

Nuestro compromiso con nuestros afiliados

En su calidad de afiliado, usted tiene derecho a que le brindemos nuestra atención, nuestro respeto y nuestra disponibilidad. Puede contar con el compromiso de nuestro equipo para procesar sus requerimientos con objetividad y diligencia para brindarle siempre un buen servicio.

Desjardins Assurances pone las necesidades de sus afiliados en el centro de sus preocupaciones. Su seguridad financiera es primordial para nosotros. Por eso, estamos en condiciones de aportarle un apoyo financiero en caso de enfermedad, accidente o fallecimiento.

El presente folleto presenta una síntesis de nuestras obligaciones financieras para con usted.



360° | ASSURANCE
MC COLLECTIVE

desjardinsassurancevie.com



Desjardins Assurances designa a Desjardins Sécurité financière, compañía de seguros de vida.

MC Marca registrada propiedad de Desjardins Sécurité financière, compañía de seguros de vida
La Fundación Canadiense del Corazón de Canadá reconoce las importantes contribuciones de sus patrocinadores. Este reconocimiento no constituye una recomendación.

MC El icono del corazón y la / sola y el icono del corazón y la / seguida de otro icono o palabras en francés o en inglés son marcas comerciales de la Fundación Canadiense del Corazón (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC) de Canadá utilizadas bajo licencia.



Este documento está impreso en papel Rolland Enviro.
100 %

03074F (2017-

Su plan de seguro colectivo

**OLYMEL S.E.C. & UNIÓN INTERNACIONAL DE
TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DE LA
ALIMENTACIÓN Y EL COMERCIO SECCIÓN LOCAL 1991-
PFAT-COI-CTC-FTQ, TUAC CANADA**

Póliza n° Q1495

**Empleados sindicalizados sin incluir a empleados
sindicalizados de mantenimiento**

Orgullosa aliada de



Su plan de seguro colectivo

**OLYMEL S.E.C. & UNIÓN INTERNACIONAL DE
TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DE LA
ALIMENTACIÓN Y EL COMERCIO SECCIÓN LOCAL 1991-
PFAT-COI-CTC-FTQ, TUAC CANADA**

Póliza n° Q1495

**Empleados sindicalizados sin incluir a empleados
sindicalizados de mantenimiento**

Este documento forma parte del certificado de seguro. Constituye un resumen de la póliza de seguro colectivo que ha entrado en vigor el 1º de marzo de 2017. Solo la póliza de seguro colectivo puede servir para dirimir las cuestiones de orden legal.

Esta versión electrónica del folleto ha sido actualizada el 1º de mayo de 2019. Por favor, tenga en cuenta que esta versión electrónica se actualiza con mayor frecuencia que la versión impresa de su folleto. Por lo tanto pueden aparecer divergencias entre los dos documentos.

ÍNDICE

TABLA DE GARANTIAS	1
DEFINICIONES	9
ADMISIBILIDAD	13
FECHA DE VIGENCIA DEL SEGURO Y EXENCIÓN DE PRIMAS	15
CESE DEL SEGURO	18
SOLICITUDES DE COBERTURA	19
SEGURO DE VIDA BÁSICO DEL AFILIADO	21
SEGURO DE VIDA BÁSICO DE LAS PERSONAS A CARGO	26
SEGURO SALARIAL A CORTO PLAZO DEL AFILIADO	28
SEGURO SALARIAL A LARGO PLAZO DEL AFILIADO	36
SEGURO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES	46
DEFINICIONES	46

TABLA DE GARANTIAS

DISPOSICIONES GENERALES

Adhesión: Obligatoria

Condiciones de admisibilidad

Cantidad de horas trabajadas por semana: Un mínimo de 24 horas por semana.

Plazo de admisibilidad: La fecha en que el empleado cumpla 3 meses de servicio continuo para el empleador.

Exención de primas

Coberturas de seguro que son objeto de exención de las primas en caso de incapacidad total:

- seguro de vida básico del afiliado;
- seguro de vida básico de las personas a cargo;
- seguro salarial a corto plazo del afiliado;
- seguro salarial a largo plazo del afiliado.

Inicio de la exención: Al final del período de espera previsto en virtud de la cobertura del seguro salarial a largo plazo del afiliado.

SEGURO DE VIDA BÁSICO DEL AFILIADO

Monto del seguro: * 1,5 veces el ingreso anual, redondeado al siguiente múltiplo de 1 000 \$, si no lo es, hasta un máximo de 1 000 000 \$.

Máximo sin pruebas de asegurabilidad: 250 000 \$

*** Reducción del monto:** Al cumplir 65 años el afiliado, el monto del seguro se reducirá en un 50 %.

Fin de la cobertura

Edad límite: Al cumplir 70 años el afiliado o al inicio de la jubilación, lo que ocurra primero.

SEGURO DE VIDA BÁSICO DE LAS PERSONAS A CARGO

Monto del seguro: Cónyuge: 10 000 \$
Cada hijo: 5 000 \$

Inicio del seguro del recién nacido: A partir del nacimiento.

Fin de la garantía

Edad límite: Al cumplir 70 años el afiliado o al inicio de su jubilación, lo que ocurra primero.

SEGURO SALARIAL A CORTO PLAZO DEL AFILIADO

**Porcentaje y
máximo de los
beneficios:**

66,67 % del ingreso semanal bruto
redondeado al siguiente múltiplo de 1 \$, si
no lo es, hasta alcanzar 1 500 \$.

**Integración al seguro de
empleo:**

Plan complementario (PSC): al beneficio se
le deducen las indemnizaciones de
sustitución pagaderas en virtud de la Ley de
Seguro de Empleo.

Período de espera:

0 días en caso de accidente
7 días en caso de enfermedad
0 días en caso de internación.

Base de pago:

7 días (calendario)

**Duración máxima de los
beneficios:**

119 días

**Impuestos a los
beneficios:**

Imponibles

**Cese del pago de
beneficios**

Edad límite:

Al cumplir 70 años el afiliado o al inicio de la
jubilación, lo que ocurra primero.

SEGURO SALARIAL A LARGO PLAZO DEL AFILIADO

**Porcentaje y
máximo de los
beneficios:**

70 % del ingreso mensual bruto,
redondeado al siguiente múltiplo de 1 \$, si
no lo es, hasta alcanzar 4 000 \$.

**Máximo sin pruebas
de asegurabilidad:**

4 000 \$

Período de espera:

119 días o el final del período máximo de
beneficios de seguro salarial a corto plazo.

**Duración máxima de los
beneficios:**

Hasta los 65 años.

**Impuestos a los
beneficios:**

Imponibles

**Cese del pago de
beneficios**

Edad límite:

Al cumplir 65 años el afiliado o al inicio de la
jubilación, lo que ocurra primero.

SEGURO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

Monto de la franquicia

Medicamentos:	Copago de 5 \$ por medicamento prescrito
Gastos de internación:	Ninguno
Seguro de viaje:	Ninguno
Paciente derivado:	Ninguno
Gafas y lentes de contacto:	Ninguno
Cuidados de la visión:	Ninguno
Para todos los demás gastos:	Ninguno

Porcentaje de reembolso

Medicamentos:	<ol style="list-style-type: none">1) Medicamentos genéricos: 80 % del precio del medicamento genérico equivalente más barato disponible en el mercado2) Medicamentos de marca:<ul style="list-style-type: none">• 80 % del precio del medicamento de marca si no hay un medicamento genérico equivalente disponible en el mercado• 80 % del precio del medicamento genérico equivalente más barato disponible en el mercado
----------------------	---

Contribución máxima para medicamentos:

Por cada año calendario, se aplica una contribución máxima a los gastos admisibles para los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Esta contribución es la franquicia y parte de los gastos admisibles que no se reembolsa en virtud de esta cobertura.

Si la contribución del afiliado alcanza el máximo de la contribución anual establecida por la RAMQ, por los gastos en que incurran él y sus hijos a cargo, el porcentaje de reembolso de los medicamentos registrados en la lista de la RAMQ para el afiliado y sus hijos a cargo, pasa al 100% por el resto del año calendario.

Si la contribución alcanza el máximo de la contribución anual establecido por la RAMQ, para los gastos incurridos por el cónyuge del afiliado, el porcentaje de reembolso de los medicamentos registrados en la lista de la RAMQ pasa al 100% para el cónyuge por el resto del año calendario.

Gastos de internación:	100 %
Cura de desintoxicación:	100 %
Seguro de viaje:	100 %
Gafas y lentes de contacto:	100 %
Cuidados de la visión:	100 %
Para todos los demás gastos:	80 %

Límite de los gastos admisibles

Medicamentos: Gastos habituales y razonables

Gastos de internación a corto plazo: El costo de una habitación de dos camas (semiprivada) por cada día de hospitalización, sin límite en la cantidad de días.

Gastos de internación a largo plazo:

- **Establecimiento especializado en cuidados paliativos:** Monto pagadero de 40 \$ por día y un máximo de 60 días.

 - **Centro de convalecencia o rehabilitación:** El costo de una habitación de dos camas (semiprivada) por cada día de hospitalización y hasta cumplir 180 días por incapacidad para el total de la atención.
- Seguro de viaje:** Hasta alcanzar un máximo de por vida pagadero de 5.000.000 \$ por persona asegurada.
- Cuidados de enfermería:** Monto pagadero de 5 000 \$ por año calendario por persona asegurada.
- Servicios paramédicos:** Monto pagadero de 500 \$ por año calendario por persona asegurada para todos los especialistas:
- acupuntor
 - fonoaudiólogo o terapeuta del oído
 - quiropráctico
 - ergoterapeuta
 - masoterapeuta
 - naturópata
 - ortofonista o terapeuta de la palabra
 - osteópata
 - fisioterapeuta o fisiatra
 - podiatra o podólogo
 - psicólogo o trabajador social

Fin de la garantía

Edad límite: La fecha de jubilación.

DEFINICIONES

En el marco del contrato:

Accidente se refiere a toda lesión corporal comprobada por un médico que sea resultado directo, independientemente de cualquier otra causa, de la acción repentina e imprevista de una causa externa. Esta definición excluye cualquier otra forma de enfermedad o proceso degenerativo, cualquier hernia inguinal, femoral, umbilical o abdominal, cualquier infección distinta de las que resulten de un corte o una herida visible y externa sufrida por accidente.

Afiliado se refiere a todo empleado que sea admisible para el seguro y se haya afiliado, y cuyo seguro haya entrado en vigor.

Edad se refiere a la edad alcanzada en el último cumpleaños del afiliado en el momento en que se declara o calcula, o el día en que se produzca un evento previsto en el contrato.

Aseguradora se refiere a Desjardins Sécurité Financière, compañía francesa de seguros de vida.

Licencia por maternidad se refiere a toda ausencia del trabajo motivada por un embarazo en el sentido de la ley sobre las normas laborales que sea aplicable en la provincia de residencia del afiliado. La licencia por maternidad está compuesta por una licencia voluntaria y una licencia denominada "licencia por enfermedad". Esta licencia por enfermedad se inicia el día del parto y dura al menos 6 semanas (8 semanas en el caso de una cesárea). El afiliado se considera en licencia por maternidad durante todo el período en que recibe beneficios de maternidad en virtud de toda ley federal o provincial. Si se ausenta del trabajo por una incapacidad total que haya comenzado antes o durante el embarazo, se lo considera en licencia por maternidad de acuerdo con toda ley federal o provincial a tal efecto.

Licencia parental se refiere a todo período de ausencia al trabajo tomado por el afiliado para ocuparse de su hijo recién nacido o adoptado, en el sentido de toda ley provincial o federal sobre las normas laborales o de un acuerdo entre el afiliado y el empleador.

Licencia por razones familiares se refiere a todo período de ausencia al trabajo tomado por el afiliado en el sentido de toda ley provincial o federal o de un acuerdo entre el afiliado y el empleador.

Cónyuge se refiere a toda persona admisible que resida en Canadá y que, al momento del evento que da lugar al derecho a beneficios:

- 1) esté legalmente casada o en unión civil con un afiliado;
- 2) haya estado viviendo en una relación conyugal con el afiliado al menos 12 meses y no se haya separado de él desde hace 90 días o más debido al fracaso de su unión;
- 3) haya estado viviendo en una relación conyugal con el afiliado, haya tenido un hijo con él y no se haya separado de él desde hace 90 días o más debido al fracaso de su unión.

En presencia de dos cónyuges, solo uno será reconocido por la aseguradora para todas las coberturas de un mismo plan. La prioridad se dará en el siguiente orden:

- 1) el cónyuge admisible que fue el último en ser designado como tal mediante notificación por escrito del afiliado a la aseguradora, sujeto a la aceptación de cualquier prueba de asegurabilidad requerida de acuerdo con el contrato;
- 2) el cónyuge con el que el afiliado esté unido legalmente por matrimonio o unión civil.

En todo momento, solo una persona puede estar cubierta como cónyuge de un empleado.

Efectivamente en el trabajo se refiere al hecho de que un empleado realiza, en el curso de una jornada laboral, todas las tareas habituales relacionadas con el trabajo que efectúa para el empleador según el número de horas previsto para esa jornada.

Empleado se refiere a la persona que reside en Canadá, que está al servicio del empleador a tiempo completo de manera permanente, que trabaja la cantidad de horas indicada en la TABLA DE COBERTURAS y que es miembro del sindicato. Sin embargo, si un empleado tiene su domicilio fuera de Canadá, se puede considerar que ese empleado está domiciliado en Canadá a condición de que la aseguradora haya dado su aprobación previa por escrito. Por sindicato se hace referencia a la "Unión internacional de trabajadores y trabajadoras de la alimentación y el comercio sección local 1991-PFAT-COI-CTC-FTQ" (« Union internationale des travailleurs (euses) unis de l'alimentation de commerce section locale 1991-PFAT-COI-CTC-FTQ, TUAC Canada »).

Empleador se refiere a Olymel

S.E.C. Hijo a cargo se refiere al hijo

que:

- 1) tiene menos de 21 años y con respecto al cual el afiliado o el cónyuge del afiliado ejercen la patria potestad o ejercerían la patria potestad hasta que alcanzara la mayoría de edad;
- 2) no tiene cónyuge, tiene 25 años o menos, asiste, o se considera que asiste, a una institución educativa a tiempo completo, como estudiante debidamente inscrito, y con respecto al cual el afiliado o el cónyuge del afiliado ejercería la patria potestad mientras sea menor de edad;
- 3) es mayor de edad, sin cónyuge y padece una discapacidad funcional surgida cuando la condición de esta persona correspondía a una u otra de las definiciones dadas en los párrafos anteriores 1) o 2). Además, para ser considerada como tal, la persona que padece una discapacidad funcional debe estar domiciliada en casa de alguien que, además de estar asegurado en calidad de afiliado o de cónyuge de un afiliado, ejercería la patria potestad sobre la persona afectada por la discapacidad si fuera menor de edad.

Se entiende que la discapacidad funcional se definirá de acuerdo con lo previsto por la normativa aplicable de cualquier ley provincial, en su caso.

Familia inmediata se refiere a una persona que es cónyuge, hijo, hija, padre, madre, hermano, hermana, yerno, nuera, suegro, suegra, cuñado o cuñada del afiliado con cobertura en virtud del contrato.

Hospital se refiere a todo hospital o centro hospitalario reconocido por la ley como tal, que cumpla principalmente la función de atender a personas enfermas o heridas, que esté dotado de instalaciones que permitan establecer diagnósticos y realizar operaciones quirúrgicas mayores y que dispense cuidados de enfermería las 24 horas. No están comprendidos en esta categoría ni las casas de salud, ni los hogares para ancianos o pacientes con enfermedades crónicas, ni las casas de reposo, ni las residencias de convalecencia ni los establecimientos que dispensan cuidados a alcohólicos o toxicómanos.

Enfermedad se refiere a cualquier deterioro de la salud o desorden del organismo comprobado por un médico. Por requerimientos de la policía, la donación de órganos y sus complicaciones también son considerados como enfermedades.

Médico se refiere a un médico debidamente calificado, autorizado a practicar la medicina en el lugar en el que provee servicios médicos.

Persona a cargo se refiere al cónyuge o a un hijo a cargo que resida en Canadá. Sin embargo, si una persona a cargo tiene su domicilio fuera de Canadá, se puede considerar que esa persona está domiciliada en Canadá a condición que esté cubierta por un plan provincial de atención médica y que la aseguradora haya dado su aprobación previa por escrito.

Persona asegurada se refiere al afiliado o a una de las personas a cargo aseguradas, si es el caso.

Titular de la póliza se refiere a la compañía o el grupo cuyo nombre se encuentra escrito en la propuesta y figura en la portada del contrato.

Ingresos se refiere a la tasa de remuneración habitual que le paga el empleador al empleado, incluyendo los dividendos. Esto no incluye los bonos, las horas extra ni cualquier otra forma de remuneración no regular.

En caso de que la cobertura de seguro salarial de corto plazo se registre con el fin de reducir la tasa de cotización del seguro de empleo, las primas, las horas extra y cualquier otra retribución adicional percibida de forma regular forman parte de los ingresos. La suma de estos montos debe ser declarada como ingresos por el titular de la póliza a la aseguradora.

Atención médica continua se refiere a la naturaleza de la atención que debe recibir el afiliado, que debe ser reconocida como efectiva, adecuada y esencial para el establecimiento de un diagnóstico o el tratamiento de una persona por una enfermedad o un accidente. Debe ser razonable y de práctica estándar, y ser administrada o prescrita por un médico o, si la aseguradora lo considera necesario, por un especialista del campo correspondiente. Esta atención no se limita a exámenes o análisis y su frecuencia debe corresponder a la que requiera la afección de la que se trate.

ADMISIBILIDAD

ADMISIBILIDAD DE LOS EMPLEADOS

Un empleado resulta admisible para la aseguradora

- 1) a la fecha de entrada en vigor, si satisface las condiciones de admisibilidad indicadas en la TABLA DE COBERTURAS;
- 2) después de la fecha de entrada en vigor, a partir de la fecha en que satisface las condiciones de admisibilidad indicadas en la TABLA DE COBERTURAS.

Un empleado cuyo seguro según el contrato haya llegado a su fin como resultado del cese del empleo y que sea recontratado por el empleador dentro de los seis meses inmediatamente posteriores al cese de su seguro tiene derecho a que su seguro vuelva a entrar en vigor a partir de la fecha en que se reincorpore al trabajo, siempre que se realice la solicitud de entrada en vigor a la aseguradora dentro de los 31 días siguientes a esa fecha de admisibilidad.

ADMISIBILIDAD AL SEGURO PARA LAS PERSONAS A CARGO

El afiliado que tenga personas a cargo a la fecha en que resulta admisible para el seguro de acuerdo con el contrato es admisible para el seguro de las personas a cargo en esa misma fecha.

El afiliado sin personas a cargo que esté asegurado en virtud del contrato es admisible para el seguro de personas a cargo en la fecha en que tenga una persona a cargo.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Todo afiliado admisible para el seguro debe completar una solicitud de afiliación o una solicitud de exención para sí mismo y para las personas a cargo, si las tuviera, dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que resulta admisible.

DERECHO DE EXENCIÓN

Un afiliado puede rechazar la cobertura de seguro de accidentes y enfermedades o del seguro de odontología, si forman parte del contrato, si tiene cobertura como persona a cargo de acuerdo con el contrato u otro plan de seguro colectivo similar. No obstante, si se da por terminado el otro plan o si el cónyuge deja de formar parte de una categoría admisible, el afiliado podrá estar cubierto, a partir de la fecha de esa cesación, por la cobertura del seguro al que previamente había optado por no afiliarse, siempre que se realice una solicitud por escrito para tal fin dentro de los 31 días posteriores a esa fecha de admisibilidad.

Si la solicitud se recibe más de 31 días después de esta fecha de admisibilidad del seguro, se aplican las siguientes condiciones:

- 1) la cobertura del seguro de accidentes y enfermedades entrará en vigor en la fecha en que el afiliado firme la solicitud y no se requerirá ninguna prueba de asegurabilidad;

- 2) la cobertura del seguro de gastos odontológicos entrará en vigor en la fecha en que el afiliado firme la solicitud y las pruebas de asegurabilidad sean reemplazadas por una limitación de beneficios, descrita en el apartado RESTRICCIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES de la cobertura del seguro de gastos odontológicos.

PERSONA ASEGURADA DE 65 AÑOS O MÁS

Toda persona de 65 años o más queda automáticamente asegurada por el plan de seguro de medicamentos del gobierno de Quebec para los medicamentos y otros productos que aparecen en la lista de ese plan. Las personas que deseen mantener la cobertura de medicamentos prevista en el contrato después de los 65 años deben solicitarlo previamente por escrito a la aseguradora, que determinará el monto de la prima necesaria para asegurarlas, si fuera el caso. Sin embargo, ninguna persona a cargo podrá seguir asegurada por la cobertura del seguro de accidentes y enfermedades si el afiliado no sigue.

Toda solicitud para mantener en vigor el seguro o cualquier solicitud de exención para el afiliado o sus personas a cargo, si las hubiera, debe presentarse por escrito a la aseguradora dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que la persona o las personas interesadas resulten admisibles para el plan de seguro de medicamentos del gobierno de Quebec.

PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD

Se entiende por prueba de asegurabilidad cualquier certificado relativo al estado físico de salud de la persona u otros datos fácticos que puedan influir en la aceptación del riesgo. Solo se aceptan certificados elaborados con formularios aprobados por la aseguradora.

FECHA DE VIGENCIA DEL SEGURO Y EXENCIÓN DE PRIMAS

FECHA DE VIGENCIA DEL SEGURO DE LOS AFILIADOS

El seguro de todo empleado entra en vigor en la última de las siguientes fechas, siempre que se encuentre efectivamente en el trabajo en esa fecha:

- 1) la fecha de vigencia del contrato;
- 2) la fecha en la que se vuelve admisible para el seguro, siempre que la aseguradora reciba su solicitud por escrito, completada de acuerdo con los requisitos de la aseguradora, dentro de los 180 días posteriores a la fecha de admisibilidad;
- 3) la fecha en que la aseguradora aprueba la asegurabilidad del empleado si recibe la solicitud de seguro del empleado más allá de los 180 días posteriores a la fecha de admisibilidad, excepto en el caso de cobertura de seguro de accidentes y enfermedades, que entra en vigor en la fecha en que el empleado firma su solicitud por escrito, completada de acuerdo con los requisitos de la aseguradora.

Si el empleado no está efectivamente en el trabajo en la fecha en que su seguro normalmente entraría en vigor, su seguro comienza el primer día que regresa efectivamente al trabajo.

Si el empleado no está efectivamente en el trabajo en esa fecha solo porque está con licencia remunerada o porque es un día feriado, se considera que está efectivamente en el trabajo en esa fecha.

Si un afiliado solicita un monto de seguro que excede el monto máximo que otorga la aseguradora sin pruebas de asegurabilidad indicado en la TABLA DE COBERTURAS, este monto excedente del seguro entrará en vigor en la última de las fechas descritas anteriormente o en la fecha en que la aseguradora apruebe la asegurabilidad del afiliado, según lo último que ocurra.

En el caso de la cobertura de SEGURO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS, si forma parte del contrato, para cualquier empleado cuyo seguro entre en vigor más de 31 días después de su fecha de admisibilidad para el seguro, las pruebas de asegurabilidad se sustituyen por una limitación de los beneficios descrita en el artículo RESTRICCIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES de la cobertura del SEGURO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS.

FECHA DE VIGENCIA DEL SEGURO DE LAS PERSONAS A CARGO

El seguro de las personas a cargo del afiliado entra en vigor en la última de las fechas siguientes:

- 1) la fecha en que entra en vigor el seguro del afiliado según el contrato;
- 2) la fecha en que el afiliado asegurado según el contrato se vuelve admisible para el seguro de las personas a cargo, siempre que se presente una solicitud por escrito dentro de los 31 días posteriores a dicha fecha de admisibilidad;

- 3) la fecha en que la aseguradora aprueba la asegurabilidad de las personas a cargo, si el afiliado debe presentar pruebas de asegurabilidad por no haber presentado su solicitud de seguro dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que resultó admisible para el seguro, excepto en el caso de cobertura del seguro de accidentes y enfermedades, que entra en vigor en la fecha en que el empleado firma su solicitud por escrito, cumplimentada de acuerdo con los requisitos de la aseguradora;
- 4) la fecha en que la aseguradora aprueba la asegurabilidad de las personas a cargo, si el afiliado presenta una solicitud de seguro de personas a cargo más de 31 días después de resultar admisible por primera vez para el seguro de personas a cargo, excepto en el caso de la cobertura del seguro de accidentes y enfermedades, que entra en vigor en la fecha en que el empleado firma la solicitud por escrito, cumplimentada de acuerdo con los requisitos de la aseguradora.

El seguro de toda persona que se convierta en persona a cargo admisible de un afiliado que haya suscrito el seguro de personas a cargo entra en vigor en la fecha en que se convierte en persona a cargo según la definición del contrato.

Si una persona a cargo (que no sea un recién nacido) está hospitalizada en la fecha en que su seguro normalmente entraría en vigor, su seguro no entrará en vigor hasta el primer día inmediatamente posterior al alta del hospital. Sin embargo, la obligación de que una persona a cargo no se encuentre hospitalizada no se aplica a la cobertura del seguro de salud y accidentes.

EXENCIÓN DE PRIMAS

- 1) Para las coberturas identificadas al respecto en la TABLA DE COBERTURAS, desde el inicio de la exención de primas indicado en la misma, no paga prima ningún afiliado que quede totalmente incapacitado mientras esté cubierto por el contrato pero antes de cumplir los 65 años, si presenta a la aseguradora un certificado satisfactorio de esta incapacidad total. Esta exención continúa mientras dure la incapacidad total del afiliado. A los efectos de este artículo, la exención finaliza en la más temprana de las siguientes fechas:
 - a) la fecha en que el afiliado no puede o se niega a presentar a la aseguradora pruebas satisfactorias de su incapacidad total, dentro de los tres meses siguientes a la fecha de pedido de la aseguradora;
 - b) la fecha en que el afiliado deja de tener una incapacidad total;
 - c) para la cobertura del seguro de vida, la fecha en que el afiliado convierte su seguro según la disposición relativa al DERECHO DE CONVERSIÓN;
 - d) la fecha en que el afiliado cumple 65 años o la fecha de su jubilación, si es anterior;

- e) para las coberturas identificadas en la sección EXENCIÓN DE PRIMAS en la TABLA DE COBERTURAS, la fecha de fin de cada una de las coberturas o la fecha de rescisión del contrato además de las fecha antes mencionadas, excepto para las coberturas de seguro de vida básico del afiliado, de seguro de vida de las personas a cargo y de seguro salarial largo plazo .
- 2) Las disposiciones del contrato que se relacionan con cualquier aumento en los montos del seguro dejan de tener efecto durante la incapacidad total.
 - 3) Si se produce una reincidencia de la incapacidad dentro de los seis meses posteriores al final de un período anterior de incapacidad total que dio lugar a la exención de primas según del contrato, esta recurrencia se considera una extensión del período anterior si se debe a las mismas causas o a causas relacionadas.
 - 4) En el caso de la cobertura del seguro de vida, si un afiliado con incapacidad total fallece más de 31 días después de la fecha de cese de su seguro y antes de cumplir los 65 años y la aseguradora no ha recibido notificación por escrito o certificado de incapacidad total para ese afiliado, el monto del seguro de vida indicado en la TABLA DE COBERTURAS vigente al momento de la cesación de su seguro es pagadero, siempre que:
 - a) la incapacidad total del afiliado haya ocurrido mientras contaba con cobertura según el contrato;
 - b) la incapacidad total del afiliado haya sido ininterrumpida desde la fecha de inicio de su incapacidad total hasta la de su fallecimiento;
 - c) el fallecimiento del afiliado ocurra dentro de los 12 meses siguientes a la fecha del inicio de su incapacidad total;
 - d) el afiliado no haya convertido parte o la totalidad de su seguro de acuerdo con la disposición relativa al DERECHO DE CONVERSION en el momento en que finaliza su seguro y que;
 - e) la aseguradora reciba un certificado satisfactorio de incapacidad total y un certificado de defunción del afiliado dentro de los 90 días siguientes a la fecha del fallecimiento.
 - 5) Para estar exento del pago de las primas bajo la disposición de EXENCIÓN DE PRIMAS, el afiliado debe presentar una notificación por escrito certificando su incapacidad total. La aseguradora debe recibir esta notificación dentro de los 12 meses siguientes a la fecha en que el afiliado queda en condición de incapacidad total, además de un certificado satisfactorio de incapacidad total dentro de los 90 días siguientes a la fecha de recepción de la notificación escrita.

En caso de que se repita la incapacidad total, la aseguradora debe recibir una notificación por escrito y un certificado de incapacidad dentro de los 12 meses siguientes a la fecha del inicio de esta recurrencia.

CESE DEL SEGURO

CESE DEL SEGURO DE LOS AFILIADOS

Salvo cualquier disposición en sentido contrario estipulada expresamente en otra parte del contrato, el seguro del afiliado finaliza en el que ocurra primero de los siguientes eventos:

- 1) la fecha en la que deja de ser considerado como empleado según la definición del contrato;
- 2) la fecha en que deja de formar parte de una categoría de empleados admisibles para el seguro;
- 3) la fecha en que alcanza el límite de edad indicado en la TABLA DE COBERTURAS;
- 4) el final del período durante el cual se pagaron las primas requeridas a su nombre;
- 5) la fecha de la jubilación;
- 6) la fecha en que deja de estar efectivamente en el trabajo;
- 7) la fecha de rescisión del contrato.

CESE DEL SEGURO DE LAS PERSONAS A CARGO

Salvo cualquier disposición en sentido contrario expresamente estipulada en otra parte del contrato, el seguro de las personas a cargo del afiliado finaliza en el primero que ocurra de los siguientes eventos:

- 1) la fecha de cese del seguro del afiliado;
- 2) la fecha en que el afiliado deja de tener personas a cargo;
- 3) el final del período durante el cual se hayan pagado las primas requeridas para el seguro de las personas a cargo a nombre del afiliado;
- 4) la fecha de cese del seguro de las personas a cargo según el contrato.

El seguro de toda persona a cargo del afiliado finaliza en la fecha en que deja de ser persona a cargo según la definición del contrato.

EXTENSIÓN DEL SEGURO

El seguro del afiliado puede mantenerse en vigor después de la fecha de cese, en conformidad con lo que se especifica en el contrato del seguro.

SOLICITUDES DE COBERTURA

DECLARACIÓN Y PRUEBAS DE SINIESTRO

La aseguradora debe recibir una declaración y pruebas del siniestro en el plazo previsto, si lo hay, para cada cobertura. Al producirse la rescisión del contrato, la aseguradora no realizará ningún pago de beneficios a menos que le sean presentadas la declaración y las pruebas de las pérdidas sufridas dentro de los 120 días posteriores a la fecha de la rescisión del contrato.

El hecho de que no se presente la solicitud de beneficios o no se aporten las pruebas e informes en los plazos previstos no es obstáculo para el pago del beneficio, siempre que la solicitud, las pruebas y los informes se presenten tan pronto como sea razonablemente posible hacerlo. Sin embargo, no se pagará ningún beneficio si la solicitud de beneficios, las pruebas y los informes presentados se entregan más de un año después de la fecha del evento que dé lugar al beneficio.

Toda demanda judicial iniciada en contra de la aseguradora para recuperar sumas pagaderas según el contrato es totalmente inadmisibles, a menos que haya sido efectuada en el transcurso del plazo establecido por la ley sobre seguros o cualquier otra ley aplicable en la provincia de residencia del afiliado.

BENEFICIARIO

Para el seguro de vida, y salvo disposiciones de la ley, solo el afiliado puede nombrar o revocar en cualquier momento a uno o más beneficiarios de su seguro enviando una notificación escrita a la sede central de la aseguradora. Los derechos de un beneficiario que fallece antes que el afiliado vuelven a este último.

La aseguradora no asume ninguna responsabilidad en cuanto a la validez de cualquier nombramiento o revocación de beneficiario.

La suma asegurada pagadera al fallecer una persona a cargo asegurada se paga al afiliado, si está vivo. Si el afiliado ha fallecido, se paga según las siguientes modalidades:

- 1) al fallecer el cónyuge: a los herederos legales del cónyuge;
- 2) al fallecer un hijo a cargo del afiliado:
 - a) al cónyuge si está vivo;
 - b) si no, a los herederos legales del hijo a cargo.

NORMATIVA DE LOS BENEFICIOS

Toda solicitud de beneficios en virtud del contrato debe ser presentada mediante el formulario previsto a estos fines por la aseguradora.

Todo beneficio pagadero en vida del afiliado se paga al afiliado a menos que haya una indicación en sentido contrario en el contrato.

Dentro de los 90 días posteriores a la fecha del fallecimiento, el beneficiario o el afiliado deben entregar a la aseguradora las pruebas del fallecimiento, que comprenden un informe médico y pruebas de la edad y el salario del afiliado o la persona a cargo asegurada, además de toda otra información que considere de utilidad.

Si el beneficiario designado es el derechohabiente, el representante personal del fallecido o un menor de edad, o si fallece antes que el afiliado o no está autorizado a dar una baja válida, la aseguradora se reserva el derecho de pagar a su voluntad y discreción, una parte de la suma adeudada en virtud del seguro de vida del afiliado, hasta alcanzar 5 000 \$, a toda persona que considere que tiene un derecho equitativo a dicha suma para cubrir los gastos funerarios del afiliado. Este pago, si es realizado de buena fe, libera por completo a la aseguradora de toda responsabilidad hasta el monto pagado.

EXÁMENES MÉDICOS

Eventualmente, la aseguradora tiene derecho a exigir que la persona asegurada por la cual podrían pagarse los beneficios sea examinada por uno o más médicos o por uno o más profesionales de la salud de su elección.

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Si una persona que está cubierta por un beneficio sujeto a la presente disposición relacionada con la coordinación de los beneficios también está asegurada por otro plan que brinda beneficios similares, el monto de esos beneficios pagaderos en el transcurso de un año es objeto de una coordinación.

La coordinación de beneficios según el contrato se lleva a cabo de acuerdo con las recomendaciones de la Asociación Canadiense de Compañías de Seguros Inc. (Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc) de tal modo que el total de los pagos de todos los planes no exceda el total de gastos admisibles en los que haya incurrido la persona asegurada.

Para los propósitos de esta disposición, plan refiere al contrato y a cualquier plan que brinde beneficios o servicios según:

- 1) otros planes de seguro colectivo;
- 2) cualquier otra forma de contrato, asegurado o no, que cubra a los miembros de un grupo;
- 3) programas gubernamentales o cualquier seguro requerido o provisto por ley.

El término "plan" se interpreta de manera distinta según se refiera a una póliza, un contrato u otro acuerdo de beneficios o servicios o si se refiere a la parte de la póliza, del contrato o del otro acuerdo que incluya el derecho a poder tener en cuenta los beneficios o servicios de otros planes para determinar sus propios beneficios, o la parte que no incluye tal derecho.

SEGURO DE VIDA BÁSICO DEL AFILIADO

DEFINICIONES

En el contexto de la presente cobertura:

Incapacidad total o estar totalmente incapacitado se refiere

- 1) durante el período de espera previsto en la cobertura del seguro salarial a largo plazo y los 24 meses siguientes:

un estado de discapacidad resultante de una enfermedad o un accidente que impide por completo al afiliado realizar todas las tareas habituales de su función principal, sin excepción;

- 2) después de la expiración del período de espera y los siguientes 24 meses:

un estado de discapacidad resultante de una enfermedad o un accidente que impide por completo al afiliado realizar cualquier trabajo para el que se encuentre razonablemente calificado en razón de su educación, formación y experiencia

La disponibilidad o no de un trabajo remunerado de esas características en la región donde reside el asegurado no afecta su derecho a los beneficios.

No se considera como incapacitado al afiliado que debe contar con un permiso de conducir expedido por el Estado para realizar las tareas habituales de su función principal, si ese permiso le fue retirado o no renovado.

Formación y experiencia se refiere a todos los conocimientos y habilidades que el afiliado haya adquirido durante sus estudios, en el ejercicio de sus actividades profesionales actuales o pasadas, o durante sus horas de ocio.

PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD

El afiliado que solicite un monto de beneficios superior al monto máximo al que puede aspirar sin pruebas de asegurabilidad según se indica en la TABLA DE COBERTURAS para la cobertura de su seguro de vida básico deberá presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la aseguradora por la parte del monto de beneficios que supere ese máximo.

OBJETO DE LA COBERTURA

Una vez recibida una prueba del siniestro considerada satisfactoria a juicio de la aseguradora que certifique que el afiliado falleció mientras estaba cubierto por esta garantía, la aseguradora pagará el monto del seguro de vida básico aplicable a ese afiliado, según se indica en la TABLA DE COBERTURAS y de acuerdo con las demás disposiciones del contrato.

PAGO ANTICIPADO

Una vez aceptado por la aseguradora, cualquier afiliado con incapacidad total cuya esperanza de vida sea inferior a 24 meses podrá obtener el pago de una parte del monto del seguro de vida básico pagadero al fallecimiento, dependiendo de las siguientes condiciones:

- 1) la aseguradora podrá exigir que el afiliado sea examinado por un médico designado por la aseguradora;
- 2) el afiliado con incapacidad total debe obtener la aprobación de la aseguradora para obtener la exención de primas de acuerdo con la cobertura de seguro de vida básico de su contrato;
- 3) toda persona que tenga interés en el monto del seguro de vida básico en poder del afiliado deberá dar su consentimiento a este pago mediante la firma de un formulario provisto por la aseguradora.

El pago anticipado, de cualquier modo, se limita al 50 % del monto del seguro de vida básico indicado en la TABLA DE COBERTURAS. Además, ese monto no puede ser inferior a 5 000 \$ ni superior a 100 000 \$.

Al momento de fallecimiento del afiliado, al monto a pagar en virtud de esta cobertura se le resta el monto correspondiente al pago anticipado.

El titular de la póliza sigue siendo responsable del pago de la prima de cualquier afiliado que se haya beneficiado de un pago anticipado, a menos que el afiliado esté exento de pagar las primas.

Valor del pago anticipado se refiere al total de los pagos efectuados en virtud del pago anticipado más los gastos razonables efectuados con el fin de verificar el estado de salud del afiliado con incapacidad total más los intereses devengados desde la fecha del pago hasta la fecha del fallecimiento del afiliado con incapacidad total.

La tasa de interés es la tasa de rendimiento anual promedio de los certificados de inversión garantizados a un año emitidos por compañías fiduciarias canadienses. La tasa aplicada será la establecida inmediatamente después de la fecha del pago anticipado, según se publique en el boletín de estadísticas mensual o semanal del Banco de Canadá.

EXCLUSIÓN DEL PAGO ANTICIPADO

La aseguradora no realizará un pago anticipado si la propuesta contiene una declaración de hechos errónea o si no se ha dado a conocer información importante, sea o no dentro de un período de dos años. Si, una vez realizado el pago anticipado, se descubre que la propuesta o la protección es nula y no válida, el receptor del pago anticipado deberá reembolsar el valor de dicho pago a la aseguradora.

FIN DE LA COBERTURA

Esta cobertura finaliza en la fecha en que el afiliado alcanza la edad indicada en la TABLA DE COBERTURAS o en la primera de las fechas indicadas en la sección CESE DEL SEGURO DEL AFILIADO.

DERECHO DE CONVERSION

Si el seguro de vida básico de un afiliado finaliza o se reduce por un motivo diferente a la rescisión del contrato y si este afiliado tiene 65 años o menos, tiene derecho a convertir cualquier monto del seguro, hasta alcanzar el monto así perdido, en una póliza individual, sin pruebas de asegurabilidad.

Además, el nuevo monto de seguro de vida que se puede convertir estará limitado a la menor de las siguientes cantidades:

- 1) el monto máximo aplicable en la provincia de residencia del afiliado; o
- 2) la diferencia entre el monto del seguro de vida básico vigente en la fecha de terminación del seguro y el monto del seguro para el que el afiliado es admisible bajo otro plan de seguro de vida colectivo en el momento en que puede beneficiarse del derecho de conversión.

Si el seguro de vida básico de un afiliado de 65 años o menos finaliza debido a la rescisión del contrato y dicho afiliado ha estado asegurado en virtud de la presente garantía sin interrupción durante los cinco años inmediatamente anteriores a la rescisión del contrato, tiene derecho a convertir cualquier monto del seguro en un póliza individual sin presentar pruebas de asegurabilidad hasta alcanzar el mayor de los siguientes montos: 10 000 \$ o 25 % del monto del seguro según el contrato. Sin embargo, a ese monto del seguro se le resta cualquier seguro de vida para el cual el afiliado resulta admisible bajo cualquier contrato de seguro colectivo durante los 31 días siguientes a la rescisión del contrato.

La póliza individual elegida de acuerdo con las disposiciones anteriores está sujeta a las siguientes condiciones:

- 1) el afiliado deberá presentar una propuesta de seguro individual a la aseguradora y pagar la primera prima dentro de los 31 días siguientes a la fecha de terminación de su protección bajo la presente cobertura;
- 2) la póliza individual puede ser un seguro temporal no convertible hasta los 65 años, un seguro temporal no renovable y convertible de un año o cualquier seguro permanente ordinario ofrecido por la aseguradora en la fecha de la conversión, a excepción de los seguros permanentes especiales indicados en la ocasión por la aseguradora. Esta póliza no contiene una disposición de seguro especial que requiera el pago de una prima adicional y no es una póliza que indique que el monto del seguro puede aumentar o aumentará en el futuro. La aseguradora siempre ofrece al menos un seguro permanente en el momento de la conversión. Además, en la medida en que la aseguradora lo permita, el afiliado podrá elegir una opción en la que las participaciones sirvan para brindar un seguro adicional;

- 3) si la póliza individual elegida es un seguro temporal no renovable y convertible a un año, el afiliado podrá decidir pagar una prima única o primas trimestrales y esta póliza podrá convertirse en uno de los seguros descritos anteriormente siempre que no se trate de otra póliza de seguro temporal convertible de un año;
- 4) la póliza individual emitida debe cumplir con los términos, condiciones y montos del seguro individual normalmente utilizado por la aseguradora a la fecha de conversión;
- 5) la aseguradora determina la prima de la póliza individual de acuerdo con la tasa aplicable, en la fecha de vigencia de esta póliza individual, el seguro y el monto del seguro de la póliza establecida, de acuerdo a la edad del afiliado al cumpleaños más cercano y la categoría de riesgo a la que pertenece;
- 6) el monto del seguro en la póliza individual debe corresponder al monto total del seguro que el afiliado puede convertir, incluso si es inferior al monto mínimo de seguro que normalmente se aplica al seguro elegido;
- 7) la póliza individual no entra en vigor hasta el final del período de 31 días inmediatamente posterior a la fecha de terminación del seguro del afiliado bajo la presente cobertura.

Al monto del seguro de vida básico al que es admisible un afiliado amparado por la presente garantía de acuerdo con la TABLA DE COBERTURAS se le restará cualquier monto del seguro de vida individual vigente sobre la vida del afiliado establecido previamente de acuerdo con el DERECHO DE CONVERSION del contrato o la disposición correspondiente de cualquier otra póliza de seguro colectivo emitida por la aseguradora.

DERECHO DEL AFILIADO DESPUÉS DEL CESE DEL SEGURO

Si el afiliado fallece dentro de los 31 días posteriores a la terminación de su protección bajo la presente cobertura, el monto del seguro de vida básico pagadero es el que hubiera tenido derecho a convertir.

DECLARACIÓN Y PRUEBAS DE SINIESTRO

Antes de resolver una solicitud luego de un fallecimiento, la aseguradora exige pruebas escritas satisfactorias que acrediten que la muerte ha ocurrido y que el fallecido era admisible para el seguro al momento del fallecimiento, y que especifique las causas y circunstancias relacionadas con la muerte, la fecha de nacimiento del fallecido y en calidad de qué el reclamante presenta la solicitud de beneficios.

Toda solicitud de pago debe presentarse a la aseguradora dentro de los 30 días posteriores a la fecha del fallecimiento y debe presentarse prueba por escrito dentro de los 90 días.

Sujeto a cualquier ley aplicable, la aseguradora puede solicitar una autopsia para evaluar su responsabilidad en relación con un siniestro.

El monto adeudado por el fallecimiento del afiliado se paga al beneficiario designado por el afiliado dentro de los 30 días siguientes a la recepción de prueba suficiente del fallecimiento.

SEGURO DE VIDA BÁSICO DE LAS PERSONAS A CARGO

OBJETO DE LA COBERTURA

Al recibir una prueba de siniestro satisfactoria a juicio de la aseguradora que certifique que una persona a cargo falleció mientras tenía cobertura de la presente garantía, la aseguradora pagará el monto del seguro de vida básico de personas a cargo indicado en la TABLA DE COBERTURAS y en otras disposiciones aplicables del contrato.

INICIO DEL SEGURO DEL RECIEN NACIDO

El recién nacido de un afiliado cuyas personas a cargo ya estén aseguradas será asegurado de acuerdo con lo indicado en la TABLA DE COBERTURAS y la disposiciones del contrato, incluyendo las relativas al INICIO DEL SEGURO DE LAS PERSONAS A CARGO.

FIN DE LA COBERTURA

Esta cobertura finaliza en la fecha en que el afiliado alcanza la edad indicada en la TABLA DE COBERTURAS o en la primera de las fechas indicadas en la sección CESE DEL SEGURO DE LAS PERSONAS A CARGO.

DERECHO DE CONVERSION DE LAS PERSONAS A CARGO

Si finaliza la cobertura del seguro de vida básico de las personas a cargo que las cubre por un monto mínimo de 5 000 \$ y las personas a cargo tienen 65 años o menos, el afiliado, o las personas a cargo en caso de fallecimiento del afiliado, pueden convertir sin prueba de asegurabilidad, el seguro de vida básico para personas a cargo en una póliza de seguro individual, bajo las siguientes condiciones:

- 1) se debe presentar una propuesta de seguro individual debidamente completada a la aseguradora y se debe pagar la primera prima dentro de los 31 días posteriores a la fecha de terminación del seguro de personas a cargo en virtud de la presente cobertura;
- 2) la póliza individual puede ser un seguro permanente ordinario emitido por la aseguradora designada en la fecha de la conversión, a excepción de los seguros permanentes especiales indicados en la ocasión por la aseguradora. Esta póliza no contiene una disposición de seguro especial que requiera el pago de una prima adicional y no es una póliza que indique que el monto del seguro puede aumentar o aumentará en el futuro. La aseguradora siempre ofrece al menos un seguro permanente en el momento de la conversión;
- 3) la póliza individual emitida debe cumplir con los términos, condiciones y montos del seguro individual normalmente utilizado por la aseguradora designada a la fecha de la conversión;

- 4) la aseguradora determina la prima de la póliza individual de acuerdo con la tasa aplicable, en la fecha de vigencia de esta póliza individual, el seguro y el monto del seguro de la póliza establecida, de acuerdo a la edad de las personas a cargo, a su cumpleaños más cercano y la categoría de riesgo a la que pertenecen;
- 5) el monto del seguro de la póliza individual debe corresponder al monto total del seguro que las personas a cargo pueden convertir, incluso si es inferior al monto mínimo de seguro que normalmente se aplica al seguro elegido;
- 6) la póliza individual no entra en vigor hasta el final del período de 31 días inmediatamente posterior a la fecha de terminación del seguro de las personas a cargo bajo la presente cobertura.

DERECHO DE LAS PERSONAS A CARGO DESPUÉS DEL CESE DEL SEGURO

Si las personas a cargo aseguradas fallecen dentro de los 31 días posteriores a la terminación de su protección bajo la presente cobertura, el monto del seguro de vida básico pagadero es el que el afiliado, o las personas a cargo si ocurriera el deceso del afiliado, hubieran tenido derecho a convertir.

DECLARACIÓN Y PRUEBAS DE SINIESTRO

Antes de resolver una solicitud luego de un fallecimiento, la aseguradora exige pruebas escritas satisfactorias que acrediten que la muerte ha ocurrido y que el fallecido era admisible para el seguro al momento del fallecimiento, y que especifique las causas y circunstancias relacionadas con la muerte, la fecha de nacimiento del fallecido y en calidad de qué el reclamante presenta la solicitud de beneficios.

Sujeto a cualquier ley aplicable, la aseguradora puede solicitar una autopsia para evaluar su responsabilidad en relación con un siniestro.

SEGURO SALARIAL A CORTO PLAZO DEL AFILIADO

DEFINICIONES

En el contexto de la presente cobertura:

Período de espera se refiere al período ininterrumpido de incapacidad total que debe transcurrir antes del inicio de los pagos de beneficios semanales en virtud de la presente cobertura; este período está indicado en la TABLA DE COBERTURAS.

En caso de una incapacidad total ocurrida durante cualquier licencia o ausencia prevista en el contrato, con excepción de la baja por maternidad y paternidad o por motivos familiares, siempre que esta cobertura pueda mantenerse en vigor y que haya estado vigente, el período de espera comienza en la fecha prevista de regreso al trabajo.

Hospitalización se refiere a

- 1) un ingreso al hospital como paciente internado en cama (en sala o habitación) por una estadía de más de 18 horas consecutivas;
- 2) toda visita a un hospital durante la cual el afiliado sea sometido a una cirugía practicada por un médico y que requiera anestesia local o general, excluyendo cualquier cirugía menor que pueda realizarse en el consultorio del médico.

Incapacidad total o estar totalmente incapacitado se refiere a un estado de discapacidad resultante de una enfermedad o un accidente que requiere atención médica continua e impide por completo al afiliado realizar todas las tareas habituales de su función principal, sin excepción.

No se considera como incapacitado al afiliado que debe contar con un permiso de conducir expedido por el Estado para realizar las tareas habituales de su función principal, si ese permiso le fue retirado o no renovado.

Período máximo se refiere a la cantidad máxima de semanas durante las cuales se pagan los beneficios del seguro. Este período está indicado en la TABLA DE COBERTURAS. Si la presente cobertura se integra bajo el programa de seguro de empleo, de acuerdo con una integración estándar como se indica en la TABLA DE COBERTURAS, el período máximo incluye el número de semanas durante las cuales los beneficios del seguro de empleo son pagaderos por el Ministerio de Desarrollo de Recursos Humanos de Canadá (Développement des ressources humaines Canada, D.R.H.C. por sus siglas en francés).

Ingreso semanal neto se refiere al ingreso semanal bruto del afiliado inmediatamente antes del inicio de la incapacidad total menos todos los impuestos sobre la renta, los aportes a la Ley del Plan de Pensiones de Canadá o la Ley del Régimen de Pensiones de Quebec y los aportes al seguro de empleo deducidos del salario o cualquier otro aporte a un plan público de reemplazo del ingreso.

OBJETO DE LA COBERTURA

Al recibir una prueba de siniestro satisfactoria a juicio de la aseguradora que certifique:

- 1) que un afiliado quedó totalmente incapacitado mientras estaba cubierto por la presente garantía y que permaneció con incapacidad total durante el período de espera indicado en la TABLA DE COBERTURAS; y
- 2) que el afiliado recibe atención médica continua de un médico de acuerdo a lo indicado en la sección DEFINICIONES del contrato;

la aseguradora paga al afiliado los beneficios semanales por el tiempo que continúe en estado de total incapacidad, hasta alcanzar el plazo máximo indicado en la TABLA DE COBERTURAS y de acuerdo con las disposiciones aplicables del contrato.

Todo accidente tal como se define en la sección DEFINICIONES del contrato debe ser certificado por un médico y debe haber ocurrido a más tardar 30 días antes del inicio de la incapacidad total.

El período de baja por enfermedad de la licencia por maternidad de todo afiliado se considera como un período de incapacidad total a los efectos del pago de los beneficios de esta cobertura, independientemente de que su seguro se mantenga o no en vigor durante esa licencia. De acuerdo con lo previsto en el contrato, a los beneficios pagaderos al afiliado con respecto a este período se les deducen todos los otros beneficios de maternidad pagaderos en virtud de cualquier plan público o privado.

En caso de incapacidad total que se produzca durante el período de baja voluntaria de la licencia por maternidad, o durante un período de licencia parental o por motivos familiares, el pago de los beneficios comienza en la última de las siguientes fechas, siempre que esta cobertura se haya mantenido vigente y que el afiliado siga en estado de incapacidad total y cubierto por la presente garantía:

- 1) la fecha en que termina el período de espera;
- 2) la fecha prevista de regreso al trabajo.

El monto del beneficio semanal pagadero en virtud de la presente cobertura es el indicado en la TABLA DE COBERTURAS, teniendo en cuenta los ingresos en vigor inmediatamente antes del inicio de la incapacidad total.

El beneficio semanal puede estar sujeto a impuestos de acuerdo con lo indicado en la TABLA DE COBERTURAS.

La aseguradora realiza el pago de los beneficios de la presente cobertura al final de cada período semanal de incapacidad total, a partir de la fecha en que finalice el período de espera.

El período de espera se expresa en días calendario y comienza en la última de las siguientes fechas:

- 1) el día después del último día en el que el afiliado está efectivamente en el trabajo, si consulta al médico dentro de los 14 días posteriores al inicio de la incapacidad total; o
- 2) el primer día en que el afiliado consulta a un médico, si lo consulta más de 14 días después del inicio de la incapacidad total.

Los pagos por un período de menos de una semana se calculan a la tasa diaria de 1/7 del beneficio semanal.

GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD

La aseguradora puede exigir en cualquier momento que un afiliado en estado de incapacidad total participe en un programa de gestión de la discapacidad o que se dedique a una actividad de rehabilitación remunerada que la aseguradora considere satisfactoria.

La aseguradora coordina y garantiza el seguimiento necesario de todos los servicios del programa de gestión de incapacidad que se indica a continuación:

- 1) coordinación del acceso a los servicios de salud;
- 2) programa de apoyo a la reincorporación al trabajo;
- 3) negociación de un regreso gradual al trabajo;
- 4) programa de rehabilitación que puede incluir servicios de evaluación, tratamiento, capacitación, colocación y búsqueda de empleo.

Si un afiliado recibe beneficios semanales por incapacidad total y participa en un programa de gestión de la discapacidad o en una actividad de rehabilitación remunerada bajo la supervisión de su médico y con la aprobación de la aseguradora, se aplican las siguientes condiciones:

- 1) la incapacidad total no se considera finalizada por la sola razón de que el afiliado participe en dicho programa, sujeto al período máximo de pago semanal de beneficios previsto por esta cobertura;
- 2) si durante su participación en este programa, el estado de salud del afiliado se deteriora hasta un punto en que ya no puede continuar con el mismo, las condiciones de esta cobertura se aplicarán nuevamente para el afiliado, como si nunca hubiera participado en el programa;
- 3) el límite de cantidad de semanas durante las que se pagan los beneficios semanales en cualquier período de incapacidad total continúa aplicándose aun cuando el afiliado esté participando en un programa de gestión de la discapacidad aprobado o en una actividad de rehabilitación remunerativa;

- 4) si mientras participa en este programa, el afiliado recibe ingresos, la aseguradora usa la siguiente fórmula para determinar cuánto deducir de los beneficios pagaderos:

$$(A \div B) \times C$$

A = Ingresos obtenidos en el marco de cualquier actividad de rehabilitación.

B = Ingresos que percibía el afiliado inmediatamente antes de la fecha del inicio de su incapacidad total.

C = Beneficios pagaderos si así no fuera en virtud de la presente cobertura;

- 5) mientras el afiliado participa en el programa de gestión de la discapacidad, la aseguradora deduce de sus beneficios semanales la cantidad necesaria para que sus ingresos totales procedentes de todas las fuentes, como se define a continuación, no exceda el 100% del ingreso neto que ganaba antes de su incapacidad si los beneficios no están sujetos a impuestos o el 100% de los ingresos brutos que obtenía antes de su incapacidad si los beneficios están sujetos a impuestos.

Los ingresos totales del afiliado procedentes de todas las fuentes, compuestos por las sumas que se enumeran a continuación, que le han sido pagadas o a las que tendría derecho, incluyen:

- a) todos los beneficios semanales pagados en virtud de la presente cobertura;
- b) todos los ingresos semanales o pagos realizados por el empleador;
- c) todo beneficio por incapacidad pagadero en virtud de la Ley del Plan de Pensiones de Canadá o la Ley del Régimen de Pensiones de Quebec, pero excluyendo los beneficios para personas a cargo y cualquier monto adicional pagado como una indexación de los beneficios al costo de vida, una vez que hayan comenzado los pagos de beneficios;
- d) todo beneficio por incapacidad pagadero en virtud de la Ley sobre los accidentes laborales u otra ley similar u otro plan público, excluyendo los beneficios pagaderos en virtud de la Ley de Seguro de Empleo;
- e) todo beneficio procedente de un plan de jubilación o de pensión proporcionado por el titular de la póliza, excluyendo cualquier monto adicional pagado como una indexación de los beneficios al costo de vida, una vez iniciado el pago de los beneficios;
- f) toda indemnización de reemplazo de ingresos pagadera bajo cualquier plan público que requiera o proporcione beneficios de seguro de automóvil con indemnización sin culpa, siempre que dichos planes puedan incluirse en esta cobertura para reducir los beneficios y permitan que la presente cobertura sea registrada para la reducción de aportes de acuerdo con la Ley de Seguro de Empleo, bajo reserva de cualquier modificación legislativa.

Un afiliado que se niega a participar en un programa de gestión de la discapacidad, que no participa en dicho programa de buena fe o que no participa en una actividad de rehabilitación que la aseguradora considera apropiada ya no será admisible para los beneficios semanales previstos por esta cobertura.

RECURRENCIA DE LA INCAPACIDAD

La aseguradora considera los períodos sucesivos de incapacidad total que se suceden después de que los beneficios semanales se hayan vuelto pagaderos como si fueran un mismo período de incapacidad total, a menos que estén separados por al menos:

- 1) dos semanas consecutivas de trabajo a tiempo completo, si la incapacidad total se debe a la misma causa o a causas conexas; o
- 2) un día de trabajo a tiempo completo, si la incapacidad total se debe a una causa completamente independiente de la primera.

Toda vez que se consideren los períodos sucesivos de incapacidad total como un mismo período, el plazo de espera no se aplica por segunda vez y la aseguradora paga el mismo monto que el aplicable al período de incapacidad total inicial, menos los pagos que ya hayan sido realizados y bajo reserva del período máximo de pago de beneficios indicado en la TABLA DE COBERTURAS.

REDUCCIÓN DE LOS BENEFICIOS SEMANALES, RESTRICCIONES Y EXCLUSIONES

- 1) Reducción de los beneficios semanales

Los beneficios semanales pagaderos en virtud de la presente cobertura se reducen con el descuento:

- a) de toda suma que el afiliado recibe o a la cual tenga derecho en virtud de la Ley sobre Accidentes Laborales u otra ley similar; y
- b) de toda suma que el afiliado recibe o a la cual tenga derecho en virtud de la Ley del Plan de Pensiones de Canadá o la Ley del Régimen de Pensiones de Quebec, a excepción de:
 - i) los beneficios por las personas a cargo; y
 - ii) toda suma pagada además del beneficio inicial con carácter de indexación al costo de vida, una vez iniciado el pago de los beneficios;
- c) toda indemnización de reemplazo de ingresos pagadera al afiliado en virtud de:
 - i) la Ley de Seguro del Automóvil de Quebec;
 - ii) el Plan de Protección a los Conductores de Ontario; o
 - iii) cualquier otro plan público de seguro del automóvil con indemnización sin culpa;

siempre que dichos planes puedan incluirse en esta cobertura para reducir los beneficios y permitan que la presente cobertura sea registrada para la reducción de aportes de acuerdo con la Ley de Seguro de Empleo, bajo reserva de cualquier modificación legislativa;

- d) cualquier indemnización de reemplazo de ingresos cobrada por el afiliado en virtud de cualquier otra ley federal o provincial;
- e) cualquier indemnización cobrada por el afiliado en virtud de todo ingreso o todo plan de beneficios sociales establecido por el titular de la póliza,
- f) así como toda indemnización por despido o pago por despido injustificado.

La aseguradora puede aplicar a su discreción una estimación del monto otorgado por cualquier plan público antes de la recepción de la notificación del monto realmente otorgado.

De este modo, la aseguradora deducirá los beneficios semanales aun cuando el afiliado, que tiene el deber de hacer la solicitud necesaria, no se ocupe o se niegue a hacer valer sus derechos en virtud de las leyes y planes anteriormente mencionados.

Si el afiliado percibe una suma global en virtud de cualquier plan o ley como los anteriormente mencionados, la aseguradora deducirá de los beneficios semanales esa suma calculada con una base semanal.

2) Restricciones

Ningún beneficio semanal es pagadero en el transcurso de uno u otro de los siguientes períodos:

- a) El período durante el cual el afiliado se toma la parte de "licencia voluntaria" de una licencia por maternidad, tal como se describe en la sección DEFINICIONES, por una incapacidad total que suceda en el transcurso de ese período;
- b) el período durante el cual el afiliado se toma una licencia parental o por motivos familiares, por una incapacidad total que suceda en el transcurso de ese período;
- c) durante cualquier período de paro laboral a causa de una huelga, de un lock-out, de una suspensión o una licencia autorizada, por una incapacidad total que suceda en el transcurso de ese período;
- d) durante el encarcelamiento del afiliado luego de una condena por un hecho delictivo;
- e) si el afiliado permanece fuera de Canadá por un período de más de 3 meses por cualquier motivo, a menos que la aseguradora haya acordado previamente y por escrito pagar los beneficios durante ese período.

3) Exclusiones

Esta cobertura no se aplica a ninguna incapacidad total que sea resultado directo de una de las siguientes causas:

- a) una herida sufrida durante una guerra, declarada o no, el servicio activo del afiliado en las fuerzas armadas de un país, su participación en un motín, una insurrección o un levantamiento popular;
- b) una infracción al Código Penal;
- c) atención médica o quirúrgica con fines estéticos, a menos que la atención estética sea proporcionada a causa de una enfermedad o herida;
- d) abuso de alcohol o estupefacientes, a menos que el afiliado participe activa y continuamente en un programa realizado bajo supervisión médica para remediar este abuso, o reciba tratamiento o atención médica continua con miras a su rehabilitación y que resida en un centro especializado reconocido;
- e) el hecho de que el afiliado haya conducido un vehículo motorizado estando bajo el efecto de estupefacientes o que la concentración de alcohol en su sangre exceda el límite fijado para ello por el Código Penal vigente en Canadá.

CESE DEL PAGO

Los pagos en virtud de la presente cobertura llegan a su fin en la primera de las fechas siguientes:

- 1) la fecha en que el afiliado deja de tener una incapacidad total;
- 2) la fecha en que el afiliado se dedique a una actividad remunerada que no sea una actividad de rehabilitación remunerada aprobada por la aseguradora;
- 3) la fecha fijada por la aseguradora en que el afiliado debería haber presentado a la aseguradora pruebas satisfactorias de su incapacidad total, si no se ha ocupado o se ha negado a hacerlo;
- 4) la fecha en que haya terminado el período máximo de pago de beneficios indicado en la TABLA DE COBERTURAS para todo período de incapacidad total;
- 5) la fecha en que el afiliado se haya negado a participar en un programa de gestión de la incapacidad o dedicarse a una actividad de rehabilitación que la aseguradora considere adecuada;

- 6) la fecha en que el afiliado haya alcanzado la edad límite aplicable a la presente cobertura, indicada en la TABLA DE COBERTURAS. No obstante, si el afiliado queda en condición de incapacidad total antes de alcanzar la edad límite, y si sigue estando afectado al alcanzar esa edad y no ha recibido aún 15 semanas de beneficios relacionados con esa incapacidad, el seguro será extendido, independientemente del límite de edad para esta cobertura, hasta la primera de las fechas siguientes, a saber:
- a) la fecha en que el afiliado haya recibido beneficios durante 15 semanas;
 - b) la fecha en que el afiliado deja de tener una incapacidad total; o
 - c) la fecha en que el afiliado se jubila.

DERECHO DEL AFILIADO DESPUÉS DEL CESE DEL SEGURO

Si el afiliado está afectado por una incapacidad total en la fecha en que finaliza su seguro, la aseguradora extenderá el seguro salarial a corto plazo del afiliado, mientras esa incapacidad total continúe sin interrupción, bajo reserva de las demás disposiciones del contrato.

DECLARACIÓN Y PRUEBAS DE SINIESTRO

El afiliado debe presentar una prueba escrita del siniestro a la aseguradora dentro de los 60 días posteriores a la fecha de inicio de la incapacidad total.

Luego, el afiliado deberá presentar una prueba escrita de la continuación de la incapacidad total que sea satisfactoria a juicio de la aseguradora cada vez que esta última lo requiera.

SEGURO SALARIAL A LARGO PLAZO DEL AFILIADO

DEFINICIONES

En el contexto de la presente cobertura:

Período de espera se refiere al período ininterrumpido de incapacidad total que debe transcurrir antes del inicio de los pagos de beneficios mensuales en virtud de la presente cobertura; este período está indicado en la TABLA DE COBERTURAS.

En caso de una incapacidad total ocurrida durante cualquier licencia o ausencia prevista en el contrato, con excepción de la baja por maternidad y paternidad o por motivos familiares, siempre que esta cobertura pueda mantenerse en vigor y que haya estado vigente, el período de espera comienza en la fecha prevista de regreso al trabajo.

Ingreso mensual neto se refiere al ingreso mensual bruto del afiliado inmediatamente antes del inicio de la incapacidad total menos todos los impuestos sobre la renta, los aportes a la Ley del Plan de Pensiones de Canadá o la Ley del Régimen de Pensiones de Quebec y los aportes al seguro de empleo deducidos del salario o cualquier otro aporte a un plan público de reemplazo del ingreso.

Incapacidad total o estar totalmente incapacitado se refiere

- 1) durante el período de espera y los 24 meses siguientes, a:
 - un estado de discapacidad resultante de una enfermedad o un accidente que impide por completo al afiliado realizar todas las tareas habituales de su función principal, sin excepción;
- 2) después de la expiración del período de espera y los siguientes 24 meses:
 - un estado de discapacidad resultante de una enfermedad o un accidente que impide por completo al afiliado realizar cualquier trabajo para el que se encuentre razonablemente calificado en razón de su educación, formación y experiencia.

La disponibilidad o no de un trabajo remunerado de esas características en la región donde reside el asegurado no afecta su derecho a los beneficios.

No se considera como incapacitado al afiliado que debe contar con un permiso de conducir expedido por el Estado para realizar las tareas habituales de su función principal, si ese permiso le fue retirado o no renovado.

Formación y experiencia se refiere a todos los conocimientos y habilidades que el afiliado haya adquirido durante sus estudios, en el ejercicio de sus actividades profesionales actuales o pasadas, o durante sus horas de ocio.

Período máximo se refiere al período máximo durante el cual se pagan los beneficios mensuales. Este período está indicado en la TABLA DE COBERTURAS.

PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD

El afiliado que solicite un monto de beneficios superior al monto máximo que al que puede aspirar sin pruebas de asegurabilidad según se indica en la TABLA DE COBERTURAS para la cobertura del seguro salarial a largo plazo deberá presentar las pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la aseguradora por la parte del monto de beneficios que supere ese máximo.

OBJETO DE LA COBERTURA

Al recibir una prueba de siniestro satisfactoria a juicio de la aseguradora que certifique:

- 1) que un afiliado quedó totalmente incapacitado mientras estaba cubierto por la presente y que permaneció con incapacidad total durante el período de espera; y
- 2) que el afiliado recibe atención médica continua de acuerdo a lo indicado en la sección DEFINICIONES del contrato;

la aseguradora pagará los beneficios mensuales tanto tiempo como el afiliado continúe en estado de incapacidad total, hasta alcanzar el plazo máximo indicado en la TABLA DE COBERTURAS.

El período de baja por enfermedad de la licencia por maternidad de todo afiliado se considera como un período de incapacidad total a los efectos del pago de los beneficios de esta cobertura, independientemente de que su seguro se mantenga o no en vigor durante esa licencia. De acuerdo con lo previsto en el contrato, a los beneficios pagaderos al afiliado con respecto a este período se les deducen todos los otros beneficios de maternidad pagaderos en virtud de cualquier plan público o privado.

En caso de incapacidad total que se produzca durante el período de baja voluntaria de la licencia por maternidad, o durante un período de licencia parental o por motivos familiares, el pago de los beneficios comienza en la última de las siguientes fechas, siempre que esta cobertura se haya mantenido vigente y que el afiliado siga en estado de incapacidad total y cubierto por la presente garantía:

- 1) la fecha en que termina el período de espera;
- 2) la fecha prevista de regreso al trabajo.

El monto del beneficio mensual pagadero en virtud de la presente cobertura es el indicado en la TABLA DE COBERTURAS, teniendo en cuenta los ingresos mensuales en vigor inmediatamente antes del inicio de la incapacidad total.

La aseguradora realiza el pago de los beneficios de la presente cobertura al final de cada período mensual de incapacidad total, a partir de la fecha en que finalice el período de espera.

El período de espera comienza en la última de las siguientes fechas:

- 1) el día después del último día en el que el afiliado está efectivamente en el trabajo, si consulta al médico dentro de los 14 días posteriores al inicio de la incapacidad total; o
- 2) el primer día en que el afiliado consulta a un médico, si lo consulta más de 14 días después del inicio de la incapacidad total.

Los pagos por un período de menos de un mes se calculan a la tasa diaria de 1/30 del beneficio mensual.

El beneficio mensual puede estar sujeto a impuestos de acuerdo con lo indicado en la TABLA DE COBERTURAS.

REDUCCIÓN DE LOS BENEFICIO MENSUALES, RESTRICCIONES Y EXCLUSIONES

1) Integración directa

Al beneficio mensual pagadero al afiliado en virtud de la presente cobertura se le restará:

- a) toda suma que el afiliado reciba o a la cual tenga derecho en virtud de la Ley sobre los accidentes laborales u otra ley similar; y
- b) todo beneficio por incapacidad que el afiliado reciba o al cual tenga derecho en virtud de la Ley del Plan de Pensiones de Canadá o la Ley del Régimen de Pensiones de Quebec, a excepción de:
 - i) los beneficios por las personas a cargo;
 - ii) toda suma pagada además del beneficio inicial con carácter de indexación al costo de vida una vez iniciado el pago de los beneficios;
- c) cualquier indemnización de reemplazo de ingresos pagadera en virtud de un plan de seguro del automóvil que exige o provee beneficios de seguro del automóvil sin culpa;
- d) todo beneficio por incapacidad pagadero por un plan de jubilación privada.

2) Integración indirecta

Además, la aseguradora volverá a reducir el beneficio mensual pagadero en virtud de la presente cobertura en la cantidad, si la hubiera, por la cual el ingreso mensual total de un afiliado procedente de todas las fuentes excede:

- a) el 80 % de sus ingresos mensuales brutos inmediatamente antes de la incapacidad total, si el beneficio mensual pagado en virtud de la presente cobertura forma parte de los ingresos del afiliado según los términos de la Ley del Impuesto sobre la Renta (Canadá); o

- b) el 80 % de sus ingresos mensuales netos inmediatamente antes de la incapacidad total, si el beneficio mensual pagado en virtud de la presente cobertura no forma parte de los ingresos del afiliado según los términos de la Ley del Impuesto sobre la Renta (Canadá).

La aseguradora toma en consideración toda indemnización y todo pago definidos a continuación, que el asegurado recibe o a los cuales tiene derecho, para determinar el ingreso mensual total del afiliado procedente de todas las fuentes:

- a) todos los beneficios mensuales pagados en virtud de la presente cobertura;
 - b) todos los ingresos mensuales o pagos realizados por el empleador;
 - c) todo beneficio por incapacidad pagadero en virtud de la Ley del Régimen de Pensiones de Quebec, a excepción de los beneficios por las personas a cargo y toda suma extra pagada en calidad de indexación de los beneficios al costo de vida, una vez iniciado el pago de los beneficios;
 - d) todo beneficio por incapacidad pagadero en virtud de la Ley del Plan de Pensiones de Canadá, a excepción de los beneficios por las personas a cargo y toda suma extra pagada en calidad de indexación de los beneficios al costo de vida, una vez iniciado el pago de los beneficios;
 - e) todo beneficio por incapacidad pagadero en virtud de la Ley sobre Accidentes Laborales u otra ley similar u otro plan público, excluyendo los beneficios pagaderos en virtud de la Ley de Seguro de Empleo;
 - f) todo beneficio por incapacidad pagadero en virtud de un plan de seguro colectivo provisto por un empleador o una asociación;
 - g) todo beneficio por incapacidad pagadero en virtud de un plan de jubilación privada, a excepción de los beneficios por las personas a cargo y toda suma extra pagada en calidad de indexación de los beneficios al costo de vida, una vez iniciado el pago de los beneficios;
 - h) cualquier indemnización de reemplazo de ingresos pagadera en virtud de un plan público que exige o provee beneficios de seguro de automóvil sin culpa.
- 3) Si el afiliado cobra uno u otro de los pagos o indemnizaciones antes mencionados en 1) y en 2) bajo la forma de una suma global en lugar de beneficios periódicos, la aseguradora descuenta esa suma del monto del beneficio mensual pagadero, calculada con una base mensual en función de un período de 60 meses o de la cantidad de meses de incapacidad con respecto al cual se paga la suma global, según el período más corto.

La aseguradora hará la deducción de los beneficios mensuales aun cuando el afiliado, que tiene el deber de hacer la solicitud necesaria, no se ocupe o se niegue a hacer valer sus derechos en virtud de las leyes y

planes anteriormente mencionados.

La aseguradora puede aplicar a su discreción una estimación del monto otorgado por cualquier plan público antes de la recepción de la notificación del monto realmente otorgado.

4) Restricciones

No se realizará ningún pago relacionado con un período de incapacidad total:

- a) durante el cual el afiliado no reciba atención médica continua para su enfermedad o para los trastornos físicos que causen la incapacidad total;
- b) durante el cual el afiliado tome la parte de "licencia voluntaria" de una licencia por maternidad, tal como se describe en la sección DEFINICIONES, por una incapacidad total que suceda en el transcurso de ese período;
- c) durante una licencia parental o por motivos familiares tomada por un afiliado en conformidad con las disposiciones de la ley provincial o federal aplicable, para una incapacidad total que ocurra en el transcurso de ese período;
- d) durante cualquier período de paro laboral a causa de una huelga, de un lock-out, de una suspensión o una licencia autorizada, por una incapacidad total que suceda en el transcurso de ese período;
- e) durante el encarcelamiento del afiliado luego de una condena por un hecho delictivo;
- f) si el afiliado permanece fuera de Canadá por un período de más de 3 meses por cualquier motivo, a menos que la aseguradora haya acordado previamente y por escrito pagar los beneficios durante este período.

La aseguradora no realiza ningún pago por ningún período de incapacidad total que comience durante los primeros 12 meses durante los cuales el afiliado está cubierto si esta incapacidad total resulta directa o indirectamente de una enfermedad o lesión corporal por la cual haya recibido atención médica o haya tomado medicamentos por prescripción médica durante los tres meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de su seguro.

Sin embargo, si la póliza ha estado vigente por menos de 12 meses, pero el empleado estaba asegurado bajo el contrato anterior con garantías similares ofrecidas por el empleador durante cualquier período de tiempo inmediatamente anterior a la fecha de inicio del efecto de la póliza, este período de tiempo se tendrá en cuenta para determinar el período de seguro de 12 meses.

5) Exclusiones

Esta cobertura no se aplica a ninguna incapacidad total que sea resultado directo o indirecto de una de las siguientes causas:

- a) una herida sufrida durante una guerra, declarada o no, el servicio activo del afiliado en las fuerzas armadas de un país, su participación en un motín, una insurrección o un levantamiento popular;
- b) un hecho delictivo o un intento de infracción al Código Penal;
- c) atención médica o quirúrgica con fines estéticos, a menos que la atención estética sea proporcionada a causa de un accidente ocurrido mientras el afiliado contaba con cobertura en virtud del contrato;
- d) abuso de alcohol o estupefacientes, a menos que el afiliado participe activa y continuamente en un programa realizado bajo supervisión médica para remediar este abuso, o reciba tratamiento o atención médica continua con miras a su rehabilitación y que resida en un centro especializado reconocido;
- e) el hecho de que el afiliado haya conducido un vehículo motorizado estando bajo el efecto de estupefacientes o que la concentración de alcohol en su sangre exceda el límite fijado para ello por el Código Penal vigente en Canadá.

RECURRENCIA DE LA INCAPACIDAD TOTAL

La aseguradora considera los períodos sucesivos de incapacidad total debido a una misma causa o causas conexas como un mismo período de incapacidad total, a menos que estén separados por al menos:

- 1) dos semanas consecutivas de trabajo a tiempo completo durante el plazo de espera; o
- 2) seis meses consecutivos de trabajo a tiempo completo inmediatamente posteriores a un periodo de incapacidad total que haya dado lugar al pago de beneficios en virtud de la presente cobertura.

La aseguradora considera los períodos sucesivos de incapacidad total debido a causas que no estén en absoluto relacionadas entre sí como un mismo período de incapacidad total, a menos que estén separados por al menos un día de trabajo a tiempo completo.

Siempre que períodos sucesivos de incapacidad total se consideren como un mismo período de incapacidad total, el período de espera no se aplica por segunda vez y la aseguradora paga la misma suma que fue aplicable para el período de incapacidad total inicial, menos cualquier pago que ya se haya efectuado, mientras el asegurado esté totalmente incapacitado, sujeto al período máximo de pago del beneficio indicado en la TABLA DE COBERTURAS.

GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD

La aseguradora puede exigir en cualquier momento que un afiliado en estado de incapacidad total participe en un programa de gestión de la discapacidad o que se dedique a una actividad de rehabilitación remunerada que la aseguradora considere satisfactoria.

La aseguradora coordina y garantiza el seguimiento necesario de todos los servicios del programa de gestión de incapacidad que se indica a continuación:

- 1) coordinación del acceso a los servicios de salud;
- 2) programa de apoyo a la reincorporación al trabajo;
- 3) negociación de un regreso gradual al trabajo;
- 4) programa de rehabilitación que puede incluir servicios de evaluación, tratamiento, capacitación, colocación y búsqueda de empleo.

Si un afiliado recibe beneficios mensuales por incapacidad total y participa en un programa de gestión de incapacidad o en una actividad de rehabilitación remunerada bajo la supervisión de su médico y con la aprobación de la aseguradora, se aplican las siguientes condiciones:

- 1) la incapacidad total no se considera finalizada por la sola razón de que el afiliado participe en dicho programa, sujeto a un período máximo de 24 meses;
- 2) si durante su participación en este programa, el estado de salud del afiliado se deteriora hasta un punto en que ya no puede continuar con el mismo, las condiciones de esta cobertura se aplican nuevamente con respecto al afiliado, como si nunca hubiera participado en el programa;
- 3) el límite correspondiente a la cantidad de meses durante los cuales se pagan beneficios mensuales durante cualquier período de incapacidad total continúa aplicándose aun cuando el afiliado esté participando en un programa de gestión de la discapacidad aprobado o en una actividad de rehabilitación remunerativa;
- 4) si, mientras participa en el programa mencionado, el afiliado recibe ingresos, la aseguradora utiliza la fórmula siguiente para determinar la cantidad a deducir de los beneficios pagaderos al afiliado:

$$(A \div B) \times C$$

A = Ingresos obtenidos en el marco de cualquier actividad de rehabilitación.

B = Ingresos que percibía el afiliado inmediatamente antes de la fecha del inicio de su incapacidad total.

C = Beneficios pagaderos si así no fuera en virtud de la presente cobertura;

- 5) mientras el afiliado participe en el programa de gestión de la discapacidad, la aseguradora deduce de sus beneficios mensuales la cantidad necesaria para que sus ingresos totales procedentes de todas las fuentes, como se define en la sección INTEGRACION INDIRECTA del artículo REDUCCIÓN DE LOS BENEFICIO MENSUALES, RESTRICCIONES Y EXCLUSIONES de la presente cobertura, no exceda el 100% del ingreso neto que ganaba antes de su incapacidad si los beneficios no están sujetos a impuestos o el 100% de los ingresos brutos que obtenía antes de su incapacidad si los beneficios están sujetos a impuestos.

El afiliado que se niega a participar en un programa de gestión de la discapacidad, que no participa en dicho programa de buena fe o que no participa en una actividad de rehabilitación que la aseguradora considera apropiada ya no será admisible para los beneficios mensuales previstos por esta cobertura.

CESE DEL PAGO

Los pagos en virtud de la presente cobertura llegan a su fin en la primera de las fechas siguientes:

- 1) la fecha en que el afiliado deja de tener una incapacidad total;
- 2) la fecha en que el afiliado se dedique a una actividad remunerada que no sea una actividad de rehabilitación remunerada aprobada;
- 3) la fecha fijada por la aseguradora en que el afiliado debería haber presentado un comprobante satisfactorio de su incapacidad total o haberse sometido a un examen médico solicitado por la aseguradora, pero no se ha ocupado o se ha negado a hacerlo;
- 4) la fecha en que haya terminado el período máximo de pago de beneficios indicado en la TABLA DE COBERTURAS para todo período de incapacidad total;
- 5) la fecha en que el afiliado se haya negado a participar en un programa de gestión de la discapacidad o a dedicarse a una actividad de rehabilitación que la aseguradora considere adecuada;
- 6) la fecha en que el afiliado alcanza la edad indicada en la TABLA DE COBERTURAS.

DERECHO DEL AFILIADO DESPUÉS DEL CESE DEL SEGURO

Si el afiliado está afectado por una incapacidad total en la fecha en que finaliza su seguro, la aseguradora extenderá el seguro salarial a largo plazo del afiliado, mientras esa incapacidad total continúe sin interrupción, bajo reserva de las demás disposiciones del contrato.

DECLARACIÓN Y PRUEBAS DE SINIESTRO

El afiliado deberá presentar a la aseguradora la declaración inicial de siniestro por escrito dentro de los 30 días siguientes a la expiración del período de espera y la prueba inicial escrita dentro de los 60 días siguientes a la expiración de dicho plazo.

Si se produce una recurrencia de incapacidad total, el afiliado deberá presentar una declaración escrita de siniestro a la aseguradora dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la recurrencia y una prueba escrita, dentro de los 60 días siguientes a la fecha de dicha recurrencia.

Luego, el afiliado deberá presentar una prueba escrita de la continuidad de la incapacidad total que sea satisfactoria a juicio de la aseguradora cada vez que esta última lo requiera.

SEGURO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

DEFINICIONES

En el contexto de la presente cobertura:

Año calendario se refiere al período que se extiende del 1º de enero al 31 de diciembre inclusive.

Cirugía ambulatoria se refiere a toda cirugía realizada por un médico, que requiera anestesia local, regional o general, excluyendo cualquier cirugía menor que pueda realizarse en el consultorio del médico.

Dentista se refiere a una persona autorizada para ejercer la odontología, aprobada por el organismo que tiene jurisdicción en el lugar donde presta los servicios odontológicos.

Diente sano se refiere a un diente natural que no presenta ningún daño patológico, ni en su materia ni en las estructuras adyacentes. Además, un diente tratado o reparado que ha recuperado su función normal debe considerarse como diente sano.

Establecimiento especializado en cuidados paliativos se refiere a todo establecimiento legalmente designado como tal en Canadá, cuya función consista en brindar atención y tratamiento a los pacientes bajo la supervisión de un médico, principalmente durante la fase terminal de la enfermedad, en brindar servicios de enfermería las 24 horas, dispensados por una enfermera autorizada y mantener registros diarios de cada paciente bajo el cuidado de un médico. Sin embargo, no están incluidos los hospitales de atención a corto plazo legalmente designados como tales, los establecimientos de atención a largo plazo, las casas de reposo, las residencias de convalecencia o rehabilitación, los hogares para ancianos o pacientes con enfermedades crónicas, los sanatorios de enfermedades crónicas, los hospitales de convalecencia ni los establecimientos que brindan atención a alcohólicos o toxicómanos.

Gastos habituales y razonables se refiere a los costos que generalmente se cobran por atención o productos similares y limitados a la tarifa que predomina en la región en la que se brindan la atención o los productos. "Atención o productos similares" se refiere a cuidados o productos que son comparables en cuanto a su naturaleza y duración, que requieren la misma competencia y que son brindados por una persona con una formación y experiencia similares.

Hospitalización se refiere a

- 1) un ingreso al hospital como paciente internado en cama (en sala o habitación) por una estadía de más de 18 horas consecutivas;
- 2) toda visita a un hospital durante la cual el afiliado se someta a una cirugía ambulatoria.

Residencia de convalecencia o rehabilitación se refiere a todo establecimiento de Canadá, reconocido como casa de convalecencia por el organismo regulador profesional, calificado para brindar atención y tratamiento a personas enfermas o lesionadas bajo la dirección de un médico o una enfermera autorizada; este establecimiento debe prestar servicios de enfermería brindados por una enfermera autorizada las 24 horas del día y llevar registros diarios de cada paciente confiado al cuidado de un médico. Sin embargo, no están comprendidos en esta categoría las casas de salud, los hogares para ancianos o pacientes con enfermedades crónicas, los hogares para enfermos mentales, las casas de reposo ni los establecimientos que dispensan cuidados a alcohólicos o toxicómanos.

Medicamento equivalente se refiere a un medicamento, de marca o genérico, considerado intercambiable en virtud de la ley aplicable de la provincia donde el medicamento es entregado.

Paciente internado se refiere a la persona que ingresa al hospital, a la que se asigna una cama por orden de un médico, en el sector del hospital reservado a los pacientes internados.

Medicamento obtenido bajo receta se refiere a un medicamento recetado por un médico o un cirujano dental. Además, algunos medicamentos recetados por otros profesionales de la salud deben considerarse medicamentos bajo receta si una ley provincial permite a esos profesionales recetarlos.

Ortesis se refiere a cualquier dispositivo ortopédico fabricado con un material rígido, como metal o plástico, que sirva para mantener una región del cuerpo en buena posición. Las bandas de soporte elásticas no entran en la categoría de ortesis.

Período de hospitalización se refiere a cualquier período continuo de internación en un hospital de Canadá o períodos sucesivos de internación como resultado de una misma enfermedad o un mismo accidente y separados por un período de menos de 60 días consecutivos durante los cuales la persona asegurada no estuvo hospitalizada. Si, durante un período determinado, la hospitalización es el resultado de una enfermedad o un accidente totalmente independientes de la enfermedad o el accidente que provocara la hospitalización anterior, se lo considera como un nuevo período de hospitalización.

Programa de acompañamiento al paciente se refiere al programa que ofrece apoyo a la persona asegurada para facilitar el manejo de su condición médica y la toma de sus medicamentos.

Exclusión: Si la persona asegurada se niega a participar en el programa, podría no ser admisible para el reembolso del medicamento.

Programa de apoyo al paciente se refiere al programa en virtud del cual los fabricantes de algunos medicamentos ofrecen servicios de información, de capacitación y de ayuda financiera a la persona asegurada a la que se le receta el medicamento.

Exclusión: Si la persona asegurada se niega a participar en el programa, podría no ser admisible para el reembolso del medicamento.

Prótesis se refiere a un aparato destinado a reemplazar, en todo o en parte, un miembro o un órgano.

Recomendación médica se refiere a la orden de proveer un medicamento o de prodigar cuidados dada por un médico, un cirujano dentista o un podiatra debidamente autorizado a hacerlo en el marco habitual del ejercicio de su profesión.

Estable se dice del estado de salud de una persona asegurada que, durante los 30 días anteriores a la fecha de inicio del viaje no se encuentra afectada por ninguna condición médica, o se encuentra afectada por una condición médica que:

- 1) no da lugar a ninguna modificación ni recomendación de modificación del tratamiento o de la posología de los medicamentos recetados y
- 2) no se caracteriza por ningún síntoma que permita prever un deterioro de la condición médica durante la duración del viaje.

Emergencia médica se refiere a toda enfermedad, afección o herida grave e imprevista que requiera un tratamiento médico inmediato.

Vehículo se refiere a un automóvil, una caravana motorizada o una camioneta que tenga una capacidad máxima 1000 kilogramos.

OBJETO DE LA COBERTURA

Al recibir una prueba de siniestro satisfactoria a juicio de la aseguradora que certifique que una persona asegurada incurrió en gastos admisibles mientras tenía cobertura de la presente garantía, la aseguradora reembolsará la parte de estos gastos que exceda la franquicia, si la hay, bajo reserva del porcentaje de reembolso aplicable y las restricciones indicadas en la TABLA DE COBERTURAS, y de acuerdo con las demás disposiciones aplicables de la presente garantía y del contrato.

Para ser considerados como admisibles, los gastos deben haber sido realizados a raíz de una enfermedad, un embarazo o un accidente y estar destinados a cubrir los cuidados:

- 1) que sean necesarios desde el punto de vista médico para el tratamiento de la persona asegurada;
- 2) que sean normalmente prodigados para una enfermedad o una lesión de esa naturaleza o de esa gravedad;
- 3) que, bajo reserva de una disposición en sentido contrario, hayan sido previamente recomendados por el médico tratante.

Además, los gastos están limitados a los gastos habituales y razonables normalmente pagados en la región en la que se presten los servicios.

Los gastos admisibles se consideran como realizados en la fecha en que se prestó el servicio o se obtuvieron los suministros.

Red de proveedores preferenciales

La aseguradora puede seleccionar proveedores para la distribución de algunos medicamentos y productos y puede restringir los beneficios para los gastos admisibles efectuados con otro proveedor.

FRANQUICIA

La franquicia es la parte de los gastos admisibles que el afiliado debe pagar cada año calendario, antes de que esta cobertura otorgue derecho a un reembolso. El monto de la franquicia está indicado en la TABLA DE COBERTURAS.

Los gastos admisibles realizados en el curso de los 3 últimos meses de un año calendario que sirven para cubrir parcial o totalmente la franquicia de ese mismo año también se aplican como reducción de la franquicia para el año calendario siguiente.

COPAGO

El copago es la parte de los gastos admisibles que el afiliado debe pagar por cada medicamento para el cual se haya incurrido en gastos, antes de que esta cobertura otorgue derecho a un reembolso. El monto del copago está indicado en la TABLA DE COBERTURAS.

PORCENTAJE DE REEMBOLSO

Todo porcentaje de reembolso indicado en la TABLA DE COBERTURAS es el porcentaje de los gastos admisibles luego de la aplicación de la franquicia o del copago, que será reembolsado por la aseguradora de acuerdo con las disposiciones de la presente cobertura.

GASTOS ADMISIBLES EN CANADÁ – ACCIDENTE-ENFERMEDAD

Los gastos admisibles son los enumerados a continuación y efectuados:

- 1) en la provincia de residencia del afiliado; y
- 2) fuera de la provincia de residencia del afiliado, pero en Canadá, por una razón distinta de una emergencia médica.

GASTOS DE INTERNACIÓN

Hospital: los gastos de internación por atención a corto plazo por cada día de internación y sin límites en cuanto a la cantidad de días, hasta alcanzar el límite indicado en la TABLA DE COBERTURAS.

Establecimiento especializado en cuidados paliativos: los gastos de internación para cuidados paliativos, hasta alcanzar el límite indicado en la TABLA DE COBERTURAS.

Centro de convalecencia o de rehabilitación: los gastos de estadía en una habitación de dos camas (semiprivada), incluyendo las comidas, en un centro de convalecencia o rehabilitación autorizado, siempre que la persona asegurada haya sido admitida en el mismo dentro de los 14 días posteriores a su estadía en un hospital en calidad de paciente internado y que la estadía tenga como finalidad principal la rehabilitación y no la supervisión del paciente, hasta alcanzar el límite indicado en la TABLA DE COBERTURAS.

MEDICAMENTOS

- 1) Los medicamentos que sean requeridos para la terapia, que solo puedan obtenerse bajo receta de un médico o de un cirujano dental (con el código «Pr», «C», o «N» en el Compendio de Productos y Especialidades Farmacéuticas) y que sean suministrados por un farmacéutico, o por un médico donde no haya farmacéutico.

Además, también son admisibles los gastos realizados en medicamentos que se obtienen bajo receta médica y que son necesarios para el tratamiento de determinadas condiciones patológicas, siempre que no se trate de preparados homeopáticos y siempre que la indicación terapéutica propuesta por el fabricante en el Compendio de Productos y Especialidades Farmacéuticas esté directamente relacionada con el tratamiento de dichas condiciones patológicas, a saber, las siguientes:

problemas cardíacos;

trastornos

pulmonares;

diabetes;

artritis;

enfermedad de

Parkinson; epilepsia;

fibrosis quística;

glaucoma.

- 2) Para las personas aseguradas de 65 años o más que estén cubiertas por el plan de seguro de medicamentos del gobierno de Quebec, los medicamentos descritos en el párrafo 1), que sean necesarios para la terapia, que el plan de seguro de medicamentos del gobierno de Quebec no cubre, que solo se pueden obtener bajo receta médica y que sean suministrados por un farmacéutico, o por un médico cuando no haya farmacéutico.

También son reembolsables los gastos efectuados para cubrir la franquicia y el coseguro del plan de seguro de medicamentos del gobierno de Quebec entendiéndose que estos costos están sujetos a la franquicia y al porcentaje de reembolso de la presente garantía.

- 3) Todo medicamento que pueda inyectarse o toda vacuna recetada por un médico con el fin de prevenir o tratar una enfermedad; las vacunas preventivas están limitadas a un máximo pagadero de 100 \$ por año calendario, por persona asegurada.
- 4) Las aplicaciones de sustancias esclerosantes para el tratamiento de várices, siempre que estos tratamientos sean necesarios para fines médicos y no cosméticos, hasta un máximo pagadero de 20 \$ por visita por persona asegurada.
- 5) Los productos anestésicos administrados durante una intervención que no tenga lugar en un hospital, hasta un máximo pagadero de 20 \$ por intervención.

MEDICAMENTOS QUE EXIJAN UNA AUTORIZACIÓN PREVIA

Para el reembolso de algunos medicamentos se requiere autorización previa de la aseguradora. La lista de esos medicamentos se encuentra disponible en el sitio Web de la aseguradora. El médico debe completar un formulario de autorización previa y enviarlo a la aseguradora para garantizar que los medicamentos recetados cumplan con los criterios de autorización previa establecidos por la aseguradora, en particular, que los medicamentos recetados se utilicen para una indicación terapéutica aprobada y demuestren una eficacia satisfactoria en relación con los costos relacionados. Es posible que la aseguradora reembolse el valor de un medicamento equivalente si existe un medicamento equivalente más barato disponible en el mercado. Se pueden solicitar pruebas de eficacia o nuevos resultados durante el tratamiento para determinar si el medicamento produce los efectos esperados y sigue siendo admisible para el reembolso.

PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO AL PACIENTE Y PROGRAMA DE APOYO AL PACIENTE

La aseguradora puede exigir que la persona asegurada participe en estos programas. PROFESIONALES DE LA SALUD

Cuidados de enfermería: los servicios de una enfermera autorizada, de una enfermera auxiliar autorizada o una asistente (auxiliar de enfermería) que no tenga ningún parentesco, ni por consanguinidad ni por matrimonio, con el afiliado ni con ninguna de sus personas a cargo y que no resida normalmente en su casa ni en la de una de sus personas a cargo. Para que los servicios tengan cobertura, el paciente no debe estar hospitalizado y la atención brindada debe ser necesaria desde el punto de vista médico y no brindada específicamente como cuidado de protección, de acompañamiento ni de psicoterapia o supervisión, y deben estar bajo la competencia de la enfermera o de la asistente, hasta alcanzar el máximo indicado en la TABLA DE COBERTURAS para cada persona asegurada.

Atención paramédica: de acuerdo con las disposiciones previstas en la TABLA DE COBERTURAS, los servicios brindados por cada tipo de profesional, con la condición de que el profesional ejerza dentro de los límites de su competencia. Además, debe ser miembro acreditado de su asociación o colegiatura profesional, que debe ser reconocida por la aseguradora. A menos que haya una indicación en sentido contrario, estos servicios no requieren una derivación médica.

Los gastos realizados por técnicas de diagnóstico por imágenes utilizadas por un quiropráctico, osteópata o podiatra están cubiertos, hasta un monto pagadero de 50 \$ por año calendario por persona asegurada para cada especialidad.

AMBULANCIA

Los gastos de una ambulancia autorizada para transportar a la persona asegurada por vía terrestre, en caso de emergencia médica o en el marco de un tratamiento recibido como paciente internado:

- 1) a partir del lugar en el cual la persona asegurada es víctima del accidente o se enferma, hasta el hospital más cercano en el que pueda recibir la atención adecuada;
- 2) de un hospital a otro; y
- 3) de un hospital al domicilio de la persona si el estado del paciente lo exige.

Los gastos de una ambulancia autorizada para transportar a la persona asegurada por vía aérea, en caso de emergencia, al hospital más cercano en el que pueda recibir la atención adecuada o a otro hospital si el médico tratante declara que el traslado es necesario.

AYUDA A LA MOVILIDAD

Silla de ruedas convencional: compra o alquiler, a criterio de la aseguradora.

Ayudas para caminar o muletas: compra o alquiler, a criterio de la aseguradora.

Cigüeña mecánica o hidráulica: compra, hasta alcanzar un monto pagadero de 2 000 \$ por cigüeña y un máximo de una cigüeña por persona asegurada por cada período de 5 años consecutivos.

SUMINISTROS ORTOPEDICOS

Corsé ortopédico: compra, los gastos de reparación no están incluidos.

Soporte para una extremidad, vendaje de hernia y yeso: compra, los gastos de reparación o de reemplazo no están incluidos.

Cama de hospital convencional: compra o alquiler, a criterio de la aseguradora.

Calzado ortopédico: compra, hasta un monto pagadero de 300 \$ * por persona asegurada por cada período de 12 meses consecutivos. Para ser considerados ortopédicos, los zapatos deben estar diseñados y fabricados a medida para una persona específica a partir de un molde con la finalidad de corregir un defecto del pie o ser zapatos abiertos, acampanados o rectos, o ser necesarios para el mantenimiento de las férulas llamadas de Denis Browne. Además, deben ser fabricados y facturados por laboratorios que cuenten con un permiso en virtud de la Ley de Protección de la Salud Pública. El costo de cualquier adición o modificación realizada a los zapatos prefabricados también es admisible, pero los zapatos profundos no son considerados como zapatos ortopédicos. Los zapatos normales que forman parte del inventario habitual quedan excluidos.

* El máximo se aplica a todos los gastos realizados por calzado ortopédico y aparatos ortopédicos podiátricos o soportes plantares que se describen a continuación.

ORTESIS Y PRÓTESIS

Los gastos en los que se incurre para prótesis u ortesis solo son admisibles en los casos en que estos artículos sean fabricados (y facturados, en el caso de ortesis ortopédica y soportes plantares) por laboratorios que cuenten con un permiso en virtud de la Ley de Protección de la Salud Pública.

Ortesis podiátrica o soporte plantar: compra, hasta un monto pagadero de 300 \$ * por persona asegurada, por cada período de 12 meses consecutivos.

* El máximo se aplica a todos los gastos efectuados por ortesis podiátricas o soportes plantares y zapatos ortopédicos descritos anteriormente.

Miembro artificial: compra, los gastos de reparación también están cubiertos. Los gastos de reemplazo están cubiertos si el reemplazo se debe a un cambio fisiológico.

Ojo artificial: compra, incluido el reembolso de los gastos relacionados con el pulido del ojo artificial o una reconfiguración por año calendario, por persona asegurada.

Prótesis mamaria externa: compra de una prótesis por persona asegurada por cada período de 12 meses consecutivos, cuando se requiera después de una mastectomía total o radical realizada mientras la persona está asegurada en virtud de la presente cobertura o una garantía comparable en vigor inmediatamente antes de la fecha de vigencia de la presente cobertura.

Sujetadores para prótesis mamarias: compra de dos sujetadores para prótesis mamarias por persona asegurada por cada período de 12 meses consecutivos.

Prótesis auditiva: compra, con receta escrita de un otorrinolaringólogo diplomado, hasta un monto pagadero de 500 \$ por persona asegurada por cada período de 60 meses consecutivos.

Prótesis capilar: compra, si la prótesis es necesaria después de un tratamiento de quimioterapia, hasta un monto pagadero de por vida de 200 \$ por persona asegurada.

Brazo mioeléctrico: compra, los costos de reparación también están cubiertos, hasta alcanzar un monto pagadero de 10 000 \$ por prótesis por año calendario, por persona asegurada.

EQUIPAMIENTO TERAPEUTICO

Glucómetro o reflectómetro: compra o alquiler, por recomendación médica, hasta un monto pagadero de 200 \$ por persona asegurada por cada período de 36 meses consecutivos.

Oxígeno y equipos necesarios para su administración: compra o alquiler de los equipos, a criterio de la aseguradora.

Monitor de apnea: compra o alquiler, a criterio de la aseguradora.

Bomba de drenaje y accesorios de percusión torácica: compra.

Bomba de extremidades para linfedema o síndrome posflebítico severo: compra, hasta un monto pagadero de por vida de 1 500 \$ por persona asegurada.

Neuroestimulador T.E.N.S. : compra o alquiler, a criterio de la aseguradora, hasta un monto pagadero por vida de 700 \$ por persona asegurada.

Otros insumos terapéuticos: que sean médicamente necesarios y destinados a curar o tratar una afección, compra o alquiler, a criterio de la aseguradora, hasta un monto pagadero de por vida de 10 000 \$ por persona asegurada. Esta categoría de insumos incluye, por ejemplo, estimuladores de consolidación de fracturas, bombas de insulina, dispositivos de aerosolterapia y ventiladores de presión positiva intermitente.

SUMINISTROS MÉDICOS

Suministros relacionados con la colostomía, ileostomía y ureterostomía: compra.

Medias de compresión: compra, siempre que sean de compresión media o fuerte (más de 20mm/Hg) provistos por una farmacia o un establecimiento médico, hasta un máximo de 4 pares por persona asegurada durante cada período de 12 meses consecutivos.

Dispositivo intrauterino: compra, hasta un monto pagadero 50 \$ por año calendario, por persona asegurada.

Suministros para parapléjicos: compra, a condición que sean reconocidos como necesarios para el tratamiento y el mantenimiento de parapléjicos.

Catéter: compra.

Suministros médicos para alimentación forzada: compra.

Suministros médicos necesarios después de una traqueotomía: compra.

Gafas opacas necesarias durante un tratamiento de radioterapia o contra la psoriasis: compra.

Prendas de compresión para quemaduras:

compra. Apósitos medicamentosos:

compra.

SERVICIOS DE DIAGNOSTICO

Técnicas de diagnóstico por imágenes y análisis de laboratorio, excluyendo los servicios recibidos en el hospital, hasta un monto pagadero de 1 000 \$ por año calendario, por persona asegurada.

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA LUEGO DE UN ACCIDENTE

Los servicios de un odontólogo necesarios para la reparación y el reemplazo de dientes sanos como resultado de un golpe accidental en la boca mientras la persona está cubierta por esta garantía o una garantía comparable vigente inmediatamente antes de la fecha de vigencia de esta garantía, y no debido a la introducción intencional o involuntaria de una sustancia alimenticia o un objeto en su boca. Esta atención odontológica debe realizarse dentro de los 12 meses siguientes a la fecha del accidente; de lo contrario, la aseguradora requerirá que se le presente un plan de tratamiento detallado que a su juicio sea satisfactorio dentro del mismo plazo. La aseguradora no otorga ningún reembolso por atención odontológica recibida más de dos años después de la fecha del accidente.

CURAS Y TRATAMIENTOS

Cura de desintoxicación: los gastos de estadía para una cura de desintoxicación en un centro reconocido o en una clínica privada especializada en el tratamiento del alcoholismo o la toxicomanía y reconocida como tal, siempre que la condición de la persona requiera una cura bajo la supervisión y control de un médico, y que la estadía haya sido previamente aprobada por la aseguradora, por un monto pagadero de 80 \$ por día y hasta alcanzar un monto pagadero de por vida de 2 500 \$ por persona asegurada.

CUIDADOS DE LA VISIÓN

Examen de la vista: incluyendo la verificación de la refracción ocular, entendiéndose que estos servicios deben ser prestados por un oftalmólogo autorizado o un optometrista certificado, hasta un monto pagadero de 50 \$ por persona asegurada por cada período de 24 meses consecutivos en el caso de los adultos y de 12 meses consecutivos en el caso de los hijos de menos de 18 años.

Cristalino artificial: compra de un cristalino implantado quirúrgicamente para reemplazar el cristalino natural en razón de una catarata, hasta un monto pagadero de 200 \$ por año calendario, por persona asegurada.

Un par de anteojos o lentes de contacto necesarios luego de una cirugía ocular

no refractiva, hasta un monto pagadero de por vida de 250 \$ por persona asegurada.

ANTEOJOS Y LENTES DE CONTACTO

Anteojos y lentes de contacto incluyendo los costos de reemplazo, siempre que sean prescritos por escrito por un oftalmólogo autorizado o un optometrista diplomado y brindados por un oftalmólogo autorizado, un optometrista diplomado o un óptico con licencia, o los gastos relacionados con una cirugía para corregir la miopía, la hipermetropía o el astigmatismo, hasta un monto pagadero de 100 \$ por persona asegurada por cada período de 24 meses consecutivos en el caso de adultos y de 12 meses consecutivos en el caso de menores de 18 años.

EL SERVICIO INFO ACCÈS-SANTÉ

El servicio Info Accès-Santé es un servicio telefónico que funciona las 24 horas y que permite a la persona asegurada hablar con total confidencialidad con profesionales de la salud experimentados y obtener información de manera inmediata.

A través de este servicio telefónico, la persona asegurada puede informarse sobre las siguientes cuestiones:

- la salud;
- las dietas;
- la manera de mantenerse en forma;
- la disponibilidad de recursos locales.
- la vacunación;
- el modo de vida;
- la puericultura;

El servicio Info Accès-Santé debe considerarse como un complemento de la consulta médica y el servicio médico de emergencia (911 u otro); no sustituye al profesional de la salud al que suele consultar la persona asegurada ni al servicio médico de emergencias de un municipio.

Este servicio de información puede ser útil para mejorar la calidad de vida del afiliado y sus personas a cargo.

La persona asegurada puede comunicarse en cualquier momento con el servicio INFO ACCÈS-SANTÉ.

Origen de la llamada

Número que debe marcar

En todo Canadá

1 877 875-2632

GASTOS ADMISIBLES - PACIENTE DERIVADO

Todos los gastos admisibles enumerados en la sección siguiente, titulada "Seguro de viaje", pero realizados fuera de la provincia de residencia habitual de la persona asegurada porque ha sido derivada a otro médico, son considerados gastos admisibles, bajo reserva de lo siguiente:

- 1) el servicio o tratamiento no se brinda en Canadá o en la provincia de residencia habitual de la persona asegurada;

- 2) la persona asegurada debe presentar a la aseguradora una carta escrita por un médico de su provincia de residencia habitual en la que el médico indique que deriva al paciente a otro médico;
- 3) la aseguradora debe dar su autorización previa por escrito;
- 4) el plan provincial de seguro de hospitalización o seguro de salud (o ambos) deben participar en el reembolso de los gastos admisibles.

La cantidad máxima pagadera por la aseguradora con respecto a los gastos admisibles efectuados fuera de la provincia de residencia luego de una derivación a otro médico se limitará al porcentaje de reembolso indicado en la TABLA DE COBERTURAS y a los máximos definidos a continuación:

- 1) los gastos efectuados fuera de la provincia de residencia, pero en Canadá: sin máximo;
- 2) los gastos efectuados fuera de Canadá: hasta alcanzar 50 000 \$ de gastos admisibles por año calendario, por persona asegurada.

GASTOS ADMISIBLES - SEGURO DE VIAJE

Si una persona asegurada debe incurrir en gastos en razón de una emergencia médica ocurrida durante los primeros 180 días de una estancia fuera de su provincia de residencia, la aseguradora reembolsará los gastos admisibles de acuerdo con las disposiciones indicadas en la TABLA DE COBERTURAS y las siguientes condiciones:

- 1) la persona asegurada debe estar cubierta por un plan estatal de seguro de salud y seguro de hospitalización;
- 2) los gastos deben estar cubiertos por el seguro de accidentes y enfermedades; y
- 3) los gastos deben estar relacionados con un estado de salud estable antes de la fecha de inicio del viaje.

El afiliado deberá ponerse en contacto con la aseguradora si la duración de la estancia fuera de la provincia de residencia es o podría ser superior a 180 días, de lo contrario la persona asegurada puede no estar cubierta por el seguro de viaje.

- 1) Gastos médicos admisibles:
 - a) los gastos efectuados por servicios hospitalarios y por una estadía en una habitación de hospital de dos camas (semiprivada), hasta que la persona asegurada sea dada de alta del hospital;
 - b) los honorarios de un médico, un cirujano y un anestésista;
 - c) todos los demás gastos admisibles que están cubiertos por esta cobertura en la provincia de residencia habitual del asegurado, excepto los gastos admisibles por atención hospitalaria y atención domiciliaria, si corresponde.

- 2) Gastos admisibles de transporte:
- a) los gastos de repatriación del asegurado a su lugar de residencia en un medio de transporte público adecuado para que allí pueda recibir la atención adecuada, tan pronto como su estado de salud lo permita y en la medida en que el medio de transporte inicialmente previsto para el retorno no pueda ser utilizado; la repatriación debe ser aprobada y planificada por Voyage Assistance; además, la persona asegurada deja de estar cubierta por el seguro si no da su consentimiento para la repatriación cuando sea recomendada por Voyage Assistance;
 - b) los gastos de repatriación (simultánea a la del inciso anterior) de cualquier miembro de la familia inmediata que también esté asegurado por la póliza, si no puede regresar a su punto de partida en el medio de transporte inicialmente previsto para el regreso; la repatriación debe ser aprobada y planificada por Voyage Assistance;
 - c) transporte de ida y vuelta en clase económica de un asistente médico calificado que no sea un miembro de la familia inmediata, ni un amigo, ni un compañero de viaje, siempre que la presencia de dicho asistente sea prescrita por el médico tratante y aprobada por Voyage Assistance;
 - d) el costo de un boleto de ida y vuelta en clase económica por la ruta más directa (avión, autobús, tren) para permitir que un familiar inmediato visite a la persona asegurada que permanezca en el hospital durante al menos siete días (los costos solo se reembolsarán si la persona se queda en el hospital durante al menos siete días); sin embargo, esta visita no es admisible para reembolso si la persona asegurada ya estaba acompañada por un familiar inmediato de 18 años o más. Los gastos de manutención del familiar inmediato también están cubiertos, hasta un máximo de 500 \$. La necesidad de la visita debe ser confirmada por el médico tratante y la visita debe ser aprobada y planificada con anticipación por Voyage Assistance;
 - e) los gastos de regreso del vehículo, si la persona asegurada sufre una incapacidad derivada de una emergencia médica certificada por un médico y no está en condiciones, según este último, de traer de vuelta por sí misma su vehículo o el que haya alquilado y si ningún familiar inmediato o compañero de viaje que lo acompañe puede hacerlo; el regreso puede ser realizado por una agencia comercial, pero debe ser aprobado y planificado por Voyage Assistance; el reembolso máximo es de 1 000 \$ por afiliado;

- f) en caso de fallecimiento del asegurado, el costo de un boleto de ida y vuelta en clase económica por la ruta más directa (avión, autobús, tren) para permitir que un familiar inmediato identifique los restos antes de la repatriación (el viaje debe ser aprobado y planeado con anticipación por Voyage Assistance); sin embargo, es condición que ningún familiar inmediato de 18 años o más haya acompañado al asegurado en su viaje;
 - g) en caso de fallecimiento del asegurado, los gastos de preparación del cuerpo y regreso de los restos o sus cenizas a su lugar de residencia por la ruta más directa (avión, autobús, tren), hasta un máximo de 5 000 \$; el costo del ataúd no está incluido en el seguro; el retorno debe ser aprobado previamente y planificado por Voyage Assistance.
- 3) Gastos de manutención admisibles: el costo de las comidas y el alojamiento de la persona asegurada que tenga que posponer su regreso debido a una enfermedad o lesión corporal que sufra ella misma o un miembro de su familia inmediata que la acompañe o un compañero de viaje, así como los gastos adicionales por cuidado de los hijos que no lo acompañen; esos gastos son reembolsables hasta un máximo de 200 \$ por día por afiliado, por un máximo de 10 días; la enfermedad o lesión debe ser comprobada por un médico.
- 4) Gastos admisibles de llamadas interurbanas: los gastos por llamadas interurbanas para comunicarse con un familiar inmediato si la persona asegurada está internada en un hospital, siempre que no se reembolsen costos de transporte para visitar al asegurado, según lo dispuesto en la sección d) anteriormente citada, y que no se encuentre acompañado por un familiar inmediato de 18 años o más, hasta un máximo de 50 \$ por día y un máximo agregado de 200 \$ por período de internación.
- 5) Decisiones médicas: si un médico u otro profesional de la salud, empleado por Voyage Assistance, vinculado por contrato a Voyage Assistance o designado por este último, toma decisiones sobre la necesidad de proporcionar servicios con cobertura como los descritos anteriormente, se trata, entonces, de decisiones médicas basadas en factores médicos que son decisivos para determinar la necesidad de prestar esos servicios.
- 6) El servicio Voyage Assistance
- Voyage Assistance hará los arreglos necesarios para brindar los siguientes servicios a toda persona asegurada que los necesite:
- a) asistencia telefónica gratuita, las 24 horas;
 - b) derivación a médicos o establecimientos de salud;
 - c) ayuda para la admisión en el hospital;
 - d) anticipos en efectivo al hospital cuando lo requiera el establecimiento en cuestión;

- e) repatriación del asegurado a su ciudad de residencia, tan pronto como su estado de salud lo permita;
- f) establecer y mantener contacto con la aseguradora;
- g) pago de los trámites en caso de fallecimiento;
- h) repatriación de los hijos de la persona asegurada si se encuentra inmovilizada;
- i) envío de asistencia médica y medicamentos si una persona asegurada se encuentra demasiado lejos de los establecimientos de salud para ser transportada allí;
- j) arreglos necesarios para hacer venir a un familiar inmediato si la persona asegurada debe permanecer en el hospital durante al menos siete días y el médico ordena dicha visita;
- k) en caso de pérdida o robo de documentos de identidad, ayuda para la obtención de documentos temporales para continuar el viaje;
- l) derivación a abogados si surgen problemas legales;
- m) servicio de intérprete para llamadas de emergencia;
- n) transmisión de mensajes a los familiares de la persona asegurada en caso de emergencia;
- o) antes de partir, información sobre pasaportes, visas y vacunas requeridas en el país de destino.

En caso de emergencia médica, el asegurado puede ponerse en contacto inmediatamente con el servicio VOYAGE ASSISTANCE.

Origen de la llamada	Número que debe marcar
Área de Montreal	(514) 875-9170
Canadá y Estados Unidos	1-800-465-6390 (gratuito)
En otros lugares del mundo (Excluyendo las Américas)	prefijo de ultramar + 800 29485399 (gratuito)
Cobro revertido (En todo el mundo)	(514) 875-9170

RESTRICCIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

- 1) Los beneficios se limitan a las cantidades indicadas en la TABLA DE COBERTURAS o en la cobertura.
- 2) En virtud de la presente cobertura no se realiza ningún reembolso con respecto a:
 - a) servicios o atención que un plan de seguro de salud público prohíbe pagar en su totalidad o en parte, excepto en la medida en que permita un reembolso de excedente;
 - b) servicios, atención o productos que la persona reciba gratuitamente o que sean reembolsables en virtud de una ley provincial o federal, entendiéndose que para una persona que no esté cubierta por las leyes en cuestión, la aseguradora no reembolsa los gastos que normalmente habrían tenido cobertura por las leyes de seguro de salud y seguro de hospitalización de la provincia de residencia del asegurado;
 - c) servicios, atención o productos administrados con fines experimentales;
 - d) los gastos realizados para prótesis implantadas quirúrgicamente;
 - e) servicios, atención o productos brindados al afiliado por el empleador;
 - f) sillas de ruedas diseñadas o adaptadas para permitir la participación en actividades deportivas;
 - g) camas eléctricas;
 - h) dispositivos de control como estetoscopios, esfigmomanómetros u otros dispositivos similares, así como accesorios domésticos como purificadores, humidificadores, acondicionadores de aire, bañeras de hidromasaje u otros dispositivos de naturaleza similar;
 - i) equipamientos de tipo «Obus Forme»;
 - j) cursos, programas de ejercicios, programas de acondicionamiento físico con aparatos o en el piso, baños flotantes, baños de barro, baños terapéuticos, ejercicios de relajación, ejercicios de gimnasia, sesiones de estiramiento y fortalecimiento, evaluaciones posturales y velas para oídos;
 - k) pañales para incontinencia;
 - l) atención odontológica, excepto la prevista en esta cobertura;
 - m) procedimientos odontológicos e insumos que tengan como propósito restaurar la boca y corregir la dimensión vertical o cualquier disfunción temporomandibular;

- n) viajes de salud o viajes realizados para someterse a exámenes médicos con fines de seguro, control o verificación;
- o) servicios, atención o productos no incluidos en la lista de gastos admisibles;
- p) los gastos admisibles derivados directa o indirectamente:
 - i) de tratamientos estéticos;
 - ii) de un hecho delictivo o un intento de infracción al Código Penal;
 - iii) toda causa por la cual los gastos sean admisibles para reembolso en virtud de la Ley sobre los accidentes laborales o cualquier ley similar o en virtud de cualquier otro plan público;
 - iv) de una guerra, declarada o no, el servicio activo del afiliado en las fuerzas armadas de un país, su participación en un motín, una insurrección o un levantamiento popular;
 - v) del hecho de que el afiliado haya conducido un vehículo de motor bajo la influencia de estupefacientes o cuando la concentración de alcohol en su sangre superara el límite establecido al respecto por el Código Penal vigente en Canadá; los gastos admisibles efectuados para una cura de desintoxicación y los gastos efectuados para la compra de medicamentos que cubriría el plan de seguro de medicamentos del gobierno de Quebec no están cubiertos por este acuerdo;
- q) los gastos efectuados para el tratamiento de la infertilidad;
- r) gafas de sol o protección para los ojos.

Los beneficios pueden estar limitados o que no se realice ningún reembolso por la atención o los productos disponibles en la red de proveedores preferenciales pero que se obtengan de otro proveedor.

3) Exclusiones aplicables a los medicamentos

En virtud de la presente cobertura no se realiza ningún reembolso con respecto a:

- a) los medicamentos, las hormonas, los productos y las inyecciones que se apliquen para el tratamiento de la obesidad;
- b) los productos anticonceptivos (jaleas y espumas anticonceptivas y profilácticas), salvo los previstos en la presente cobertura;

- c) los siguientes productos, sean o no considerados medicamentos:
- i) champús y otros productos para el cuero cabelludo, incluidos los productos para el crecimiento del cabello;
 - ii) productos para cuidados estéticos;
 - iii) cosméticos;
 - iv) productos llamados naturales y preparados homeopáticos;
 - v) pantallas solares;
 - vi) jabones;
 - vii) laxantes de uso corriente;
 - viii) antiácidos estomacales de uso corriente;
 - ix) emolientes epidérmicos;
 - x) desinfectantes y apósitos habituales;
 - xi) aguas minerales;
 - xii) preparaciones lácteas de todo tipo para bebés;
 - xiii) proteínas o suplementos dietéticos (es decir, productos utilizados como suplemento o complemento de la dieta);
- d) sustancias utilizadas para inyecciones esclerosantes en casos de várices, arañas vasculares y dilatación menor no realmente patológicas pero que se consideran antiestéticas;
- e) productos y medicamentos recetados para el tratamiento de disfunciones sexuales;
- f) medicamentos o productos antitabaco que no estén cubiertos por el plan de seguro de medicamentos del gobierno de Quebec, así como costos que excedan el máximo previsto en el plan de seguro de medicamentos del gobierno de Quebec para medicamentos en relación con medicamentos o productos antitabaco;
- g) medicamentos para el tratamiento de la infertilidad, excepto los cubiertos por el plan de seguro de medicamentos del gobierno de Quebec;
- h) los gastos realizados por atención, productos o medicamentos que se utilicen para tratar afecciones específicas distintas de aquellas para las que fueron creados;
- i) los gastos realizados por atención, productos o medicamentos que son objeto de un consumo superior al previsto por los criterios establecidos por la aseguradora.

Los beneficios pueden estar limitados o puede que no se realice ningún reembolso por medicamentos o productos disponibles en la red de proveedores preferenciales pero que se obtengan de otro proveedor.

Las exclusiones de esta garantía en ningún caso deben hacer que el plan sea menos generoso en términos de beneficios que el plan de seguro de medicamentos del gobierno de Quebec.

4) Exclusiones aplicables a los medicamentos que requieren una autorización previa

No se hace ningún reembolso en virtud de la presente cobertura por medicamentos que no cumplan con los criterios de autorización previa establecidos por la aseguradora en la fecha en que se realizan los gastos.

5) Restricciones aplicables a los medicamentos

- a) la aseguradora se reserva el derecho de aplicar restricciones sobre el reembolso en medicamentos para los que exista un medicamento equivalente más barato en el mercado;
- b) la cantidad de medicamentos o productos comprados no debe exceder un suministro de 34 días; esta restricción es de 100 días para los medicamentos de mantenimiento.

6) Exclusiones y limitaciones aplicables al seguro de viaje

La persona asegurada deberá ponerse en contacto inmediatamente con Voyage Assistance cuando tenga que recurrir a servicios médicos de emergencia que requieran hospitalización en el extranjero, de lo contrario la aseguradora podría reducir o rechazar el reembolso de parte de los gastos admisibles realizados. Queda entendido que la aseguradora no es responsable de la disponibilidad o calidad de la atención médica y hospitalaria brindada.

Las exclusiones que se aplican al seguro de accidentes y enfermedades también se aplican a la parte del seguro de viaje de la presente cobertura. Además, la aseguradora no abonará ninguna de las sumas previstas en el apartado del seguro de viaje en los siguientes casos:

- a) si la persona asegurada no está cubierta por planes estatales de seguro de salud y seguro de hospitalización;
- b) si el viaje se realiza con la intención de recibir tratamiento médico o paramédico o servicios hospitalarios, salvo que el asegurado haya sido derivado a otro médico, de acuerdo con lo dispuesto en la sección PACIENTE DERIVADO de la presente cobertura;
- c) por una cirugía o un tratamiento, cuando sean opcionales o no urgentes, es decir, hubieran podido realizarse en la provincia de residencia del asegurado sin poner en peligro su vida ni su salud, incluso si la atención se presta a raíz de una emergencia médica;

- d) si la persona asegurada no da su consentimiento para la repatriación cuando lo recomiende Voyage Assistance;
- e) por los gastos de salud y hospitalarios efectuados para una persona asegurada que no pueda ser repatriada a su provincia de residencia y que rechace un tratamiento médico prescrito por el médico y aprobado por el Servicio de Assistance Voyage;
- f) por cualquier emergencia médica ocurrida en un país o una región para los cuales el gobierno de Canadá haya emitido, antes de la fecha de inicio del viaje, una de las siguientes advertencias:
 - i) evitar todo viaje no esencial; o
 - ii) evitar todo viaje.

La persona asegurada que se encuentre en el país o la región objeto de una advertencia emitida durante el viaje no está alcanzada por esta exclusión. Sin embargo, debe tomar las medidas necesarias para salir de ese país o esa región lo antes posible;

- g) si la persona asegurada se niega a revelar a la aseguradora la información necesaria relacionada con otros planes de seguro por los cuales también goza del beneficio de una cobertura de seguro de viaje o si niega a la aseguradora el uso de dicha información;
- h) si los gastos efectuados están relacionados con un estado de salud que no era estable antes de la fecha de inicio del viaje.

Los beneficios del seguro de viaje están limitados al máximo indicado en la TABLA DE COBERTURAS.

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS

La presente cobertura está sujeta a la disposición relativa a la COORDINACIÓN DE BENEFICIOS de la sección SOLICITUDES DE COBERTURA del contrato.

FIN DE LA COBERTURA

Esta cobertura finaliza en la fecha en que el afiliado alcanza la edad indicada en la TABLA DE COBERTURAS o en la primera de las fechas indicadas en la sección CESE DEL SEGURO.

EXTENSIÓN DEL SEGURO DE LAS PERSONAS A CARGO AL FALLECIMIENTO DEL AFILIADO

Al fallecimiento del afiliado y bajo reserva de las disposiciones previstas en la presente cobertura, el seguro de las personas a cargo se extiende sin pago de prima hasta la primera de las siguientes fechas:

- 1) la fecha en que se cumplan 24 meses a partir de la fecha de fallecimiento del afiliado;

- 2) la fecha en la que la persona a cargo deje de ser admisible por una razón que no sea la muerte del afiliado;
- 3) la fecha en que habría terminado el seguro de las personas a cargo si el afiliado no hubiera fallecido;
- 4) la fecha de fin de la cobertura o del contrato.

DECLARACIÓN Y PRUEBAS DE SINIESTRO

Toda solicitud de beneficios distintos a medicamentos debe ir acompañada de los comprobantes correspondientes y ser remitida a la aseguradora en cada período de 120 días, en la medida en que el monto de la solicitud lo justifique y antes de que finalice un período de doce meses consecutivos siguientes a la fecha en que se incurrió en los gastos. Además, se debe enviar una notificación por escrito a la aseguradora dentro de los 30 días inmediatamente posteriores a la fecha de cualquier accidente por el cual el afiliado deba presentar una solicitud de beneficios.

REEMBOLSO DE LOS GASTOS DE MEDICAMENTOS

Si la persona asegurada incurre en gastos de medicamentos, debe presentar al farmacéutico la tarjeta del servicio de pago. Gracias a este modo de pago, llamado directo, la persona asegurada paga al farmacéutico solo la parte no asegurada de los costos de los medicamentos que adquiera y, por lo tanto, el afiliado no tiene que presentar solicitudes de reembolso a la aseguradora.

Nuestro compromiso con nuestros afiliados

En su calidad de afiliado, usted tiene derecho a que le brindemos nuestra atención, nuestro respeto y nuestra disponibilidad. Puede contar con el compromiso de nuestro equipo para procesar sus requerimientos con objetividad y diligencia para brindarle siempre un buen servicio.

Desjardins Assurances pone las necesidades de sus afiliados en el centro de sus preocupaciones. Su seguridad financiera es primordial para nosotros. Por eso, estamos en condiciones de aportarle un apoyo financiero en caso de enfermedad, accidente o fallecimiento.

El presente folleto presenta una síntesis de nuestras obligaciones financieras para con usted.



360° | ASSURANCE
MC COLLECTIVE

desjardinsassurancevie.com

Su plan de seguro colectivo



Desjardins Assurances se refiere a Desjardins Sécurité financière, compañía de seguros de vida.

MC Marca registrada propiedad de Desjardins Sécurité financière, compañía de seguros de vida
La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC de Canadá reconoce las importantes contribuciones de sus patrocinadores. Este reconocimiento no constituye una recomendación.

MC El icono del corazón y la / sola y el icono del corazón y la / seguida de otro icono o palabras en francés o en inglés son marcas comerciales de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC de Canadá utilizadas bajo licencia.



Este documento está impreso en papel Rolland Enviro.

100 %

03074F (2017-

Orgullosa aliada de

