II**). Aux termes de votre régime d'assurance invalidité de courte durée, la période d'indemnisation maximale est de 20 semaines.

Si vous êtes incapable de retourner au travail pendant la période de versement des prestations de l'ASH-II, Canadian Benefits fera parvenir votre dossier au complet de ASH à la Financière Manuvie pour évaluation et pour le traitement des versements de votre régime collectif d'assurance invalidité de longue durée.

RÉGIME D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

DÉFINITIONS

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

Congé de maternité signifie

- a. tout congé de maternité que le membre prend conformément à une loi fédérale ou provinciale et qui est convenu d'un commun accord entre le membre et l'employeur, ou
- b. tout congé de maternité que l'employeur demande au membre de prendre conformément à une loi fédérale ou provinciale.

Le congé de maternité commence à la date fixée pour celui-ci ou à la date de l'accouchement, selon ce qui arrive en premier, et prend fin le jour prévu pour le retour du membre au travail.

Emploi aux fins de réadaptation signifie toute occupation lucrative approuvée par la Financière Manuvie que vous exercez alors que vous êtes dans l'incapacité d'exercer votre activité professionnelle normale avant l'invalidité.

Invalidité totale et totalement invalide signifient,

- (a) que vous êtes dans l'incapacité d'exercer toutes les fonctions relatives à votre occupation au cours du délai de carence (indiqué au tableau de l'indemnité mensuelle page 23) et des 12 mois d'invalidité totale qui suivent;
- (b) par la suite, que vous êtes dans l'incapacité d'exercer toute occupation lucrative pour laquelle vous êtes raisonnablement qualifié en raison de votre instruction, de votre formation ou de votre expérience;
- (c) que vous ne travaillez pas dans un but lucratif (sauf dans le cadre d'un emploi aux fins de réadaptation); et
- (d) que vous n'êtes pas incarcéré dans un pénitencier ou toute autre maison de correction, par suite de condamnation pour infraction criminelle ou autre délit.

par suite d'une blessure corporelle d'origine accidentelle ou d'une maladie.

Conditions de versement :

Toutes les conditions suivantes doivent être remplies :

- (a) la période d'invalidité totale a commencé alors que le Membre était une personne couverte, et
- (b) le Membre reçoit régulièrement les soins d'un médecin légalement autorisé à soigner l'affection.

A. TABLEAU DE L'INDEMNITÉ MENSUELLE

Votre indemnité mensuelle est définie comme étant un montant égal à 52 % de votre salaire mensuel de base, au début de l'invalidité totale (arrondi au multiple supérieur de 1,00 \$ s'il n'est pas déjà un multiple de 1,00 \$) sans aucun maximum. Le montant de l'indemnité est assujéti aux modalités de l'article C, intitulé *Montant des indemnités et Intégration aux autres prestations*, figurant à la page 24 du présent livret.

DÉLAI DE CARENCE :

Conformément aux dispositions du délai de carence, les indemnités sont versées pour chaque période d'invalidité totale après qu'une période de 73 semaines se soit écoulée ou à la date de la cessation de toute indemnité que le membre aurait le droit de recevoir sur demande en bonne et due forme en vertu de l'assurance invalidité de courte durée et du versement des prestations de maladie de l'assurance-emploi, selon ce qui arrive en dernier.

DURÉE MAXIMALE DES VERSEMENTS :

Les indemnités sont payables jusqu'à la date de votre guérison, votre 65^e anniversaire de naissance, votre retraite ou votre décès, selon ce qui arrive en premier, à condition que vous remplissiez les exigences de la police d'assurance (par exemple, vous devez fournir périodiquement des pièces justificatives de l'invalidité totale).

CESSATION :

La présente couverture prend fin lorsque vous ne remplissez plus les conditions de la définition d'invalidité totale, atteignez l'âge de 65 ans, prenez votre retraite, ou à votre décès, selon ce qui arrive en premier.

INDEMNITÉ DE VIE CHÈRE (IVC):

Deux ans après le premier versement des indemnités d'invalidité de longue durée en vertu du présent régime, vous aurez droit à une augmentation annuelle de vie chère égale à 50 % du changement de l'Indice des Prix à la consommation pour l'année civile précédant la date de l'ajustement, jusqu'à concurrence d'un maximum de 4 % par année.

B. VERSEMENT DES INDEMNITÉS

Une indemnité mensuelle (page 23 ci-dessus - **Tableau de l'indemnité mensuelle**) vous est versée si vous êtes frappé d'invalidité totale alors que vous êtes couvert en vertu du régime d'invalidité de longue durée, que vous êtes âgé de moins de 65 ans et que vous recevez régulièrement les soins d'un médecin qui a les compétences nécessaires pour soigner l'invalidité totale.

Vous devez également suivre le traitement prescrit par le médecin relativement à la cause et à la nature de l'affection occasionnant l'invalidité totale. Si vous ne voyez pas votre médecin aussi souvent que l'exige, d'un point de vue médical, la cause et la nature de l'invalidité totale, ou si vous ne suivez pas le traitement recommandé relativement à l'invalidité totale, les versements cesseront à la date à laquelle vous omettez de rendre visite à votre médecin et / ou cessez de suivre le traitement médical.

L'indemnité mensuelle (page 23) est assujettie aux modalités de l'**article C - Montant des indemnités et intégration aux autres prestations**, précisées à la page 24 ci-après.

Les indemnités sont versées dès que le délai de carence (page 23) est constitué et tant que durera votre invalidité totale, jusqu'à la fin de la durée maximale des versements (voir la rubrique «**Cessation**» à la page 23 ci-dessus).

Les indemnités sont versées deux fois par mois à terme échu et sont déterminées à compter de la fin du délai de carence (page 23), à condition toutefois que vous soumettiez des preuves médicales satisfaisantes de la continuation de l'invalidité totale, selon les exigences de la Financière Manuvie.

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

Les primes de l'assurance invalidité seront l'objet d'une exonération pendant la période de versement des indemnités.

C. MONTANT DES INDEMNITÉS ET INTÉGRATION AUX AUTRES PRESTATIONS

- (1) Le montant des indemnités mensuelles est directement réduit du total des montants suivants, le cas échéant, qui sont payables pour la même période d'invalidité totale :
 - (a) 90 % de toutes les prestations d'invalidité auxquelles vous avez droit, en votre propre nom, en vertu du Régime de pensions du Canada/de rentes du Québec; et
 - (b) le pourcentage de l'indemnité mensuelle qui est équivalent au pourcentage de votre horaire de travail normal durant votre emploi aux fins de réadaptation. (Par exemple, si vous travaillez 60 % de votre horaire de travail normal, votre indemnité mensuelle sera versée à raison de 40 % de votre indemnité normale).
- (2) De plus, vos indemnités seront réduites du total des versements provenant des sources suivantes qui dépassent 85 % de votre salaire mensuel au début de votre invalidité totale :
 - (a) les prestations d'invalidité auxquelles vous avez droit, en votre propre nom, en vertu du Régime de pensions du Canada/de rentes du Québec;
 - (b) les prestations payables en vertu d'un régime ou d'un programme gouvernemental, ou de toute sous-division ou agence gouvernementale, y compris tout programme gouvernementale d'assurance-automobile conçu pour verser des indemnités de remplacement de salaire;

-
- (c) toute assurance, tout régime de santé ou de bien-être, ou autre régime d'avantages sociaux à l'intention des employés, pour lesquels l'employeur a, directement ou indirectement, versé une partie du coût ou prélevé des retenues sur les salaires;
 - (d) tous paiements de salaire ou autres paiements faits par l'employeur

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

La Financière Manuvie se réserve le droit d'estimer le montant de toutes indemnités versées en vertu de 1(a),(b) et 2(a),(b) ci-dessus, jusqu'à ce que soient fournies des preuves établissant soit le montant exact de ces indemnités, soit que vous n'êtes pas admissible auxdites indemnités.

Si vous recevez un versement unique pour l'un ou l'autre des montants décrits à (1) et (2) ci-dessus, votre indemnité mensuelle sera réduite dudit montant sur une base mensuelle.

D. INVALIDITÉ RÉCIDIVANTE

Si vous reprenez le travail après avoir reçu des indemnités d'invalidité de longue durée en vertu du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité puis êtes de nouveau frappé d'invalidité, des périodes d'invalidité successives seront considérées comme une période ininterrompue d'invalidité, aux fins du délai de carence, dans les cas suivants :

- (1) elles sont dues aux mêmes causes ou à des causes connexes et sont séparées par moins de 180 jours de travail permanent à temps plein ou à temps partiel, ou
- (2) elles sont dues à des causes entièrement différentes et sont séparées par moins de 90 jours de travail permanent à temps plein ou à temps partiel.

La période de 30 ou 90 après votre retour au travail ci-haut n'est sera pas prolongé suite à la décision du Membre d'utiliser ou non les crédits de congé de maladie acquis. La décision du Membre d'utiliser ou non les crédits de congé de maladie acquis ne représente l'évaluation d'invalidité continue dans la police.

E. RESTRICTIONS

Le versement des indemnités mensuelles est assujéti aux restrictions suivantes :

AFFECTION ANTÉRIEURE À LA PRISE D'EFFET

Des indemnités ne sont pas payables pour une période d'invalidité totale qui commence au cours des 12 mois suivant la date à laquelle le membre devient couvert et qui est causée par une blessure corporelle d'origine accidentelle ou une maladie antérieures à la prise d'effet; des indemnités ne sont pas davantage payables pour toute période subséquente d'invalidité totale due à une cause connexe.

«Blessure corporelle d'origine accidentelle ou maladie antérieures à la prise d'effet» signifie une blessure ou une maladie pour laquelle des frais médicaux ont été engagés au cours des 90 jours précédant immédiatement la date à laquelle le membre devient couvert en vertu de la présente garantie.

ALCOOLISME ET TOXICOMANIE :

Aucune indemnité ne sera payable pour une invalidité totale résultant d'alcoolisme, de toxicomanie ou d'autres troubles similaires, sauf si le Membre participe dans un programme de désintoxication reconnu.

F. EXCLUSIONS

Aucune indemnité n'est payable en vertu du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité pour toute période d'invalidité dans les cas suivants :

- (1) Toute invalidité totale causée en totalité ou en partie par une intervention chirurgicale à des fins esthétiques.
- (2) Toute invalidité totale résultant en totalité ou en partie de blessures infligées à vous-même, à moins que des preuves médicales démontrent que les blessures sont reliées à un problème de santé mentale.
- (3) Toute invalidité totale causée, en totalité ou en partie, par une guerre ou tout acte de guerre, des émeutes ou des actes d'insurrection («guerre» signifie une guerre déclarée ou non, y compris la résistance à une agression armée).
- (4) Toute période d'invalidité totale causée en totalité ou en partie par un voyage à bord d'un aéronef quelconque lorsque vous exercez certaines fonctions ou donnez ou recevez une formation quelconque.
- (5) Toute période d'invalidité totale résultant de blessures ou d'une maladie survenues alors que vous étiez en service actif dans les forces armées d'un quelconque pays ou État ou d'une organisation internationale quelle qu'elle soit.
- (6) Toute période d'invalidité totale ou une partie de celle-ci, durant tout congé (notamment un congé de maternité) tel que défini dans la section sur les définitions de la présente brochure.
- (7) Une invalidité débutant le ou après la date de l'arrêt de travail ou de la mise à pied, assujétié à toute loi sur les normes du travail provinciale.

G. PROLONGATION DU VERSEMENT DES INDEMNITÉS

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

H. DEMANDE DE RÈGLEMENT À UN TIERS

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

I. PIÈCES JUSTIFICATIVES DU SINISTRE

Des pièces justificatives du sinistre doivent être soumises à la Financière Manuvie pas plus tard que 6 mois après la période pendant laquelle la Financière Manuvie peut être tenue responsable aux termes de cette couverture.

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

Examen médical

La Financière Manuvie se réserve le droit et l'occasion doit lui être fournie de vous faire examiner, à ses frais et par un médecin de son choix, sur demande et autant de fois qu'elle le juge à propos, tant que le dossier de la demande de règlement reste ouvert.

Poursuite judiciaire

Aucune poursuite judiciaire contre La Financière Manuvie ne peut être intentée avant l'expiration d'un délai de 60 jours après la production, dans les conditions énoncées dans le contrat, des pièces justificatives de la perte faisant l'objet de la demande de règlement. Aucune action en justice contre La Financière Manuvie ne peut être intentée afin de récupérer les indemnités payables au titre de cette police, sauf si cette action a été mise de l'avant en respectant les délais de la Loi sur les assurances ou autres législations applicables.

PROCÉDURE DE RÉVISION DE DOSSIER

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

Si vous êtes en désaccord avec la décision prise par l'administrateur du régime à l'égard de votre demande de règlement aux termes du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité, vous avez le droit d'exiger une révision de votre dossier par le conseil des fiduciaires, qui représente vos intérêts en ces matières. Toutefois, vous **n'avez pas** le droit de vous présenter devant le conseil.

La première étape du processus de demande de révision d'un dossier consiste à communiquer avec le fiduciaire du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité de votre région de préciser les raisons sur lesquelles vous fondez la révision. **Si votre demande de règlement d'invalidité de courte durée (ASH) est refusée, une «procédure d'appel» ou une révision du dossier doit être demandée dans les 90 jours suivant le refus de votre demande de règlement.** La «procédure d'appel» doit être soumise par écrit au Conseil des fiduciaires. Votre régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité est basé strictement sur les preuves médicales. Par conséquent, les données médicales de votre dossier doivent appuyer votre demande de règlement.

Pour procéder à une demande de révision par le Conseil des fiduciaires, l'Administrateur du régime vous fera parvenir un formulaire d'autorisation, que vous devez signer et dater en présence d'un témoin. Ce formulaire permettra à l'Administrateur du régime / l'assureur de discuter ouvertement de votre dossier avec le Conseil des fiduciaires du régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité et avec le Président de Unifor local 2002, si celui-ci est présent à la réunion trimestrielle.

Le formulaire rempli, qui doit être retourné à l'administrateur du régime, n'est valable que pour une période de 90 jours à compter de la date de la signature.

Dès réception de l'Autorisation dûment signée et certifiée, le dossier de votre demande de règlement aux termes du RCRI sera examiné par le Conseil des fiduciaires à la prochaine rencontre trimestrielle avec l'administrateur du régime. L'Administrateur du régime vous informera par écrit de la conclusion tirée de la révision de votre dossier après la rencontre trimestrielle du Conseil.

Le Conseil des fiduciaires procède à l'examen de tous les dossiers dans la plus stricte confidentialité.

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Le conseil des fiduciaires n'est pas autorisé à prendre des décisions à l'égard de votre demande de règlement d'invalidité de longue durée. Toute procédure d'appel doit passer par l'assureur, La Financière Manuvie, avec des preuves médicales à l'appui. Si vous n'avez pas d'autres preuves médicales à fournir, vous pouvez présenter votre

procédure d'appel par écrit directement au siège social de la Financière Manuvie à vous donnera des renseignements relativement au refus de votre demande de règlement d'invalidité de longue durée. **Les appels doivent être présentés directement à La Financière Manuvie et un avis écrit d'appel doit être soumis dans les 60 jours suivant la date de l'avis de refus / résiliation. Une attestation médicale ou toute autre pièce justificative doit être soumise à La Financière Manuvie dans les 6 mois suivant la date de l'avis de refus / résiliation.**

À votre demande, le Conseil des fiduciaires du RCRI examinera votre dossier avec l'assureur en votre nom, à condition qu'il soit autorisé en bonne et due forme par vous à le faire [consulter les procédures de révision d'un dossier ICD], afin de garantir que votre demande a été traitée d'une manière raisonnable et équitable. Cependant, le Conseil doit insister sur le fait qu'il ne peut casser la décision finale prise par l'assureur à l'égard de la demande.

Police n° 71405

CONGÉ DES SOIGNANTS

Ce bulletin a été rédigé pour vous aidez à comprendre le Régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité et comment votre demande de règlement d'invalidé de courte durée est examinée lorsque vous êtes incapable de travailler ou lorsque vous exigez un congé temporaire de votre travail pour prendre soin d'un membre immédiat de votre famille qui éprouve une maladie terminale.

Bien que le soin d'un membre de la famille éprouvant une maladie terminale puisse être très stressant, un congé d'absence du lieu de travail pour ce genre de situation ne signifie pas toujours que vous ne pouvez pas travailler à cause d'un état médical d'invalidité.

En vertu des termes de votre Régime d'assurance collective, afin d'être considéré pour les prestations du Régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité, vous devez être totalement invalide, en d'autres mots, incapable d'exécuter toute fonction en relation à votre emploi régulier à cause de maladie ou de blessure accidentelle. Vous devez aussi être sous les soins réguliers et supervisés par un médecin / spécialiste et recevoir un traitement reconnu pour un état d'invalidité totale au cours de la période d'invalidité. Un congé d'absence hors de votre lieu de travail pour prendre soin de membres de la famille éprouvant une maladie terminale est expliqué dans votre Convention collective syndicale et n'est pas couvert en vertu de votre Régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité.

Nous aimerions profiter de cette occasion pour vous faire connaître le *programme de prestation de compassion du gouvernement fédéral*.

L'Assurance emploi (AE) a annoncé un nouveau programme de prestation de compassion en vigueur le 4 janvier 2004. Cette nouvelle prestation fournit l'assurance financière et la protection d'emploi pour les travailleurs admissibles qui exigent un congé temporaire de travail pour prendre soin de membres immédiats de la famille qui éprouvent une maladie terminale.

En vertu du nouveau programme de prestation de compassion, les travailleurs ont le droit de recevoir jusqu'à vingt-six (26) semaines de congé et une protection d'emploi pendant qu'ils prennent soin de membres immédiats de la famille qui éprouvent une maladie grave ou sont en danger de mourir.

En plus de satisfaire aux conditions d'admissibilité normale pour l'Assurance emploi (AE) les prestations (accumulation de 600 heures d'emploi assurable au cours de l'année avant le début de la réclamation ou depuis le début d'une réclamation précédente de AE si cette demande a commencé pendant la période de 52 semaines avant la réclamation de prestation de compassion), un certificat médical est aussi requis. Le certificat doit être signé par un médecin et doit indiquer que le patient ou patiente est sérieusement malade avec un risque prononcé de mourir au cours des six prochains mois (26 semaines). Le certificat doit aussi indiquer que le patient ou patiente exige l'aide d'un membre ou plus de sa famille. Avec l'appui de cette documentation médicale, un travailleur peut recevoir jusqu'à six (6) semaines d'emploi rémunéré en vertu de l'assurance, à la suite d'une période d'attente normale d'une semaine, pour un total de sept semaines hors du travail.

Pour recevoir les prestations de compassion, vous devez soumettre une demande d'AE en ligne ou en personne à votre Centre de Service Canada. Vous devez aussi faire une demande aussitôt que vous cessez de travailler. Vous devez aussi demander votre dossier d'emploi à votre employeur.

Si vous n'êtes pas admissible pour la prestation de compassion par l'entremise de l'AE, ou si vous êtes encore hors du travail à la suite de l'expiration des prestations d'Assurance emploi, et si vous éprouvez un état médical d'invalidité (vous êtes totalement invalide – incapable de travailler en vertu de soins supervisés par votre médecin et à la suite d'un recours reconnu de traitement pour votre état) vous pouvez faire une demande pour des prestations du Régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité et votre demande de règlement en cas d'invalidité sera considéré.

Si vous avez des questions concernant la prestation de compassion, n'hésitez pas à communiquer avec l'Administrateur de notre régime, Canadian Benefits ou au 1-800-268-0285. Pour plus de renseignements vous pouvez communiquer avec l'Assurance emploi en téléphonant au service d'information au 1-800-808-6352 ou visiter leur site Web : <https://www.canada.ca/fr/services/prestations/ae/proches-aidants.html>.

PROGRAMME DE RÉADAPTATION ET / OU PROGRAMME DE RETOUR AU TRAVAIL MODIFIÉ

Il semble exister une certaine confusion concernant le retour au travail en vertu du programme de retour au travail modifié / réadaptation. Ce bulletin est fourni comme renseignement pour vous aider à comprendre votre RCRI et le programme de retour au travail modifié, appuyé par l'assurance après la réception des prestations d'invalidité complètes.

La stipulation du programme de Retour au travail modifié en vertu de votre police d'Invalidité est un programme qui vous est fourni à la seule discrétion de la compagnie d'assurance, Manulife Financial. Canadian Benefits Consulting Groupe, l'Administrateur de votre régime d'invalidité de courte durée, déterminera si oui ou non un programme de réadaptation est approprié et / ou approuvée par l'assureur concernant l'admissibilité à la prestation de réadaptation. La Financière Manuvie administre votre régime d'invalidité de longue durée (ILD) et aura la seule discrétion de déterminer l'admissibilité pour les prestations d'assurance de réadaptation en vertu du régime d'ILD.

L'admissibilité à ce programme sera basée sur la documentation médicale reçue de votre Médecin traitant et / ou de votre Spécialiste. L'admissibilité ne dépend pas si oui ou non le médecin de la compagnie recommande que vous retourniez au travail en vertu d'un programme de réadaptation. **Les prestations d'assurance de réadaptation ne sont pas automatiques.** Si vous pensez retourner au travail en vertu d'un programme de réadaptation, vous devez maintenir au courant votre Gestionnaire d'invalidité afin de déterminer si vous êtes admissible pour une considération de la prestation d'assurance de réadaptation.

Le programme de Retour au travail modifié vous est disponible lorsque la documentation médicale dans le dossier de la Compagnie d'assurance appuie un retour au travail en vertu de ce programme et si vous n'êtes pas en mesure de retourner à votre horaire de travail avant l'invalidité, immédiatement après avoir reçu les prestations d'invalidité de l'assurance collective. Le but du programme de retour au travail modifié est de vous aider à revenir à un emploi à plein temps sur une base graduelle lorsque le cas le demande, et selon l'appui médical. La Compagnie d'assurance base l'admissibilité aux prestations pour un retour au travail modifié sur la documentation médicale reçue de votre médecin traitant. De plus, la documentation suivante sera requise comme partie du procédé d'évaluation :

a. De votre médecin traitant : **l'horaire pour retour au travail modifié**, y compris une date prévue pour un retour à plein temps au travail, et

b. S'il existe des renseignements médicaux insuffisants dans votre dossier pour appuyer un tel retour au travail, vous devez aussi soumettre une documentation médicale expliquant les raisons médicales dont vous avez besoin pour un retour graduel au travail.

c. On vous demandera de soumettre des **misés à jour médicales** de votre état de la part de votre médecin traitant à des intervalles réguliers selon la durée du programme de retour au travail modifié, approuvé pour le « supplément » de prestation d'assurance.

Lorsque vous avez soumis toute la documentation requise, la compagnie d'assurance vous informera par lettre si vous êtes approuvé pour la prestation d'assurance « supplémentaire » du programme de retour au travail modifié.

Une fois que vous avez été approuvé pour un programme de Retour au travail modifié par la compagnie d'assurance, votre employeur paiera vos rémunérations pour les heures que vous travaillez. Votre régime d'assurance collective vous paiera pour les heures où vous n'êtes pas requis de travailler d'après votre horaire. Vous recevrez une feuille de calcul avec le paiement de vos prestations indiquant comment vos prestations d'assurances ont été déterminées.

Si vous êtes incapable de travailler selon votre horaire prévu, à cause de maladie, **vous devez voir votre médecin traitant et soumettre une documentation médicale** confirmant votre incapacité de travailler au jour manqué, en donnant les raisons médicales.

La durée du programme de réadaptation peut varier de 2 à 8 semaines selon la portion d'ASH de votre régime. Si votre programme de réadaptation ne s'est pas terminé dans l'intervalle normal, ou si votre état médical s'est détérioré et vous ne pouvez plus participer au programme de réadaptation, vous devez soumettre les raisons médicales et la documentation de votre médecin traitant, qui vous empêcheraient de retourner aux heures complètes de travail ou comment votre état médical a affecté votre incapacité de retourner à votre programme de travail de réadaptation et le traitement mis en place pour vous aider à atteindre votre but de retourner à plein temps au travail et une nouvelle date finale pour un tel retour.

Il est important d'être au courant que nul changement d'équipes, ni vacances, ni temps supplémentaire ne sont permis avant le commencement du retour au travail en vertu du programme de réadaptation et/ou pendant que vous participez à un programme de réadaptation approuvé par l'assurance. Quand vous retournez au travail en vertu d'une assurance du programme de réadaptation approuvé, vous ne serez plus admissible pour les prestations «supplémentaires» d'assurance si vous prenez des vacances. Les vacances sont considérées comme un retour au travail et aux fonctions régulières, parce que vous seriez réintégré au programme de salaire et rémunérations régulières payées.

INFORMATION RELATIVE AU STRESS / L'ANXIÉTÉ / LA DÉPRESSION

L'information contenue dans la présente brochure a été rassemblée pour vous aider à comprendre le fonctionnement du RCRI et vous expliquer comment se fait l'examen de la demande en cas d'invalidité de courte durée, et ce, au moment où vous êtes dans l'incapacité de travailler en raison de l'anxiété, du stress ou de la dépression.

Nous vous suggérons **d'apporter la brochure à votre médecin**. En effet, il se peut qu'à défaut d'avoir à sa disposition tous les renseignements nécessaires sur le plan médical, l'Administrateur du régime ne peut pas approuver le versement de prestations.

Nous espérons que cette brochure vous apporte, de même qu'à votre médecin, une meilleure compréhension des exigences sur le plan médical, ce qui évitera de retarder le traitement de votre demande RCRI.

Si en raison du stress, de l'anxiété ou de la dépression, je deviens totalement invalide, est-ce que le RCRI me versera des prestations d'invalidité de courte durée?

En soi, le stress ne signifie pas toujours un empêchement de travailler. Un problème survient quand il y a présence de détresse ou de stress « grave ». Il est nécessaire que l'Administrateur du RCRI comprenne en profondeur la raison qui vous empêche de travailler, tout en s'assurant que vous satisfaites à la définition d'invalidité totale, donnée par votre police d'assurance.

Que signifie invalidité totale?

Selon les modalités de votre police d'assurance, l'invalidité totale signifie qu'en raison de la maladie ou d'une blessure corporelle accidentelle, vous êtes dans l'incapacité d'exécuter l'ensemble des tâches propres à votre travail, et que vous n'accomplissez pas un autre travail.

De plus, vous devez être, régulièrement, **sous la surveillance et les soins d'un médecin**, et recevoir un traitement actif, reconnu pour votre état d'invalidité totale.

Votre médecin devra savoir en quoi consistent votre travail et vos tâches, et connaître le nombre d'heures de travail qui sont les vôtres chaque jour et chaque semaine. Cela permet à votre médecin d'évaluer votre capacité à exécuter votre travail.

Que signifient « traitement » et « régulièrement, sous la surveillance et les soins d'un médecin »?

Selon les modalités de votre assurance revenu en cas d'invalidité, l'expression « traitement » signifie que vous recevez un traitement actif adapté à votre état de santé et reconnu comme pouvant être efficace en vue de votre rétablissement.

Quant à l'expression « régulièrement, sous la surveillance et les soins d'un médecin », elle signifie que vous avez rendez-vous avec votre médecin traitant, chaque semaine ou aux deux semaines, dans le but de veiller à votre progression, de faire les ajustements nécessaires aux médicaments prescrits pour en obtenir le maximum de bienfait, et de garantir que le traitement recommandé est efficace et vous aide à retrouver un état de santé qui vous permettra de retourner au travail.

N'étant pas considéré comme un traitement actif, le « repos » ne donne pas droit aux versements de prestations RCRI. Même si le traitement varie d'un patient à l'autre, le médecin ou le spécialiste recommandent, habituellement, une combinaison des médicaments et de la psychothérapie.

Mon médecin a affirmé qu'en raison de l'anxiété / de la dépression, je ne peux pas travailler. Sur le plan médical, quels renseignements dois-je transmettre pour recevoir les prestations RCRI?

Nous vous suggérons **d'apporter la présente brochure à votre médecin** de sorte qu'il ou elle puisse prendre connaissance des points, énumérés ci-dessous. Cette information peut vous être transmise sans qu'il y ait facturation de la part du médecin. Toutefois, si une telle facturation vous était imposée, veuillez noter que ces dépenses *ne font pas* partie du RCRI.

1. Une description de la manifestation des symptômes.
2. Le genre de médicament prescrit, le nom et la posologie. Si aucun médicament n'est prescrit, en faire connaître la raison.
3. Le genre de psychothérapie prescrite, le nom du fournisseur, de même que son adresse s'il ne s'agit pas du médecin traitant, et la fréquence des rendez-vous avec le fournisseur et avec le médecin traitant.
4. Le processus de traitement envisagé pour améliorer l'état de santé de la personne en invalidité totale.
5. Le diagnostic en le basant sur la classification DSM-IV, y compris l'évaluation selon l'échelle du fonctionnement global ou GAF.
6. Les causes sous-jacentes à l'état de santé (famille / travail / etc.) et les antécédents de l'état de santé (si, auparavant, un état de santé semblable ou similaire est apparu et à quel moment).
7. Est-ce que cet état de santé résulte de la toxicomanie / de substances nocives/ de l'alcool?
8. La nécessité de diriger le cas vers un médecin spécialiste, tel qu'un psychiatre, dans le but d'obtenir une évaluation.

Mon médecin m'a recommandé de prendre quelques jours de congé et de me reposer. S'agit-il d'un traitement actif?

N'étant pas un traitement actif, le repos *ne permet pas l'admissibilité aux prestations*. Quand un problème vous empêche de travailler, il faut le régler par des moyens médicaux. La participation active et continue à un programme de traitement vous aidera à retourner plus tôt au travail.

Si je dois m'absenter du travail, pendant combien de temps me versera-t-on des prestations RCRI?

Lorsqu'un traitement actif est entrepris, la durée raisonnable et habituelle d'une période d'invalidité totale à la suite de telles maladies dépasse rarement de quatre à six semaines. Même si chaque cas est différent, le meilleur traitement consiste en une combinaison des médicaments et de la psychothérapie. Si l'invalidité se prolonge au-delà de cette période, il faut reporter le cas vers un médecin spécialiste en vue d'une évaluation, et entreprendre un traitement continu.

Mon conjoint / partenaire / enfant / parent souffre d'une maladie sérieuse. J'aimerais pouvoir être là. Au travail, je ne peux pas me concentrer. Est-ce que le RCRI peut me verser des prestations?

Votre RCRI ne prévoit des les versements des indemnités d'invalidité en cas de congé de soignant ou cause de deuil. Ces demandes relèvent de votre Convention collective.

Toutefois, si vous satisfaites aux critères énoncés ci-dessus, c'est-à-dire si votre médecin peut donner des réponses aux points cités ci-haut, et s'il peut prouver que vous êtes totalement invalide : être incapable de travailler, être sous la surveillance médicale de votre médecin, et suivre un programme de traitement reconnu pour votre état de santé, votre demande RCRI peut être prise en considération.

L'anxiété et la dépression de nos jours

Nous ressentons tous du stress dans notre vie, peu importe que ce soit pour des problèmes d'ordre financier, médical, social, pour des difficultés liées au travail ou à la vie maritale, ou pour des causes de maladies graves ou de décès dans la famille. Si vous éprouvez une anxiété sévère ou si les événements de votre vie vous bouleversent outre mesure, n'oubliez pas qu'un Programme d'aide aux employés, communément appelé PAE, a été mis sur pied par votre syndicat et l'employeur.

*Les services du PAE demeurent confidentiels. L'employeur et le syndicat ne sont pas mis au courant de l'information que vous partagez avec la personne qui représente le PAE, ni même du fait que vous consultez une telle personne. **La confidentialité est l'élément principal sur lequel repose ce genre de programme.** Le PAE emploie des conseillers expérimentés ayant une formation appropriée, de sorte qu'ils peuvent vous aider en vous donnant les conseils pertinents pour la plupart des problèmes.*

Ces services incluent la relation thérapeutique directe, le report vers des conseillers légaux, l'information relative aux ressources communautaires qui peuvent vous être bénéfiques (la relation d'aide à cause de dettes, les programmes sur l'abus de substances toxiques, les groupes en raison de deuil, les groupes d'entraide en raison de VIH positif, etc.). Ils vous apporteront aussi du soutien général pour vous aider à éloigner le problème qui vous trouble.

Pour vous procurer la brochure du PAE, communiquez avec le Département des ressources humaines. Bien souvent, les problèmes peuvent être résolus avant qu'ils grossissent ou avant qu'ils interrompent le cours de votre travail.

PROBLÈMES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES NOCIVES

Le présent bulletin vise à vous donner une meilleure compréhension de l'évaluation de votre demande de prestations à la suite d'une invalidité de courte durée, dans une situation d'incapacité à travailler à cause de la consommation de substances nocives.

1. Si la consommation de substances nocives m'empêche de travailler, est-ce que le RCRI me versera des prestations d'invalidité de courte durée?

Votre régime collectif établit que « les prestations RCRI pour une invalidité résultant d'alcoolisme, de toxicomanie, ou de consommation de substances nocives semblables, ne sont versées que dans les cas suivants :

- vous participez activement à un programme de réadaptation sous la surveillance d'un médecin traitant et approuvé, par écrit, de La Financière Manuvie; ou
- vous êtes confiné dans un hôpital ou un autre établissement autorisé en vue de recevoir un traitement.

2. En quoi cela consiste-t-il?

Pour recevoir des prestations, vous devez vous présenter à un programme résidentiel (d'une durée de 28 jours habituellement) ou vous engager dans un programme journalier sous la surveillance d'un médecin diplômé. La Financière Manuvie doit approuver ces programmes.

3. Pendant combien de temps pourrai-je recevoir des prestations RCRI en raison de mon absence du travail?

Les prestations RCRI seront versées pendant la durée du programme résidentiel ou journalier.

4. Mon médecin m'a dirigé vers un centre de traitement, mais le délai de carence est de quatre semaines et je ne peux pas travailler jusqu'à ce que je reçoive ce traitement. À quoi dois-je m'attendre?

Quand vous vous présentez à un programme de désintoxication et recevez les soins d'un médecin, quand vous faites preuve d'abstinence et vous rendez aux réunions des alcooliques anonymes (AA), habituellement aucune raison sur le plan médical n'empêche de retourner au travail jusqu'à ce que vous puissiez participer au programme de traitement.

Votre médecin devra confirmer la régularité de vos visites. Un membre présent au programme des AA devra signer, de son prénom, une note qu'il datera en donnant l'endroit où se tiennent ces réunions auxquelles vous vous rendez.

5. Qu'advient-il si je ne peux pas travailler avant de me rendre au traitement?

Habituellement, vous pouvez travailler jusqu'à la date d'entrée dans l'établissement de traitement. Si, sur le plan médical, vous ne pouvez pas travailler avant de recevoir le traitement, il faudra que votre médecin traitant nous transmette les renseignements médicaux établissant :

- l'état de santé qui vous rend invalide;
- de quelle manière il vous rend invalide;
- le genre de traitement entrepris et la réponse à celui-ci;
- les copies de tests de laboratoire prouvant votre docilité à vous conformer au traitement (soit tests de la fonction hépatique et les dépistages systématiques des drogues);
- les reports vers un spécialiste;
- le pronostic.

De plus, vous devez satisfaire aux normes énumérées au point 4.

6. Je commence demain le programme de traitement. Pour obtenir des prestations, quelle information faut-il transmettre?

Avant que toute prestation vous soit versée, il faut que l'établissement de traitement nous confirme les renseignements suivants :

- la date du début du traitement;
- la date prévue de la fin du traitement;
- le genre de traitement reçu et votre docilité vis-à-vis de celui-ci.

Le programme terminé, une copie de la feuille médico-administrative sera exigée pour que le dernier versement de prestations soit accordé.

7. Qu'arrivera-t-il si je ne peux pas retourner au travail dès la fin du programme de traitement auquel j'ai participé?

Normalement, le retour au travail se fait dès la fin du programme de traitement. S'il est justifié, sur le plan médical, de ne pas retourner au travail, les renseignements médicaux mentionnés au point 5 devront nous être transmis.

Dans le cas où votre médecin confirme que vous ne pouvez pas retourner au travail en raison de votre participation à un programme après traitement, des prestations peuvent être versées pour une période d'une à deux semaines.

8. Qu'arrivera-t-il si, tout en me rendant aux réunions des alcooliques anonymes, je retourne au travail après un programme de désintoxication et si, quatre semaines plus tard, je dois quitter le travail pour commencer un programme de traitement?

À moins que le retour au travail n'ait duré plus de 90 jours consécutifs, la demande est traitée comme s'il s'agissait d'une seule et même demande. Ainsi, il ne sera pas nécessaire de satisfaire à un autre délai de carence de 7 jours et les prestations entreront en vigueur à la date à laquelle votre traitement commencera.