

**CONVENTION RELATIVE AU
RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX DES EMPLOYÉS**

Entre

**LE SYNDICAT NATIONAL DE L'AUTOMOBILE, DE L'AÉROSPACIALE,
DU TRANSPORT ET DES AUTRES TRAVAILLEURS ET
TRAVAILLEUSES DU CANADA**

et

VIA RAIL CANADA INC.

**AVANTAGES SOCIAUX
POUR LES EMPLOYÉS de VIA Rail Canada Inc.**

Régis par le syndicat national de l'automobile, de l'aérospatiale, du transport et des autres travailleurs et travailleuses du Canada (CAW / TCA Canada)

Le présent livret résume les avantages sociaux des employés syndiqués couvert par la convention collective #1 et par la convention collective # 2. Ce livret ne fait pas partie intégrante de la Convention Collective, mais vous est fourni afin de vous donner un aperçu général de vos bénéfices de VIA Rail Canada.

Avant-propos

Ce livret ne fait pas partie intégrante de la Convention Collective, mais vous est fourni afin de vous donner un aperçu général de vos bénéfices de VIA Rail Canada. Le présent livret résume les avantages sociaux des employés syndiqués. Toute interprétation des dispositions sera régie par les contrats et documents officiels qui prévaudront en cas de différends. Veuillez lire attentivement la présente brochure. Pour de plus amples renseignements sur vos avantages sociaux, veuillez communiquer avec votre supérieur hiérarchique ou avec le bureau des Ressources humaines.

La terminologie utilisée désigne tant le féminin que le masculin.

Rév. 2010

RÉGIME DE SOINS OCULAIRES

ET D'ASSURANCE-MALADIE

COMPLÉMENTAIRE

Table des matières

Section	Page
Admissibilité.....	1
Résumé des avantages.....	2
Assurance -maladie complémentaire.....	2
Frais admissibles.....	3
Soins oculaires.....	5
Frais non admissible.....	6
Exclusions générales.....	6
Coordination des prestations.....	7
Cessation de la protection.....	7
Maternité, soins aux enfants et indemnisation des accidents du travail.....	8
Rétablissement de la protection.....	8
Demandes de remboursement.....	9
Bureaux des règlements de la Great-West, compagnie d'assurance-vie.....	11
Paiement direct.....	11
Contestation des demandes de remboursement.....	12

Admissibilité

Les nouveaux employés, ainsi que leurs personnes à charge, sont protégés à compter du premier jour du mois civil suivant six mois de service rémunéré.

Les employés qui totalisent 126 jours de huit heures de service rémunéré, à temps plein ou à temps partiel, sont considérés comme ayant à leur crédit six mois de service rémunéré.

Pour les autres employés, les jours travaillés et(ou) les jours où ils sont disponibles pour le service sont comptés comme des jours de service rémunéré.

Un employé dont l'admissibilité aux prestations a été établie en vertu du Régime doit, pour maintenir son admissibilité, accumuler des crédits de service rémunéré chaque mois, sauf, comme il est stipulé en page 9 lorsque l'admissibilité est étendue au titre de congés autorisés spécifiques.

L'employé qui devient admissible aux prestations n'est assujetti à aucune formalité d'inscription au Régime.

Aux termes du Régime, on entend par personnes à charge:

Le conjoint ou l'enfant, qui réside au Canada excluant toute personne couverte à titre d'employé par le présent régime :

1) Le conjoint d'un employé admissible :

conjoint : la personne légalement mariée à l'employé ou, en l'absence d'une telle personne, son conjoint de fait, c'est-à-dire au sens du Régime, la personne qui fait vie commune avec l'employé de façon continue depuis au moins un an et qui se présente publiquement comme son conjoint de fait.

2) Les enfants d'un employé ou de son conjoint, ou un enfant de l'enfant célibataire de l'employé si, dans ce dernier cas, ils vivent en permanence avec l'employé, y compris un enfant qui est le beau-fils ou la belle-fille de l'employé (et non son gendre ou sa bru) et un enfant qu'il a adopté qui:

- est entièrement à sa charge et sans emploi;
- est âgé de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans (26 ans pour un enfant d'une personne résidant au Québec) s'il fréquente à temps plein un collège ou une université; ou,
- est de tout âge s'il est handicapé.

On entend par enfant handicapé l'enfant qui ne peut subvenir à ses besoins en raison d'une infirmité physique ou mentale.

À l'exception de toute personne déjà protégée par le présent Régime en tant qu'employé admissible.

L'employé s'engage à fournir, sur demande de l'employeur ou du gestionnaire du Régime, les pièces justificatives prouvant que chaque personne qu'il a déclarée à titre de conjoint ou d'enfant, rencontre les conditions précitées.

Résumé des avantages Assurance -maladie complémentaire

Les prestations assurées en vertu du Régime sont énumérées ci-après et visent essentiellement le remboursement des frais engagés pour les employés et leurs personnes à charge au titre de la location d'une chambre d'hôpital semi privée, ainsi que ceux engagés au titre de soins médicaux majeurs, y compris l'achat de produits pharmaceutiques.

a) Indemnités d'hospitalisation (dans la province de résidence)

Remboursement à 100% des frais admissibles, jusqu'à concurrence du coût moyen d'une chambre semi privée, pour un nombre de jours illimité.

b) **Médicaments sur ordonnance**

Franchise: 2,50\$ par ordonnance

Pourcentage assuré: remboursement à 80%

c) **Indemnités de soins médicaux majeurs**

Franchise: 25 \$ par famille, par année civile

Pourcentage assuré: remboursement à 80%

Frais admissibles

Sont admissibles en vertu des dispositions du régime relatives aux soins médicaux majeurs les frais engagés aux titres suivants :

- Les médicaments, les contraceptifs oraux, les sérums et les produits injectables lorsqu'ils sont prescrits par un médecin ou un dentiste, et délivrés par un pharmacien, un médecin ou un dentiste, de même que les médicaments disponibles sans ordonnance qui sont nécessaires à la suite d'une colostomie et(ou) qui sont destinés au traitement de la fibrose kystique, du diabète et de la maladie de Parkinson.
- **Le montant remboursé est sujet à la substitution générique, ce qui signifie que:**
 - **Les frais couverts pour produits pharmaceutiques de remplacement sont limités au prix du produit le moins cher dans la catégorie générique pertinente, sauf lorsque le distributeur d'ordonnances médicales a prescrit un médicament d'origine en précisant, par écrit, qu'il ne devrait pas être substitué.**
- Les frais d'hospitalisation d'urgence engagés hors du Canada ou de la province de résidence de l'employé, y compris les frais de chambre et de pension et les frais d'hospitalisation spéciaux, pendant une période de 180 jours. Le régime prévoit le remboursement des frais d'hospitalisation engagés pour une chambre semi privée qui excèdent les sommes remboursées en vertu du régime provincial d'assurance maladie.
- Les services professionnels fournis par un médecin, là où la loi le permet. Les frais admissibles sont en général applicables aux soins d'urgence dispensés à l'extérieur de la province de résidence du demandeur, et ils sont limités aux honoraires normaux et en usage dans la région où ont été dispensés les soins.

- Les coûts pour les soins d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un podiatre ou d'un orthophoniste. Un remboursement de 80% des honoraires facturés, jusqu'à concurrence de 20 \$ par consultation, sous réserve d'un plafond global de 400 \$ par année civile, par famille, pour l'ensemble de ces services professionnels.

Les frais admissibles listés ci-après doivent être prescrits par un médecin:

- Les services professionnels d'un physiothérapeute autorisé lorsque l'état de santé du malade exige qu'on ait recours à une telle mesure.
- Si l'état de santé du malade l'exige, les services professionnels d'un(e) infirmier(ère) autorisé(e) ou, à défaut, ceux d'un(e) aide infirmier(ère) autorisé(e). L'assurance est applicable lorsque le demandeur ou l'ayant droit n'est pas hospitalisé et lorsque les soins infirmiers dispensés à l'hôpital ne sont pas remboursables en vertu du régime provincial d'assurance maladie. L'infirmier(ère) ou l'aide infirmier(ère) ne doit pas être un proche parent du patient.
- Les travaux préalables au diagnostic, la radiologie, les transfusions de sang et l'oxygénothérapie, y compris les appareils nécessaires.
- Les analyses de laboratoire effectuées dans un laboratoire commercial.
- Les bandages herniaires, les attelles, les béquilles et autres orthèses, les membres et les yeux artificiels; les frais relatifs aux bas à varices sont remboursables jusqu'à concurrence de 50 \$ par année par personne; les frais relatifs aux chaussures orthopédiques sont remboursables jusqu'à concurrence du prix d'une paire de chaussures par personne par année.
- Les frais normaux et d'usage pour des prothèses mammaires jusqu'à concurrence de 200 \$ par année par personne.
- Les frais normaux et d'usage pour un appareil auditif jusqu'à concurrence de 400 \$ par période de deux années, par famille.
- L'achat ou la location (à la discrétion de la compagnie d'assurances) d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un poumon d'acier.
- Le transport en ambulance en direction ou en provenance d'un hôpital régional, de même que le transport entre hôpitaux qui n'est pas remboursable en vertu du régime provincial d'assurance maladie. Ces services englobent le transport d'urgence d'un demandeur par hélicoptère ou par avion sanitaire, ou encore par tout autre moyen de transport en commun, vers l'hôpital le plus près où il pourra recevoir les soins appropriés.

- Les soins dentaires rendus nécessaires à la suite de dommages accidentels causés aux dents naturelles, à condition que le traitement soit effectué au cours des six mois suivant la date de l'accident.
- Les frais de séjour dans une maison de repos située dans la province de résidence de la personne admissible, à condition que ce séjour soit prescrit par un médecin, qu'il ait été précédé par au moins cinq (5) jours consécutifs d'hospitalisation, qu'il débute au plus tard quatorze (14) jours après la sortie de la personne de l'hôpital, et qu'il ait pour but premier de permettre au patient de se rétablir et non pas d'être gardé. Ces frais sont assujettis aux dispositions du régime relatives à la règle coassurance, au montant maximal à vie et à la franchise. Le montant maximal remboursable est de 20,00 \$ par jour pour chaque période d'incapacité pour une convalescence d'une durée maximale de cent vingt (120) jours.

Soins oculaires

- Les prestations relatives aux soins oculaires sont assujetties aux dispositions du régime de soins oculaires et d'assurance maladie complémentaire pour la coassurance, le montant maximal à vie et la franchise.
- Le régime englobe les frais d'achat de lentilles cornéennes ou d'autres lentilles (y compris les lentilles de verre incassable), de montures pour lunettes, y compris pour les lunettes de soleil, de même que les frais relatifs à leur remplacement lorsque le verre n'est plus adapté à la vue. Ces frais peuvent être réclamés une fois par période de 12 mois pour les personnes âgées de moins de 18 ans, et une fois par période de 24 mois pour les personnes âgées de plus de 18 ans, jusqu'à concurrence du montant suivant :

250 \$

Le matériel nécessaire doit être prescrit par écrit par un ophtalmologiste ou par un optométriste autorisé et il doit être fourni par un ophtalmologiste, un optométriste autorisé ou un opticien compétent.

- Les services dispensés par un ophtalmologiste ou par un optométriste autorisé jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 50 \$ par personne par période de deux années consécutives.

Frais non admissibles

Le régime ne prévoit pas le remboursement des frais dans les cas suivants:

- Le supplément ajouté au prix d'une chambre semi privée pour la location d'une chambre particulière.
- Les traitements dispensés par un psychologue, un acupuncteur, un naturopathe, un homéopathe, un psychothérapeute et une diététicienne.
- Les médicaments qui peuvent être achetés sans ordonnance.

Par exemple : Les spécialités pharmaceutiques, les vitamines, les aliments naturels, les médicaments pour le rhume et la toux, les aspirines et les produits pharmaceutiques du même type.

- Tout appareil qui protège les yeux seulement au lieu de corriger la vue.
- Les produits contenant de la résine de nicotine et auxiliaires anti tabagiques, qu'ils nécessitent ou non une ordonnance du médecin.
- Les traitements ou médicaments reliés à des problèmes de fertilité.
- Les traitements ou médicaments reliés à un dysfonctionnement érectile.

Exclusions générales

Le régime ne prévoit pas le remboursement de frais occasionnés par les situations suivantes :

- Les blessures subies par l'employé lors de l'exécution d'un travail rémunéré pour le compte d'un autre employeur.
- Les blessures subies par une personne à charge lors de l'exécution d'un travail rémunéré pour le compte d'un employeur.
- La partie des frais remboursables en vertu de la Loi des accidents du travail ou d'un programme du même type.
- Les services gratuits pour l'employé ou les services qui sont ordinairement gratuits.

- Les services ou les parties de services qui sont dispensés en vertu d'un programme subventionné par le gouvernement.
- Si un service dispensé en vertu d'un programme subventionné par le gouvernement est interrompu, le régime de soins oculaires et d'assurance maladie complémentaire ne prévoit pas la prise en charge dudit service.

Coordination des prestations

Certains employés et leurs personnes à charge sont admissibles aux prestations prévues par d'autres régimes collectifs. Dans ce cas, les réclamations présentées pour les conjoints et les enfants doivent alors être soumises aux deux assureurs car le montant maximal remboursé ne doit pas être supérieur aux frais engagés, selon des règles définies dans les contrats d'assurance collective.

Cessation de la protection

- a) Les modalités de cessation de la protection assurée en vertu du régime de soins oculaires et d'assurance maladie complémentaire à l'intention des employés et de leurs personnes à charge sont les suivantes :

En cas :

- i) de démission ou de congédiement, la protection prend fin à la date de cessation d'emploi;
- ii) de retraite, la protection prend fin le dernier jour du mois de départ à la retraite conformément aux dispositions pertinentes du régime de retraite;
- iii) de congé autorisé, de mise à pied (sous réserve de dispositions énoncées ci-après), et de décès, la protection prend fin le dernier jour du mois où le congé autorisé, la mise à pied ou le décès surviennent;
- iv) de grève ou de lock-out, la protection prend fin à la date d'interruption du travail.

- b) i) En cas de congé autorisé pour cause d'incapacité (alors que l'employé reçoit des prestations hebdomadaires, ou des prestations pour maladie en vertu de la Loi concernant l'assurance chômage), la protection est maintenue pendant une période de six mois commençant à la fin du mois où l'incapacité se produit, sans que les employés n'aient à verser de primes durant cette période. Si la période d'incapacité se prolonge, les employés peuvent maintenir la protection pour une autre période de six mois en versant les primes nécessaires directement à leur employeur.
- ii) En cas de mise à pied ou de congé autorisé survenant dans des circonstances autres que celles susmentionnées en i), les employés peuvent prolonger leur protection pour une période de douze mois à partir du dernier jour du mois dans lequel le congé a débuté, à condition qu'ils versent les sommes nécessaires directement à leur employeur durant cette période.

Note: Voir page 12 pour une explication détaillée des modalités de paiement direct.

- c) En ce qui concerne les personnes à charge, la protection prend fin à la date où une personne à charge cesse de satisfaire à la définition de personne à charge.
- d) Dans le cas de la mutation d'un employé d'une unité de négociation protégée en vertu du présent régime de soins oculaires et d'assurance maladie complémentaire à une autre, la protection prend fin le jour de la mutation.

Maternité, soins aux enfants et indemnisation des accidents du travail

Si, en vertu du Code canadien du travail, un employé a droit à un congé autorisé pour cause de maternité, de soins aux enfants, ou d'un accident de travail, ledit employé continue d'être protégé en vertu du Régime pendant la durée de son absence sans avoir à verser de primes durant cette période.

Rétablissement de la protection

Un employé qui est en congé autorisé, en grève ou qui a été congédié, et dont la protection a pris fin, est automatiquement protégé dès son retour au travail.

Un employé qui a été mis à pied et dont la protection a pris fin est automatiquement protégé à compter du premier jour du mois où il retourne au travail.

Demande de remboursement

Marche à suivre pour effectuer une demande de remboursement :

A. Indemnités d'hospitalisation

1. Présentez votre certificat de participation, et(ou) faites part à l'administration de l'hôpital du numéro de police de la Great-West, compagnie d'assurance-vie, à savoir 140592, et de votre numéro d'employé.
2. L'hôpital transmet la demande de remboursement directement à la Great-West, compagnie d'assurance-vie.
3. Vous recevrez un relevé de compte où figurent les frais exigés par l'hôpital et le montant versé par la Great-West, compagnie d'assurance-vie.
4. Lorsque l'hôpital ne peut ou ne veut facturer la Great-West, compagnie d'assurance-vie directement, vous devez adresser à cette dernière une demande de remboursement conformément à la marche à suivre exposée en B, ci-après.
5. Pour les dépenses engagées à l'extérieur du Canada, après avoir pris les dispositions nécessaires pour le paiement des dépenses, vous pouvez transmettre votre demande de remboursement directement à la Great-West, compagnie d'assurance-vie, qui coordonnera alors le règlement de votre demande avec votre gouvernement provincial.

B. Indemnités de soins médicaux majeurs

1. Utilisez la formule de demande de remboursement que vous avez reçue de la Great-West, compagnie d'assurance-vie lors de votre dernier remboursement, ou procurez-vous-en une auprès de votre supérieur hiérarchique (pour les achats de médicaments sur ordonnance, utilisez le formulaire Assure Santé).
2. Remplissez la formule de demande de remboursement et joignez y tous les reçus nécessaires.
3. Si les reçus doivent vous être retournés, indiquez le sur la formule de demande.
4. Adressez la formule dûment remplie au bureau de la Great-West, compagnie d'assurance-vie desservant votre province de résidence. Vous trouverez une liste des bureaux à la fin de la présente section ainsi que sur le formulaire de réclamation.

Vous ne pouvez faire de demande de remboursement avant d'avoir accumulé des reçus de dépenses admissibles d'un montant supérieur à la franchise exigée pour l'année en cours. Assurez-vous cependant de faire parvenir votre demande aux bureaux de la Great-West, compagnie d'assurance-vie avant le 31 mars de l'année civile qui suit.

Dans le cas des indemnités de soins médicaux majeurs, la Great-West, compagnie d'assurance-vie vous fera parvenir directement le paiement des sommes assurées.

Les indemnités d'hospitalisation seront versées au bénéficiaire ou à l'hôpital, selon les dispositions prises au préalable par l'employé.

C. Soins oculaires

1. Utilisez la formule de demande de remboursement que vous avez reçue de la Great-West, compagnie d'assurance-vie lors de votre dernier remboursement, ou procurez-vous-en une auprès de votre supérieur hiérarchique.
2. Remplissez la première partie de la formule et faites remplir la deuxième partie par le médecin ou l'optométriste traitant.
3. Adressez la formule dûment remplie au bureau de la Great-West, compagnie d'assurance-vie desservant votre province de résidence.

Bureau des règlements de la Great-West, compagnie d'assurance-vie

Terre-Neuve Île-du-Prince-Édouard Nouvelle-Écosse Nouveau-Brunswick Québec	La Great-West, compagnie d'assurance vie Service des indemnités de Montréal Place Bonaventure, Bureau 5800 800, rue de la Gauchetière Ouest Montréal (Québec) H5A 1B9
Ontario Manitoba Saskatchewan Alberta Colombie-Britannique Yukon Territoires du Nord Ouest	La Great-West, compagnie d'assurance vie Service des indemnités de Winnipeg C.P. 3050 Winnipeg (Manitoba) R3C 4E5

Paiement direct

Le paiement direct doit être effectué par chèque ou mandat et l'employé doit le faire parvenir à son employeur au plus tard le vingtième (20e) jour du mois suivant sa mise à pied à l'adresse suivante :

VIA Rail Canada Inc.
Ressources humaines
C.P. 8116
Succursale A
Montréal (Québec)
H3C 3N3

Le chèque ou le mandat doit être établi à l'ordre de :

VIA Rail Canada Inc.

Contestation des demandes de remboursement

Il vous incombe de voir à ce que les formules de demande de remboursement soient dûment remplies et de fournir à la Great-West, compagnie d'assurance-vie tous les reçus qu'elle juge nécessaires et appropriés.

Si l'assureur vous refuse le paiement de la totalité ou d'une partie d'une demande de remboursement, vous recevrez un avis écrit donnant les raisons justifiant un tel refus et spécifiant toute pièce justificative supplémentaire nécessaire à l'appui de votre demande.

Vous disposez de soixante (60) jours à compter de la date du refus pour prendre les mesures qui s'imposent.

Si le refus est attribuable à des raisons d'admissibilité, avisez le bureau des Ressources humaines pour fins de révision.

**RÉGIME DE
SOINS DENTAIRES**

Table des matières

Section	Page
Admissibilité.....	1
Définition de personne à charge	1
Résumé des avantages	2
Services dentaires de base.....	2
Services dentaires majeurs.....	2
Franchise.....	3
Prestations maximales.....	3
Frais admissibles	3
Soins dentaires de base.....	4
Soins dentaires majeurs.....	5
Frais supérieurs à 200 \$	6
Frais non admissibles	6
Exclusions générales	7
Coordination des prestations	7
Cessation de la protection.....	7
Maternité, soins aux enfants et indemnisation des accidents du travail	8
Rétablissement de la protection	8
Demandes de remboursement.....	9
Bureaux de règlements de la Great West, compagnie d'assurance-vie	10
Contestation des demandes de remboursement.....	11

Admissibilité

Les nouveaux employés, ainsi que leurs personnes à charge, sont protégés à compter du premier jour du mois civil suivant six mois de service rémunéré.

Les employés qui totalisent 126 jours de huit heures de service rémunéré, à temps plein ou à temps partiel, sont considérés comme ayant à leur crédit six mois de service rémunéré.

Pour les autres employés, les jours travaillés et(ou) les jours où ils sont disponibles pour le service sont comptés comme des jours de service rémunéré.

Un employé dont l'admissibilité aux prestations a été établie doit, pour continuer à être admissible, accumuler des crédits de service rémunéré chaque mois.

L'employé qui devient admissible aux prestations n'est assujéti à aucune formalité d'inscription au régime.

Aux termes du Régime, on entend par personne à charge :

Le conjoint ou l'enfant, qui réside au Canada excluant toute personne couverte à titre d'employé par le présent régime:

1) Le conjoint d'un employé admissible :

- conjoint : la personne légalement mariée à l'employé ou, en l'absence d'une telle personne, son conjoint de fait, c'est -à -dire au sens du Régime, la personne qui fait vie commune avec l'employé de façon continue depuis au moins un an et qui se présente publiquement comme son conjoint de fait.

2) Les enfants d'un employé ou de son conjoint, ou un enfant de l'enfant célibataire de l'employé si, dans ce dernier cas, ils vivent en permanence avec l'employé, y compris un enfant qui est le beau-fils ou la belle-fille de l'employé (et non son gendre ou sa bru) et un enfant qu'il a adopté qui:

- est entièrement à sa charge et sans emploi;
- est âgé de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans s'il fréquente à temps plein un collège ou une université; ou,
- est de tout âge s'il est handicapé.

On entend par enfant handicapé l'enfant qui ne peut subvenir à ses besoins en raison d'une infirmité physique ou mentale.

À l'exception de toute personne déjà protégée par le présent Régime en tant qu'employé admissible.

L'employé s'engage à fournir, sur demande de l'employeur ou du gestionnaire du Régime, les pièces justificatives prouvant que chaque personne qu'il a déclarée à titre de conjoint ou d'enfant, rencontre les conditions précitées.

Résumé des avantages

Le régime vise essentiellement tous les types de soins dentaires de base ou majeurs, à l'exception des soins orthodontiques (appareils de correction dentaire), pour tous les employés admissibles ainsi que leurs personnes à charge.

Le régime de soins dentaires offre une couverture conformément aux tarifs en vigueur durant chaque année du contrat, publiés par l'Ordre des dentistes de la province où les soins ont été dispensés.

Services dentaires de base

Les frais engagés pour les services dentaires de base admissibles, à savoir les services de prévention et de diagnostic, les extractions et les chirurgies buccales et les restaurations mineures (plombages) sont remboursés à 100 %. **Les soins périodontiques (traitement des gencives et du tissu entourant les dents) et les soins endodontiques (traitement du canal radiculaire et de la pulpe) sont remboursés à 80 %.** Tous les soins sont remboursés jusqu'à concurrence des montants précisés dans le guide des tarifs suggérés pour les services dentaires publié par l'Ordre des dentistes de la province où les soins ont été dispensés.

Services dentaires majeurs

Les frais engagés pour les services dentaires majeurs admissibles, à savoir les restaurations majeures comme la pose de couronnes et d'incrustations, les soins prothodontiques (ponts et dentiers), sont remboursés à 50%, jusqu'à concurrence des montants précisés dans le guide des tarifs suggérés pour les services dentaires publié par l'Ordre des dentistes de la province où les soins ont été dispensés.

Franchise

La franchise est le montant déboursé chaque année civile avant de demander un remboursement. Le montant de cette franchise n'est que de 35 \$ par année, peu importe le nombre de membres admissibles de votre famille qui reçoivent des traitements.

Prestations maximales

Le montant maximal annuel remboursé en vertu du régime pour des soins dentaires de base et(ou) majeurs est de :

2 300 \$

Pour les personnes dont la protection entre en vigueur après le 1er juillet, le montant maximal combiné est de 1 150 \$ pour le reste de l'année en cours.

Frais admissibles

Les frais admissibles en vertu du régime de soins dentaires sont limités au montant maximal figurant dans le guide des tarifs en vigueur dans la province où les services dentaires ont été dispensés.

Lorsque les soins dentaires sont dispensés à l'extérieur du Canada, les prestations accordées sont limitées au montant maximal figurant dans le guide des tarifs en vigueur dans la province de résidence de la personne admissible.

Le régime de soins dentaires englobe les soins dentaires dispensés par un dentiste, un médecin ou une personne compétente qui relève directement de la profession médicale ou dentaire (par exemple, un assistant ou un hygiéniste).

Soins dentaires de base

Remboursement de 100% des frais jusqu'à concurrence du montant maximal :

- Examen de la bouche, nettoyage des dents, application de fluorure et radiographie péricoronaire: une fois à tous les 9 mois.
- Radiographie de toute la bouche: une fois tous les 24 mois;
- Extraction et alvéolectomie (traitement du tissu osseux) au moment de l'extraction d'une dent;
- Chirurgie buccale;
- Anesthésie générale, radiographies diagnostiques et travaux de laboratoire préalables à une intervention de chirurgie buccale;
- Obturations à base d'amalgame, de silicate, de résine acrylique ou de substances mixtes;
- Traitement destiné au soulagement de la douleur;
- Médicaments et injections administrés au bureau du dentiste;
- Appareils destinés à maintenir l'espace laissé libre après la chute des dents de lait et appareils destinés à supprimer les mauvaises habitudes;
- Consultations prescrites par le dentiste traitant;
- Ablation de tumeurs, de kystes et de néoplasmes;
- Incision et drainage d'un abcès;

Remboursement de 80% des frais jusqu'à concurrence du montant maximal :

- **Soins endodontiques (traitement du canal radiculaire);**
- **Soins périodontiques (traitement des gencives et du tissu osseux).**

Soins dentaires majeurs

Remboursement de 50% des frais jusqu'à concurrence du montant maximal

- Pose d'incrustations et de couronnes;
- Pose d'un premier appareil prosthodontique (par exemple, un pont fixe, des dentiers amovibles partiels ou complets);
- Remplacement d'un appareil prosthodontique dans les cas suivants :
 - a) L'appareil est vieux de cinq ans et ne peut être réparé;
 - b) Il s'agit d'un appareil temporaire qui a été mis en place après la date d'entrée en vigueur de la protection de l'employé auquel cas on considère que l'appareil de rechange est permanent;
 - c) Le remplacement est rendu nécessaire à cause de la mise en place d'un premier dentier supérieur ou inférieur après la date d'entrée en vigueur de la protection de l'employé;
 - d) L'appareil a été endommagé à la suite d'un accident survenu après la date d'entrée en vigueur de la protection de l'employé;
 - e) Le remplacement est rendu nécessaire par l'extraction de dents additionnelles après la date d'entrée en vigueur de la protection de l'employé. Lorsque l'appareil existant peut encore être utilisé, seuls les frais relatifs à la partie de l'appareil servant à remplacer les dents enlevées sont remboursés en vertu du régime;
- Réparation, rebasage et regarnissage des dentiers existants;
- Restaurations au moyen d'or coulé, seulement si elles sont impossibles à effectuer à moindre coût par le recours à un substitut conforme aux pratiques dentaires courantes. Dans le cas de restaurations où l'or coulé peut être remplacé par un substitut, les frais remboursables en vertu du régime sont ceux du substitut.

Frais supérieurs à 200 \$

Lorsque le coût d'un traitement risque de dépasser 200 \$, l'employé qui désire connaître d'avance le montant remboursable en vertu du régime doit demander à son dentiste un devis estimatif du traitement recommandé.

Frais non admissibles

Les frais suivants ne sont pas remboursés en vertu du régime :

- Soins orthodontiques (appareils de correction dentaire);
- Traitements de nature esthétique, traitements expérimentaux, diète, prévention de la plaque dentaire, recommandations sur l'hygiène buccale, malformation et déformations congénitales;
- Remplacement d'une prothèse perdue ou volée;
- Frais relatifs à l'annulation d'un rendez-vous chez le dentiste ou à l'établissement d'une formule de demande de remboursement exigée par une compagnie d'assurances;
- Traitements dispensés dans un service dentaire ou médical relevant de l'employeur, d'une société mutuelle ou d'une association du même type;
- Services sans frais ou services pris en charge directement ou indirectement par un gouvernement, ou services pour lesquels un gouvernement interdit le versement de prestations;
- Soins dentaires prescrits à la suite de blessures volontaires ou de blessures subies au cours d'une guerre, d'une émeute ou d'une insurrection;
- Services et fournitures relatifs à une reconstitution majeure ou complète de la bouche.

Exclusions générales

Le régime ne prévoit pas le remboursement de frais occasionnés par les situations suivantes :

- Blessures subies par l'employé lors de l'exécution d'un travail rémunéré pour le compte d'un autre employeur;
- Blessures subies par une personne à charge lors de l'exécution d'un travail rémunéré pour le compte d'un employeur;
- Partie des frais remboursables en vertu de la Loi des accidents du travail ou d'un programme du même type;
- Services gratuits pour l'employé ou services qui sont ordinairement gratuits;
- Services ou parties de services qui sont dispensés en vertu d'un programme subventionné par le gouvernement.

Coordination des prestations

Certains employés et leurs personnes à charge sont admissibles aux prestations prévues par d'autres régimes de soin dentaire. Dans ce cas, les réclamations présentées pour les conjoints et les enfants doivent alors être soumises aux deux assureurs car le montant maximal remboursé ne doit pas être supérieur aux frais engagés, selon des règles définies dans les contrats d'assurance collective. Lorsque les deux conjoints travaillent pour VIA, chacun doit faire une demande de remboursement conformément aux modalités de leur police respective.

Cessation de la protection

L'assurance soins dentaires des employés prend fin à la date de démission ou de congédiement.

La protection cesse à la date d'interruption du travail en cas :

- a) de mise à pied, de grève ou de lock-out;
- b) de décès.

Lorsque le traitement d'une dent ou d'une partie de la bouche a été entrepris avant la date de cessation d'emploi, les employés et leurs personnes à charge appartenant à la classe a), de même que les personnes à charge de la classe b) restent assurés pendant trente (30) jours civils après la date d'interruption du travail, en autant que le matériel nécessaire ait été commandé ou que le traitement ait été entrepris alors que l'employé était admissible et que le matériel soit livré ou posé et que le traitement prenne fin au plus tard trente (30) jours civils après la date d'interruption du travail.

Lorsque l'employé prend sa retraite, la protection expire à la date de la retraite. Les employés restent assurés pendant trente (30) jours civils après cette date si un traitement a déjà été entrepris.

Dans le cas d'une absence autorisée pour motifs autres que l'incapacité ou la grossesse et d'une durée de plus de trente (30) jours, la protection cesse à la date d'interruption du travail.

Les employés mutés à un service dont le personnel n'est pas admissible au régime de soins dentaires cessent d'être assurés le dernier jour du mois où la mutation est devenue effective.

Maternité, soins aux enfants, indemnisation des accidents du travail et congé de maladie

Si un employé a droit à un congé autorisé pour cause de maternité, de soins aux enfants ou d'un accident de travail, l'employé continue d'être protégé en vertu du régime pendant la durée de son absence sans avoir à verser de primes durant cette période.

Dans le cas d'un congé de maladie, la protection est maintenue pendant douze (12) semaines seulement sans avoir à verser de prime durant cette période.

Rétablissement de la protection

À la suite d'une mise à pied, d'un congé autorisé, d'une grève ou d'un congédiement suivi d'une réembauche, les employés admissibles sont automatiquement protégés dès la date de leur retour au travail.

Demandes de remboursement

Marche à suivre relative à une demande de remboursement:

1. Utilisez la formule de demande de remboursement que vous avez reçue de la Great-West, compagnie d'assurance-vie lors de votre dernier remboursement, ou procurez-vous-en une auprès de votre supérieur hiérarchique.
2. Remplissez la 2e partie de la formule et faites remplir la 1re partie par votre dentiste.
3. Adressez la formule dûment remplie au bureau de la Great West, compagnie d'assurance-vie de votre province de résidence. Vous trouverez une liste de ces bureaux sur la formule de réclamation et à la fin de la présente section.

Vous pouvez aussi utiliser la formule usuelle de demande de remboursement du dentiste, mais assurez vous d'y joindre la partie 2 dûment remplie de notre propre formule de demande de remboursement.

La Great West, compagnie d'assurance-vie fera parvenir le paiement des sommes assurées à l'employé ou à son dentiste, selon les dispositions prises avec le dentiste et qui sont énoncées à la partie 1 de la formule.

Chaque patient doit remplir une formule de demande distincte et a le droit de demander le remboursement de tous les frais admissibles au fur et à mesure qu'ils sont engagés. Vous devez remplir une formule de demande de remboursement même si les frais engagés initialement sont moins élevés que la franchise de 35 \$.

NOTE : Assurez-vous de faire parvenir votre demande aux bureaux de la Great-West, compagnie d'assurance-vie avant le 31 mars de l'année civile qui suit.

Bureaux de règlements de la Great-West, compagnie d'assurance-vie

Terre-Neuve Île-du-Prince-Édouard Nouvelle-Écosse Nouveau-Brunswick Québec	La Great-West, compagnie d'assurance vie Service des indemnités de Montréal Place Bonaventure, bureau 5800 800, rue de la Gauchetière Ouest Montréal (Québec) H5A 1B9
Ontario Manitoba Saskatchewan Alberta Colombie-Britannique Yukon Territoires du Nord Ouest	La Great-West, compagnie d'assurance vie Service des indemnités de Winnipeg C.P. 3050 Winnipeg (Manitoba) R3C 4E5

Contestation des demandes de remboursement

Il vous incombe de voir à ce que les formules de demande de remboursement soient dûment remplies et de fournir à la Great West Life tous les reçus qu'elle juge nécessaires et appropriés.

Si l'Assureur vous refuse le paiement de la totalité ou d'une partie d'une demande de remboursement, vous recevrez un avis écrit donnant les raisons justifiant un tel refus et précisant toute pièce justificative supplémentaire nécessaire à l'appui de votre demande.

Vous disposez de soixante (60) jours à compter de la date du refus pour prendre les mesures qui s'imposent.

Si le refus est attribuable à des raisons d'admissibilité, avisez le bureau des Ressources humaines pour fins de révision.

**RÉGIME D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE,
DE CONGÉ DE MATERNITÉ
ET
D'ASSURANCE-VIE**

Table des matières

Section	Page
Admissibilité.....	1
Prestations.....	2
Assurance-vie.....	2
Assurance-vie à la retraite	2
Invalidité de courte durée.....	3
Prestations de congé de maternité.....	5
Exclusions	5
Maintien de la couverture d'assurance-vie	6
Demande de règlement d'invalidité de courte durée.....	7
Questions et réponses	8
Paiement direct.....	10

Admissibilité

1. L'employé devient admissible aux garanties du présent Régime d'avantages sociaux relativement à un mois donné :
 - a) si, durant ce mois, il a accompli une période de service rémunéré visée par une ou plusieurs des conventions collectives en vigueur à la Société; et,
 - b) si, le premier jour de ce mois, il a été employé continuellement à la Société pendant au moins soixante jours civils à un poste visé par une ou plusieurs des conventions collectives en vigueur à la Société.
2. Lorsqu'une personne employée par la Société qui était auparavant couverte par un autre régime garantissant des prestations au titre duquel la Société verse une cotisation obligatoire, commence une période de service rémunéré aux termes de l'une des conventions collectives en vigueur à la Société, cette personne est réputée être un employé admissible sans être tenue d'accomplir la période d'emploi continu à la Société prévue à l'alinéa 1 b) du présent article.
3. Lorsqu'une personne nouvellement embauchée par la Société commence une période de service rémunéré aux termes de l'une des conventions collectives en vigueur à la Société, après avoir accompli des services rémunérés en vertu d'une autre convention collective et ce, durant une période d'emploi de moins de soixante jours civils, on tient compte de celle-ci dans le calcul de la période d'emploi continu exigée à l'alinéa 1 b) du présent article pour remplir les conditions d'employés admissibles aux termes des présentes.
4. L'employé qui, au cours d'un mois, n'a pas de service rémunéré du fait d'une invalidité lui donnant droit à l'exonération des primes afférentes à l'assurance-vie garantie par le Régime d'avantages sociaux des employés, est réputé être un employé admissible durant ce mois.
5. Un dirigeant à temps plein, membre de l'unité de négociation, qui est un employé de la Société mais qui n'est pas un employé admissible selon la définition des présentes, a droit à la garantie d'assurance-vie s'il verse directement à la Société, lorsqu'il est exigible, le montant intégral des versements exigés pour cette garantie, à condition qu'il maintienne continuellement en vigueur sa garantie d'assurance-vie et son statut d'employé admissible. Afin de maintenir cette garantie continue pendant qu'il est en congé à temps plein, un dirigeant à temps plein, membre de l'unité de négociation nouvellement nommé bénéficie d'un délai de quatre-vingt-dix jours, à compter de la date de prise d'effet de son congé autorisé de la Société, pour présenter à la Société une demande d'adhésion à la garantie d'assurance-vie.

Prestations

1. Le Régime d'avantages sociaux des employés garantit une indemnité hebdomadaire en cas d'invalidité, une assurance-vie et des prestations de maternité conformément aux conventions collectives et aux contrats passés entre la Société et l'Assureur.

Assurance-vie

Pour les employés qui sont au service de la Société, l'assurance-vie collective garantit aux bénéficiaires désignés par l'employé, un capital de :

36 000 \$ à compter du 1^{er} janvier 2009

En cas de décès, sous réserve des dispositions du contrat avec l'Assureur.

L'assurance-vie collective comporte une clause de double indemnité garantie « 24 heures par jour » en cas de décès accidentel, sous réserve des dispositions du contrat avec l'Assureur.

Le montant de l'assurance-vie est payable en une somme globale, quelle que soit la cause du décès.

Le montant de l'assurance-vie est versé :

- i) au bénéficiaire désigné par l'employé et, s'il n'y a pas de bénéficiaire désigné;
- ii) à la succession de l'employé.

Assurance-vie à la retraite

L'employé âgé de cinquante-cinq ans ou plus, qui compte au moins dix années de service rémunéré cumulatif à la Société, a droit, lors de son départ à la retraite à un montant de 8 000 \$, payable à sa succession après son décès.

Prestations d'invalidité de courte durée

- a) Chaque employé admissible se trouvant dans l'incapacité d'accomplir ses fonctions en raison d'un accident ou d'une maladie autre qu'un accident du travail ou une maladie professionnelle a droit, sous réserve des contrats avec l'Assureur, à des prestations d'invalidité pour perte de salaire, selon le barème suivant, à condition d'avoir consulté un médecin agréé et d'être soigné par lui.

Salaire de base hebdomadaire	Prestations d'invalidité
120,01 \$ et plus	70% du salaire de base jusqu'à concurrence d'une indemnité maximale de :
	590 \$ -à compter du 1 ^{er} janvier 2009
	600 \$ -à compter du 1 ^{er} janvier 2011
	610 \$ -à compter du 1 ^{er} janvier 2012
Moins de 120,01 \$	Le moindre de 80 \$ ou de 75% du salaire de base hebdomadaire.

Si l'employé a droit à des prestations de la R.A.A.Q. (Régie de l'Assurance Automobile du Québec) ou d'autres organismes provinciaux semblables, celles-ci seront déduites des prestations d'indemnité hebdomadaire.

Le demandeur qui touche des prestations de maladie au titre de l'assurance chômage verra celles-ci majorées de prestations d'invalidité complémentaires de manière à ce qu'il reçoive un montant égal à ses prestations de maladie.

- b) Les prestations d'invalidité de courte durée stipulées au paragraphe a) commencent à compter du premier jour en cas de blessure accidentelle non professionnelle, à compter du premier jour de maladie si la personne est hospitalisée pour au moins une nuit et à compter du quatrième jour dans les autres cas de maladie.
- c) Si l'incapacité de l'employé répond aux termes du contrat avec l'Assureur, les prestations sont versées pendant une période maximale de quinze (15) semaines d'invalidité totale.
- d) Si un employé continue d'être invalide après la période stipulée au paragraphe c) et qu'il est admissible aux prestations de maladie au titre de l'assurance chômage, les prestations d'invalidité de courte durée garanties par le présent régime cesseront, sauf de la manière stipulée au paragraphe e).

- e) Si, après l'épuisement des prestations de maladie auxquelles il a droit au titre de l'assurance chômage, l'employé est toujours invalide, il continuera d'être admissible aux prestations d'invalidité de courte durée stipulées au paragraphe a) pendant une période maximale subséquente de onze (11) semaines sans autre délai de carence, jusqu'à concurrence d'une période maximale globale de vingt six (26) semaines de prestations d'invalidité de courte durée, y compris la période durant laquelle de tels versements ont été faits conformément au paragraphe c).
- f) Si vous avez droit à des prestations complémentaires en sus des prestations d'assurance chômage en cas de maladie, vous devez faire parvenir une copie des talons de chèque intitulés « Emploi et Immigration Canada - État des prestations - Avis au prestataire » à la Great-West, compagnie d'assurance-vie en y inscrivant votre nom et votre numéro d'employé.

Si vous n'avez pas conservé vos talons de chèque intitulés « État de prestations - Avis au prestataire », la Great-West, compagnie d'assurance-vie exigera une lettre d'Emploi et Immigration Canada indiquant les prestations d'assurance chômage en cas de maladie versées chaque semaine.
- g) Advenant qu'un employé ne soit pas admissible aux prestations de maladie de l'assurance chômage, il pourra continuer de recevoir des prestations d'invalidité de courte durée jusqu'à concurrence de la période maximale de vingt six (26) semaines.
- h) Un employé qui touche des prestations d'invalidité de courte durée et qui doit fournir à l'Assureur un certificat médical supplémentaire pour prouver la poursuite de l'invalidité, peut réclamer le paiement des frais reliés à l'établissement du certificat médical par le médecin traitant, jusqu'à concurrence de 30 \$ par certificat. L'employé est responsable du paiement du certificat médical initial et du formulaire médical exigé pour revenir au travail.
- i) Lorsqu'un employé qui touche des prestations d'invalidité de courte durée est mis à pied, il continue de recevoir intégralement ses versements comme s'il n'avait pas été mis à pied, tant et aussi longtemps qu'il demeure invalide selon le contrat avec l'Assureur.

Prestations de congé de maternité

Au cours de son congé de maternité, l'employée a droit à des prestations de congé de maternité égales à 85% de son salaire hebdomadaire de base pour une période maximale de 20 semaines. Si au cours de cette période, l'employée a droit à d'autres prestations, telles que les prestations de congé de maternité de l'assurance emploi, le montant de ces prestations réduira d'autant la contribution de la Société.

Exclusions

Il n'y a pas de prestations d'invalidité de courte durée:

- pour les périodes d'invalidité au cours desquelles vous n'êtes pas sous les soins d'un médecin agréé;
- pour toute période au cours de laquelle vous ne suivez pas le traitement médical prescrit par un médecin spécialisé dans le traitement de cette maladie;
- pour toute période au cours de laquelle vous bénéficiez des indemnités prévues par une loi provinciale des accidents du travail;
- pour toute période au-delà de quinze (15) semaines d'invalidité au cours de laquelle vous avez droit aux prestations d'assurance chômage en cas de maladie, sauf en ce qui a trait au montant de prestations complémentaires au titre d'un régime de sécurité d'emploi approuvé par l'assurance chômage;
- pendant la partie d'une période d'invalidité au cours de laquelle vous recevrez une rente de retraite de votre employeur, ou avez été payé en raison d'un jour férié ou d'un congé annuel. Cependant, si vous vous êtes blessé ou si vous tombez malade pendant votre congé annuel, vous pouvez interrompre votre congé temporairement et être admis à recevoir des prestations d'invalidité de courte durée;
- si vous êtes frappé d'invalidité pendant une grève. Cependant, si l'invalidité survient avant le début de la grève, les prestations seront versées pendant un maximum de quinze (15) semaines à partir du jour où vous êtes devenu invalide;
- pendant toute période au cours de laquelle vous vous acquittez d'un travail rémunéré, quel qu'il soit;
- en cas d'invalidité subie directement ou non:

- par suite d'une guerre, d'une insurrection, d'actes hostiles des forces armées d'un pays quel qu'il soit, ou de la participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- par suite de blessures subies dans l'exécution d'une tâche ou d'un travail rémunéré au service d'une entreprise autre que votre employeur;
- par suite de blessures donnant droit à réparation aux termes de la Loi sur les accidents du travail, sauf lors d'un refus de paiements par la Commission. S'il y a appel auprès de la Commission, les prestations pourraient alors être effectuées par la compagnie d'assurances. Ce montant devra toutefois être remboursé advenant une révocation de la décision de la Commission.
- lors d'un congé de maternité pris par une employée admissible, conformément à la loi fédérale ou à une entente mutuelle entre l'employée admissible et son employeur, à l'exception de la période au cours de laquelle l'employée admissible reçoit des prestations de la Commission de l'Emploi et de l'Immigration du Canada, tel que le stipule l'article intitulé « Prestations de congé de maternité »;

Maintien de la couverture d'assurance-vie

Lorsqu'une employée admissible est retirée de la liste de paie et qu'elle touche des prestations de maternité de l'assurance chômage, son assurance-vie garantie par le présent régime demeure en vigueur avec exonération de prime durant cette période, jusqu'à concurrence de cinquante-deux (52) semaines à compter de son dernier jour de travail.

Lorsqu'un employé admissible est retiré de la liste de paie en raison d'invalidité et qu'il reçoit des prestations d'invalidité de courte durée ou des prestations de maladie de l'assurance chômage, son assurance-vie et la garantie décès accidentel s'y rattachant demeurent en vigueur, avec exonération de primes.

L'assurance demeure en vigueur pendant toute la durée de l'invalidité totale, tant que l'employé n'occupe pas un emploi rémunéré, qu'il ne prend pas sa retraite et qu'il produit périodiquement les preuves d'invalidité que la compagnie d'assurances peut exiger.

Lorsqu'un employé admissible est retiré de la liste de paie en raison d'une invalidité couverte par le régime d'indemnisation des accidents du travail, la somme totale de son assurance-vie et la garantie décès accidentel s'y rapportant demeurent en vigueur, sans paiements de primes, pendant la période durant laquelle il est en traitement et en rééducation professionnelle aux frais du régime d'indemnisation des accidents du travail. S'il continue d'être exclu de la liste de paie après la fin du traitement et de la rééducation, il lui incombe de faire le nécessaire pour que son assurance-vie soit maintenue, en versant à la Société la prime appropriée pour chaque mois additionnel pendant lequel il continue d'être exclu de la liste de paie, jusqu'à concurrence d'un maximum de douze mois à compter de son dernier jour de travail.

L'employé admissible qui est mis à pied ou qui est en congé autorisé, et qui, de ce fait, n'a pas droit à l'exonération de primes conformément aux alinéas b) ou c), a le droit de maintenir son assurance-vie en vigueur en versant à la Société la prime appropriée pendant une période d'au plus douze (12) mois à compter de la fin du mois au cours duquel sa mise à pied ou son congé autorisé a débuté. Ce versement direct est exigible au plus tard à la fin du mois suivant celui au cours duquel une prime a été acquittée pour la dernière fois en son nom.

Demande de règlement

Invalidité de courte durée

Les formalités à remplir pour demander l'invalidité de courte durée (maladie) sont les suivantes:

- Obtenir auprès de votre supérieur immédiat la formule "Déclaration de l'employé".
- Compléter les sections:
 - Déclaration de sinistre
 - Demande d'autorisation
- Demander à votre médecin traitant de remplir les sections:
 - Déclaration initiale du médecin traitant
 - Avis d'absence à remettre au superviseur

- Envoyer la formule "Déclaration de l'employé" directement à la Great West, compagnie d'assurance vie en vous assurant que les sections suivantes soient dûment complétées:
 - Déclaration de sinistre
 - Demande d'autorisation
 - Déclaration initiale du médecin traitant
- Envoyer à votre superviseur la section "Avis d'absence à remettre au superviseur" dûment complétée aussitôt que possible.
- Votre superviseur complétera la formule "Déclaration de l'employeur" et l'enverra directement à la Great West.

Les prestations d'invalidité de courte durée peuvent être déposées directement dans le compte de banque de l'employé si ce dernier remplit la section « Autorisation de dépôt direct » et communique les renseignements appropriés à la Great-West, compagnie d'assurance-vie.

Questions et réponses

Invalidité de courte durée (maladie)

1. *Quand faut-il demander les prestations ?*

Il est essentiel de faire votre demande dès que vous avez droit aux prestations d'invalidité de courte durée.

La déclaration de l'employé doit être remise dans les 30 jours qui suivent le début de l'invalidité.

Les formules de demande nécessaires vous seront fournies par votre supérieur immédiat.

2. *Les prestations sont-elles imposables ?*

Les prestations d'invalidité sont considérées comme un remplacement de salaire et sont donc un revenu imposable. L'impôt sera retenu à la source sur toutes les prestations qui vous seront versées par l'Assureur.

3. *Quand l'admissibilité aux prestations d'invalidité de courte durée prend-elle fin ?*

- a) le jour où vous quittez le service de l'employeur; ou,
- b) le jour où vous cessez d'avoir droit à ces prestations pour toute autre raison; ou,
- c) le jour de la résiliation du régime.

Aux fins de l'invalidité de courte durée, le service est considéré comme interrompu le jour où vous n'êtes pas effectivement au travail, à l'exception de:

- toute période de congé annuel;
- toute période au cours de laquelle vous avez droit aux prestations d'invalidité de courte durée ou aux prestations d'assurance chômage en cas de maladie ou d'accident du travail;
- toute absence accordée en raison d'un deuil, d'un congé payé consenti à un employé devant exercer des fonctions de juré, ou à des délégués syndicaux en congé temporaire pour exercer des activités syndicales et pour qui la prime a été payée en raison de service rémunéré dans le mois courant ou précédent;
- Toute période au cours de laquelle vous serez mis à pied ou en congé autorisé, si le retour au travail s'effectue au cours du même mois calendrier où la mise à pied ou le congé autorisé a débuté.

4. *La «Déclaration initiale du médecin traitant» est-elle aux frais de l'employé ?*

Oui.

5. *Si, à la suite d'une invalidité, je tombe malade de nouveau après mon retour au travail, comment cette seconde maladie est-elle traitée ?*

Elle est considérée comme la suite de la première invalidité à moins que vous n'ayez travaillé à plein temps pendant au moins deux (2) semaines consécutives suivant votre rétablissement complet de la première invalidité ou qu'elle ne résulte de causes totalement distinctes.

Si, après votre retour, vous avez travaillé à plein temps pendant au moins quatre (4) semaines consécutives, elle sera considérée comme une nouvelle invalidité, même si elle résulte des mêmes causes que la première.

Assurance-vie et décès accidentel

6. *Qu'arrivera-t-il si je ne fais pas le premier versement direct ou les versements subséquents ?*

Votre assurance-vie et décès accidentel expireront. Il est donc essentiel d'effectuer ce versement direct afin de maintenir votre assurance-vie en vigueur.

7. *Quand l'assurance-vie et le décès accidentel expirent-ils si je quitte mon emploi ? Puis-je les maintenir en vigueur sur une base individuelle ?*

L'assurance-vie et le décès accidentel terminent à la date de votre départ.

Cependant, dans les trente et un (31) jours suivants, vous pourrez transformer, sans examen médical, votre assurance collective en une assurance individuelle.

Paiement direct

Le paiement direct pour l'assurance-vie doit être effectué par chèque ou mandat et l'employé doit le faire parvenir à son employeur au plus tard le vingtième (20e) jour du mois suivant sa mise à pied à l'adresse suivante :

VIA Rail Canada Inc.
Ressources humaines
Case postale 8116
Succursale A
Montréal (Québec)
H3C 3N3

Le chèque ou le mandat doit être établi à l'ordre de :

VIA Rail Canada Inc.

**TITRES DE
TRANSPORT FERROVIAIRE
GRATUIT**

Objet

À titre de privilège, VIA accorde à ses employés des titres de transport ferroviaire gratuit sous forme de laissez-passer.

Admissibilité

Les employés syndiqués reçoivent un laissez-passer après avoir complété une année de service rémunéré.

Personnes à charge

- 1) Le conjoint ou l'enfant de l'employé admissible, qui réside au Canada excluant toute personne couverte à titre d'employé par le présent régime.
 - le conjoint : la personne légalement mariée à l'employé ou, en l'absence d'une telle personne, son conjoint de fait, c'est-à-dire au sens du Régime, la personne qui fait vie commune avec l'employé de façon continue depuis au moins un an et qui se présente publiquement comme son conjoint de fait.
- 2) Les enfants d'un employé ou de son conjoint, ou un enfant de l'enfant célibataire de l'employé si, dans ce dernier cas, ils vivent en permanence avec l'employé, y compris un enfant qui est le beau-fils ou la belle-fille de l'employé (et non son gendre ou sa bru) et un enfant qu'il a adopté qui :
 - est entièrement à sa charge et sans emploi;
 - est âgé de moins de vingt et un (21) ans ou, de moins de vingt-cinq (25) ans s'il fréquente à temps plein un collège ou une université; ou,
 - est de tout âge, s'il est handicapé.

Demandes de laissez-passer

Les laissez-passer sont émis automatiquement aux employés par les Ressources humaines au siège social.

Les employés peuvent demander des laissez-passer pour leur conjoint et les personnes à leur charge en s'adressant au bureau des Ressources humaines au siège social.

Avantages de catégorie «B»

Le laissez-passer de catégorie "B" est émis aux employés ayant un an (1) de service rémunéré ainsi qu'à leur conjoint et à leurs personnes à charge.

Le laissez-passer donne droit au transport gratuit dans tout le réseau et à la réservation de places, sous réserve des restrictions visant certains trains et les périodes de pointe.

Perte ou vol d'un laissez-passer

L'employé doit immédiatement signaler la perte ou le vol de son laissez-passer au bureau des Ressources humaines au siège social. (Les laissez-passer déclarés perdus ou volés sont immédiatement annulés.)

Départ d'un employé

Lorsqu'un employé quitte VIA Rail pour quelque raison que ce soit, sauf en cas de départ à la retraite, il doit remettre à son supérieur hiérarchique ou au bureau des Ressources humaines tous les laissez-passer en sa possession, y compris ceux qui ont été accordés aux personnes à sa charge.

Employés mis à pied

Les employés mis à pied ainsi que leur personne à charge garderont leur privilège de laissez-passer selon les règlements de la Société, tant qu'ils demeurent au service de la Société.

Autres dispositions

Le document complet détaillant les règlements sur les laissez-passer est remis à chaque employé lors de l'émission de son premier laissez-passer. Ce document est également une source complète de renseignements. Veuillez noter que ce privilège peut faire l'objet de changements sans préavis.