

L'un des principaux objectifs de la Compagnie est d'offrir des régimes d'avantages sociaux qui assureront la sécurité financière des employés et des personnes à charges.

Les employés de Mabe jouissent d'un programme complet d'avantages sociaux.

Ce livret décrit brièvement les programmes et souligne l'aide financière que vous et les personnes à votre charge pouvez obtenir en cas de maladie, d'accident, de décès ou lors de votre retraite. De plus, vous y trouverez des détails sur d'autres avantages offerts par la Compagnie.

Bien que nous nous soyons efforcés de fournir les renseignements les plus exacts que possible, seuls les textes officiels ou conventions ont pleine force. De plus, certains régimes gouvernementaux sont résumés pour votre compréhension. Ceux-ci sont soumis aux contenus de la législation en vigueur.

Veillez en faire une lecture attentive pour en connaître le contenu et en profiter pleinement.

Mike McCrea
Directeur, Division industrielle
Mabe Canada Inc

PRINCIPAUX POINTS DU PROGRAMME D'AVANTAGES SOCIAUX

PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ	3
• Régime en cas d'incapacité de courte durée	3
• Régime en cas d'incapacité prolongée	4
• Assurance en cas de mutilation et de décès accidentels	6
• Régime de pensions du Canada / Régime de rentes du Québec	7
• Régime de la CSST	7
• Prestations de maladie de l'Assurance –Emploi	7
ASSURANCE-MALADIE	7
• Régime d'assurance-maladie provincial	7
• Régime d'assurance-maladie complémentaire	8
• Régime de paiement des prescriptions	10
• Régime d'assurance dentaire	12
PRESTATIONS AUX SURVIVANTS	16
• Assurance-vie de base	16
• Assurance en cas de mutilation et de décès accidentels	16
• Assurance facultative en cas de mutilation et de décès accidentels	16
• Assurance-vie pour les personnes à charge	17
• Assurance-vie à la retraite	17
• Régime de retraite de la Compagnie pour les survivants	17
• Régime de pensions du Canada /Régime de rentes du Québec	18
• Régime de la CSST	18

PRESTATIONS DE RETRAITE	18
• Régime de retraite de la Compagnie	19
• Prestations de raccordement	22
• Régime de retraite supplémentaire	23
• Régime de pensions du Canada ou Régime de rentes du Québec	27
• Sécurité de la vieillesse	27
AUTRES RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS	28
• Admissibilité	28
• Coûts	28
• Modifications au montant de l'assurance	29
• Cessation d'emploi	29
• Définition de "personne à charge"	29
• Que faire	30
• Modifications aux dossiers de la Compagnie	32
AVANTAGES SOCIAUX SUPPLÉMENTAIRES	33
• Vacances	33
• Jours fériés rémunérés	33
• Remboursement des frais de scolarité	33
• Congé de maternité	33
• Avantages sociaux lors d'une mise à pied	34

INCAPACITÉ

Lorsqu'une maladie ou une blessure nous empêche de travailler, le besoin le plus fondamental, pour la plupart d'entre nous, est sans doute la certitude de toucher un revenu continu. Le programme d'avantages sociaux en cas d'incapacité, offert par Mabe, est destiné à vous aider à compenser la perte de revenu lors d'une incapacité. La Compagnie vous assure une protection selon la nature de l'incapacité et la durée de l'absence. Voici les avantages qui vous sont offerts.

- Incapacité de courte durée
- Incapacité prolongée
- Assurance en cas de mutilation et de décès accidentels
- Régime de rentes du Québec/Régime de pensions du Canada
- Régime de la Commission de la santé et de la sécurité du travail
- Prestations de maladie de l'Assurance-Emploi

PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ DE COURTE DURÉE - EMPLOYÉS HORAIRES

Si vous êtes absent du travail à la suite d'une maladie ou d'une blessure non professionnelle, le Régime en cas d'incapacité de courte durée vous assure :

66 2/3 % de vos gains normaux*

pour une période de 26 semaines et ce, à partir

- du 1^{er} jour de l'accident ou de l'hospitalisation,
- du 1^{er} jour à l'hôpital ou une clinique approuvée si vous êtes inscrit comme patient en clinique externe et que vous avez subi une intervention chirurgicale,
- du 8^e jour de maladie.

* Les gains normaux correspondent au salaire hebdomadaire ou à la rémunération que vous receviez de la Compagnie lorsque vous étiez au travail, y compris les primes d'équipe et les indemnités de vie chère, mais à l'exception des heures supplémentaires rémunérées.

IMPORTANT

Votre incapacité et, par conséquent, la période d'attente avant le versement des prestations, ne débuteront que lorsque vous aurez consulté un médecin et qu'il vous aura soigné. De plus, vous devez demeurer sous les soins du médecin pour être admissible aux prestations versées en vertu de ce Régime.

Si vous souffrez d'une incapacité à la suite d'un accident d'automobile, vous pouvez être admissible à toucher des prestations en vertu d'un Régime d'assurance automobile inconditionnelle du gouvernement. Dans ce cas, vos prestations d'incapacité de courte durée seraient réduites de la somme correspondant à ces prestations supplémentaires.

INCAPACITÉ RÉCURRENTÉ

Aux termes du présent Régime, si vous reprenez le travail, puis devenez de nouveau incapable de travailler, cette deuxième période d'incapacité sera considérée comme la prolongation de la première, à moins que :

- vous soyez de retour au travail depuis au moins un jour si les deux incapacités n'ont aucun rapport entre elles ; ou
- vous soyez de retour au travail pendant 30 jours civils consécutifs ou plus si les deux périodes d'incapacité sont imputables aux même causes ou à des causes apparentées.

Dans de tels cas, votre plein droit aux prestations sera rétabli.

Les prestations ne seront pas versées pour une incapacité résultant :

- d'une blessure ou d'une maladie volontaires ;
- d'un acte criminel ou des conséquences d'un tel acte ;
- d'une guerre, d'une insurrection, d'une émeute ou d'une révolte ;
- d'une blessure occasionnée par un travail lucratif autre que pour la Compagnie.

PROGRAMME DE PROLONGEMENT DU SALAIRE

Si vous êtes à l'emploi de la Compagnie depuis au moins 3 mois, vous êtes admissible à un prolongement de votre salaire correspondant à 66 2/3 % de votre rémunération quotidienne pour la 4^e et la 5^e journées d'absence au travail. Au retour au travail, vous demandez à votre superviseur le paiement du prolongement du salaire.

Les employés dont les crédits de service totalisent trois (3) mois ou plus seront remboursés à 66 2/3% de leur salaire normal pour le temps perdu sur son horaire régulier le jour qu'il reçoit une transfusion de sang, de la radiothérapie, de la chimiothérapie ou une dialyse rénale à une clinique ou un hôpital approuvé. Un certificat médical ou une autre preuve peut être

requis. Cette prise en charge ne s'applique qu'aux absences pour lesquelles l'employé n'a pas droit de recevoir une prestation en vertu des régimes d'assurance invalidité de la Compagnie.

RÉGIME EN CAS D'INCAPACITÉ PROLONGÉE

Lorsque le Régime en cas d'incapacité de courte durée prend fin, vous devenez admissible au Régime en cas d'incapacité prolongée si vous êtes considéré totalement inapte et incapable de travailler*. Vos prestations d'incapacité prolongée vous seront versées à partir de la 27^e semaine d'incapacité continue, si vous n'êtes pas admissible aux prestations de maladie d'Assurance-emploi ou lorsque vous aurez épuisé des prestations de maladie de la DRHC (Assurance-Emploi) auxquelles vous avez droit, si vous y êtes admissible.

- * On entend par INCAPACITÉ TOTALE l'incapacité de l'employé à tenir ou prendre un emploi auquel son éducation, sa formation ou son expérience pourrait le préparer.

Vos prestations du Régime en cas d'incapacité prolongée seront de :

60 % de vos gains normaux¹

Ces prestations vous seront versées tant et aussi longtemps que vous serez sous les soins du médecin et considéré inapte au travail par le médecin et la compagnie d'assurance, ou jusqu'à ce que vous atteigniez l'âge de 65 ans, selon la première éventualité.

Ce Régime couvre les incapacités résultant d'un accident ou d'une maladie, y compris les maladies ou les troubles mentaux comme la psychose, la psycho-névrose, les troubles émotionnels, les troubles de la personnalité, les

¹ Pour les absences débutant avant le 10 juin 2001, les prestations demeurent au taux de 50 % des gains normaux de l'employé.

problèmes de comportement ou les réactions attribuables à l'anxiété, pour lesquels vous faites l'objet d'un traitement suivi d'un médecin ou d'un psychiatre reconnu.

Vous pouvez aussi être admissible aux prestations du Régime de rentes du Québec/Régime de pensions du Canada (prestations primaires), de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et du programme d'assurance automobile de la Société d'assurance-automobile du Québec. Dans ce cas, vos prestations d'incapacité prolongée seront réduites pour compenser ces prestations additionnelles. Cependant, votre revenu peut être plus élevé en y ajoutant des prestations d'incapacité secondaires ou des prestations d'autres régimes d'assurance-salaire. Toutefois, les prestations reçues en vertu de ce Régime, combinées à celles reçues d'autres régimes ou programmes, ne peuvent dépasser 75 % des gains touchés avant l'incapacité.

Si vous recommencez à travailler après avoir touché des prestations d'incapacité prolongée et que dans les 30 jours qui suivent, vous êtes de nouveau incapable de travailler pour la "même" raison, vous aurez encore droit aux prestations d'incapacité prolongée. Si vous devenez incapable de travailler pour un motif "différent", vous toucherez alors des prestations d'incapacité de courte durée jusqu'à ce que soit terminée la période d'attente pour les prestations d'incapacité prolongée.

CERTIFICAT MÉDICAL

Vous devrez présenter un certificat médical attestant votre incapacité actuelle et prolongée de travailler. De plus, la compagnie d'assurance se réserve le droit de vous faire subir de temps à autre, à ses frais, un examen médical par son médecin attitré.

Les prestations ne seront pas versées pour une indemnité résultant :

- d'une blessure ou d'une maladie volontaires;
- d'un acte criminel ou des conséquences d'un tel acte;
- d'une guerre, d'une insurrection, d'une émeute ou d'une révolte;
- d'une blessure occasionnée par un travail lucratif autre que pour la Compagnie.

AVANTAGES COMPLÉMENTAIRES

Même s'il reçoit des prestations d'incapacité, l'employé conserve son droit aux avantages complémentaires suivants :

- Régime complémentaire d'assurance-maladie
 - Régime de paiement des prescriptions
 - Régime d'assurance dentaire
 - Régime d'assurance-vie
 - Assurance en cas de mutilation et de décès accidentels
 - Régime de retraite de la Compagnie
- En vertu du Régime de retraite de la Compagnie, l'employé en congé d'incapacité prolongée qui touche des prestations d'incapacité prolongée continue d'accumuler ses droits à la retraite aux frais de la Compagnie, selon la formule suivante :
- Un montant égal aux droits de retraite acquis au moment de l'incapacité.

L'employé qui se rétablit d'une incapacité, selon la définition du Régime en cas d'incapacité prolongée, et qui retourne au travail recevra tous ses crédits de retraite accumulés pendant la période d'incapacité prolongée si, à ce moment, les crédits de retraite s'accumulaient et s'il revient travailler pendant six (6) mois sans récurrence de cette incapacité.

RÉADAPTATION

Lorsque vous touchez des prestations en vertu du Régime en cas d'incapacité prolongée, on peut vous demander de suivre des traitements raisonnables de réadaptation, après avoir au préalable consulté votre médecin. Ces traitements, pour lesquels vous n'avez pas à verser un cent, ont pour objectif, dans la mesure du possible, de vous permettre de reprendre votre emploi. Si vous les refusez, on peut cesser de vous verser des prestations.

Par "Programme de réadaptation", nous entendons tout programme de réadaptation, approuvé par la Compagnie, auquel participe l'employé après avoir rempli les conditions requises pour toucher des prestations en vertu de

ce Régime. Les possibilités suivantes peuvent être admissibles au programme de réadaptation :

- i) l'emploi normal de l'employé, effectué à temps partiel;
- ii) tout emploi rémunéré, moins exigeant que l'emploi normal de l'employé;
- iii) tout programme de formation professionnelle.

Le programme de réadaptation se poursuivra jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'employé est en mesure d'occuper à temps plein un emploi qui lui convient en raison de sa scolarité, de sa formation ou de son expérience; ou
- 2) la date à laquelle prend fin la période de 24 mois qui suit la période d'attente.

Toutefois, sous réserve de son approbation du programme, la Compagnie peut prolonger la période indiquée au point 2) ci-dessus jusqu'à un maximum de 24 mois.

Lorsque vous participez à un programme de réadaptation et que vous occupez un poste moins exigeant que le vôtre, tout écart de revenu vous sera versé à raison de 50 % de la différence entre les revenus touchés avant l'incapacité et ceux du poste occupé dans le cadre du programme de réadaptation.

ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION ET DE DÉCÈS ACCIDENTELS

Si votre incapacité comprend la perte accidentelle d'un membre ou de la vue dans l'année qui suit une blessure subie lors d'un accident, vous pouvez être admissible à une somme forfaitaire basée sur un pourcentage de votre rémunération annuelle. Le montant total est égal à :

une fois vos gains annuels

Les indemnités seront versées selon le barème suivant :

Les deux mains ou les deux pieds
la somme totale
Perte de la vue des deux yeux
la somme totale
Un bras ou une jambe
75 % de la somme totale
Une main, un pied, ou la perte de la vue d'un œil
50 % de la somme totale
Le pouce et l'index d'une main
25 % de la somme totale

Aucune indemnité ne sera versée si la perte est attribuable à :

- une blessure que l'on s'inflige intentionnellement;
- une guerre ou une émeute;
- une infection virale ou bactérienne;
- toute maladie causée par une infirmité physique ou une maladie mentale;
- un traitement médical ou chirurgical.

PRESTATIONS GOUVERNEMENTALES

- **LE RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA OU LE RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC** peut consentir des prestations d'incapacité basées sur la rente de retraite versée par les gouvernements et que vous auriez touchée si vous aviez été âgé de 65 ans au moment de l'incapacité. Pour avoir droit à ces prestations, vous devez avoir contribué au Régime pendant une période minimale qui est présentement d'au moins cinq années civiles complètes ou l'équivalent.

Vous commencez à toucher des prestations après quatre mois d'incapacité permanente et totale (comme défini dans ce Régime). Ces versements se poursuivront aussi longtemps que vous souffrirez d'incapacité, jusqu'à l'âge de 65 ans. À ce moment, ces prestations seront remplacées par celles du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec. Le Régime verse également des prestations d'incapacité aux enfants à votre charge jusqu'à ce qu'ils aient 18 ans (ou 25 ans s'ils sont étudiants à temps plein). Les prestations sont rajustées chaque année pour compenser l'inflation.

- **LE RÉGIME DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL** verse des prestations d'incapacité si votre blessure résulte d'un accident de travail reconnu. Si vous y avez droit, vous toucherez jusqu'à 90 % de votre salaire net (jusqu'au montant maximum prévu par la législation provinciale). Ces prestations hebdomadaires ne sont pas imposables.
- **LE RÉGIME D'ASSURANCE-EMPLOI** peut vous verser des prestations d'incapacité à compter de la 27^e semaine d'incapacité. Celles-ci représentent 55% de vos gains, jusqu'à concurrence du montant maximum fixé par ce Régime.

ASSURANCE-MALADIE

Dans la plupart des familles, les frais médicaux et dentaires sont ceux qui surviennent le plus souvent, au point de vue avantages sociaux. Les gouvernements et la Compagnie peuvent vous aider à assumer ces frais. Les Régimes suivants font partie de ce groupe d'avantages sociaux.

- Assurance-maladie provinciale
- Assurance-maladie complémentaire
- Assurance dentaire
- Régime de paiement des prescriptions

ASSURANCE-MALADIE PROVINCIALE

Votre Régime provincial d'assurance-maladie assume les frais d'hospitalisation et des services médicaux, chirurgicaux et obstétricaux de base. Ce Régime vaut pour tous les employés et est basé sur les exigences particulières de la province de résidence.

Le Régime couvre les honoraires des médecins d'après le barème provincial de tarification approuvé. Prenez note que le Régime ne paie les honoraires de spécialistes que si c'est votre médecin de famille qui vous y a adressé. De plus, certains frais de chirurgie dentaire et buccale ne sont couverts que s'il s'agit d'une exigence médicale, effectuée dans un hôpital.

Les dépenses couvertes en vertu des régimes provinciaux d'assurance-maladie varient d'une province à l'autre; toutefois, dans la plupart des cas, les frais suivants sont assumés :

FRAIS D'HOSPITALISATION

Frais pour une chambre commune.

FRAIS SPÉCIAUX D'HÔPITAL

Frais de salles d'opération et d'accouchement, radiographies, laboratoire,

physiothérapie, thérapeutique par inhalation, solutions intraveineuses, médicaments, fournitures médicales et chirurgicales, et anesthésie.

CLINIQUES EXTERNES

Frais pour certains services en clinique externe, notamment la radiothérapie, la physiothérapie, l'établissement de diagnostics et tests en laboratoire.

PSYCHIATRES

Les honoraires de psychiatres pour consultation au bureau, à la maison ou à l'hôpital. Les électrochocs et les traitements psychothérapeutiques sont aussi couverts.

OPTOMÉTRISTES et OCCULISTES

L'examen des yeux effectués par les optométristes pour les personnes de moins de 18 ans et de plus de 65 ans. Les services d'occulistes sont également assurés par le régime gouvernemental.

MÉDECINE PRÉVENTIVE

La couverture comprend certains services médicaux, les immunisations (vaccins, inoculations et injections) et les soins pour bébés.

SOINS DENTAIRES

La plupart des régimes provinciaux d'assurance-maladie couvrent les honoraires du chirurgien-dentiste pour certains types de chirurgie buccale effectués à l'hôpital.

CHIRURGIE

Les frais de médecin occasionnés par des traitements ou une chirurgie, que ce soit à l'hôpital, au bureau ou à la maison, les frais de praticiens généraux, de spécialistes et d'anesthésistes et, s'il y a lieu, les assistants-chirurgiens.

MATERNITÉ

Les frais d'obstétrique pour une grossesse commencée alors que l'employée était assurée, notamment un accouchement normal, une césarienne, une grossesse extra-utérine et une fausse couche.

PRATICIENS GÉNÉRAUX

Les honoraires de médecin pour les visites, les consultations et les traitements considérés nécessaires, que ce soit à l'hôpital, au bureau du médecin ou à la maison.

SERVICES AMBULANCIERS

Si l'utilisation d'une ambulance est nécessaire, le Régime rembourse une partie des frais.

ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Le Régime d'assurance-maladie complémentaire de la Compagnie vous offre une protection complète, en ce qui concerne les soins médicaux, qui s'ajoutent à celle du régime provincial. Le Régime assume 100 % des frais pour une chambre et le séjour à l'hôpital. De plus, moyennant une franchise individuelle de 10 \$ par année civile ou familiale de 20 \$ par année civile, le Régime vous rembourse 85 % des frais médicaux complémentaires.

Frais médicaux de base - coassurance à 100 % - sans franchise

Si vous ou l'une des personnes à votre charge séjournez à l'hôpital et devez en assumer les frais, le Régime vous remboursera la différence entre le coût de l'hospitalisation en chambre commune et celui d'une chambre semi-privée ou, si cela est nécessaire pour des raisons médicales, celui d'une chambre privée (à l'exception des frais de l'utilisateur).

- Chambre semi-privée dans un sanatorium ou une maison de convalescence.

ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux complémentaires -coassurance à 85 % - avec franchise de 10 \$/20 \$

- Soins infirmiers et physiothérapie
Frais de soins infirmiers privés ou de physiothérapie (prescrits par un médecin), à condition que l'infirmière diplômée ou le physiothérapeute ne soit ni un membre de la famille ni un résident de la maison.
- Fournitures et services médicaux
Achat ou location d'appareils orthopédiques, de béquilles, d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital, de bas élastiques, de poumons d'acier, de supports pour cheville, de chaussures orthopédiques, d'appareils et d'accessoires de colostomie, ou autres, utilisés à des fins thérapeutiques et approuvés par la compagnie d'assurance.
- Achat d'oeil artificiel, de membres ou autres prothèses approuvées.
- Frais d'administration d'oxygène et de transfusion de sang.
- Frais de laboratoire pour diagnostics et de traitements radiologiques, y compris les radiographies et la thérapie au radium.
- Achat et réparation d'appareils auditifs, jusqu'à concurrence de 350 \$ tous les deux ans.
- Achat d'appareils d'évaluation et de contrôle pour la glycémie.
- Services hospitaliers en clinique externe
Fournitures et services d'un hôpital, sans hospitalisation.
- Ambulance
Services ambulanciers non couverts par le régime provincial, y compris l'ambulance aérienne.
- Soins dentaires à la suite d'un accident
Traitement nécessaire à la suite d'un accident (dents naturelles

seulement). Les frais doivent être engagés dans l'année qui suit l'accident.

- Traitements orthophoniques
Les frais pour les services d'un orthophoniste qualifié jusqu'à concurrence de 500\$ par année par personne assurée, après que la partie annuelle maximum du régime provincial a été épuisée.
- Traitements psychologiques
Les frais pour les services d'un psychologue diplômé jusqu'à concurrence de 500\$ par année par personne assurée, après que la partie annuelle maximum du régime provincial a été épuisée.
- Acupuncteurs
Les frais pour les services d'un acupuncteur jusqu'à concurrence de 500 \$ par année par personne assurée, après que la partie annuelle maximum du régime provincial ait été épuisée.
- Chiropraticiens, ostéopathes, naturopathes, podiatres et psychothérapeutes.
Frais raisonnables habituels par visite pour les services des spécialistes mentionnés ci-dessus, jusqu'à concurrence de 30 visites par année par spécialiste, après que la partie annuelle maximum du régime provincial ait été épuisée.
- Traitements hors province
L'excédent des frais remboursés par le Régime provincial d'assurance-maladie pour les services d'un médecin et les frais médicaux qui s'en suivent à l'extérieur de votre province ou pays de résidence, sous réserve des restrictions de la législation provinciale.

ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Restrictions

- Frais en sus de ceux payés par le Régime provincial d'assurance-maladie ou tout autre régime d'assurance médicale à l'exception des services couverts par le Régime de la Compagnie.
- Frais ni recommandés ni approuvés par un médecin, ou frais non raisonnables.
- Examens médicaux périodiques ou tests de grossesse.
- Frais dentaires ou de chirurgie esthétique, sauf pour réparer les dommages causés par un accident.
- Frais refusés par la législation provinciale.
- Frais relatifs à une maladie ou une blessure attribuable à la participation à une guerre, une émeute, un conflit armé ou une blessure que l'assuré se serait infligée lui-même.

RÉGIME DE PAIEMENT DES PRESCRIPTIONS

Votre Régime de paiement des prescriptions assume les frais des médicaments qui vous sont prescrits ou qui sont prescrits aux membres admissibles de votre famille.

Le Régime paie :

100 % de tous les frais admissibles

y compris les médicaments génériques, les sérums, les injections, l'insuline et les fournitures pour traiter le diabète, et qui ne sont vendus que sur ordonnance prescrite par un médecin qualifié.

Le Régime de paiement des prescriptions s'applique aux médicaments prescrits par un médecin et obtenus auprès d'un pharmacien (et non pas vendus sans ordonnance). De plus, ces médicaments portent un Numéro d'identification des médicaments, accordé par le gouvernement. Bien que le gouvernement puisse retirer à certains médicaments leur numéro, ce qui éliminerait le médicament de la liste des médicaments couverts, la Compagnie continuera d'assumer les frais, en vertu du Régime de paiement des prescriptions pendant la durée de la convention collective de 2007-2012, des médicaments qui portaient un Numéro d'identification des médicaments à la date de la ratification.

Le paiement de ces médicaments ne doit pas être effectué au moyen de la Carte pour le paiement des prescriptions. Les employés doivent payer leurs médicaments et ensuite soumettre une demande de remboursement.

Vous devez payer une franchise de :

15% du coût du médicament

pour chaque prescription jusqu'à un maximum par prescription de 25.00 \$.

Un employé n'aura plus à payer de franchise après que le cumul annuel totalise des franchises de 325 \$ (pour couverture individuel) ou de 500 \$ (pour couverture familiale). Pour fins de cette disposition, l'année de calendrier sera utilisée pour fins du cumul annuel.

Tous les nouveaux médicaments sous ordonnances lancés au Canada à compter du 5 mars 2007 inclusivement seront traités de la façon suivante :

- Les nouveaux médicaments ajoutés à la liste des médicaments de la RAMQ sans restriction seront ajoutés à la liste des médicaments de Mabe sans restriction.
- Les nouveaux médicaments ajoutés à la liste des médicaments de la RAMQ et qui exigent une autorisation spéciale seront ajoutés à la liste des médicaments de Mabe et exigeront le même processus d'autorisation spéciale.
- Les nouveaux médicaments qui ne sont pas ajoutés à la liste des médicaments de la RAMQ seront ajoutés à la liste des médicaments de Mabe avec autorisation spéciale, ou non couverts, conformément aux critères suivants : les coûts, l'efficacité et la sécurité par rapport aux médicaments existants qui font actuellement partie de la liste des médicaments approuvés. Après chaque évaluation, le médicament en question sera soit ajouté à la liste des médicaments couverts par Mabe, soit exclu du Régime de paiements des prescriptions de Mabe, ou exigera un processus d'autorisation spéciale.
- La Compagnie examinera avec le Syndicat la décision concernant chaque nouveau médicament.
- Un processus d'autorisation spéciale pour les médicaments Viagra, Meridian et Xenical sera mis en œuvre. Selon le processus apparaissant à la page suivante.

ÉTAPES POUR OBTENIR UNE AUTORISATION SPÉCIALE

- La personne assurée présente son ordonnance à son pharmacien
- Le pharmacien soumet l'ordonnance en ligne
- Great-West répond au pharmacien «n° de médicament non couvert, peut exiger une autorisation spéciale»

- Appelez Great-West au (514) 878-1288
- Great-West envoie/télescope le formulaire et les critères d'approbation
- Apportez le formulaire et les critères à votre médecin et vérifiez si vous répondez aux critères d'approbation
- Si le participant répond aux critères, il doit demander au médecin de remplir le formulaire
- Retournez le formulaire rempli à Great West par la poste/télescope pour approbation
- Le participant reçoit dans les 10 jours ouvrables un avis par écrit l'avisant de la décision rendue
- Après approbation, le participant peut obtenir l'ordonnance en utilisant sa carte d'assurance-médicaments

COORDINATION DES AVANTAGES SOCIAUX

Il y a coordination des avantages sociaux lorsque vous et votre conjoint êtes couverts par plus d'un régime d'assurance soit pour l'assurance-médicament, à l'assurance-maladie complémentaire ou l'assurance- soins dentaires.

Dans un tel cas, les réclamations sont traitées de la façon suivante :

1. Le participant au régime de Mabe soumet d'abord sa réclamation à son régime.
2. Le conjoint du participant au régime de Mabe, soumet sa réclamation à son régime, et non à celui de Mabe.
3. Les réclamations pour les enfants à charge sont soumises au régime du parent dont l'anniversaire de naissance survient en premier au cours de l'année civile. (Si les deux parents sont nés la même journée, cette situation sera traitée selon la pratique généralement en vigueur entre les assureurs)

Le solde non payé d'une réclamation, en vertu de la procédure ci-dessus, peut ensuite être soumis au régime de l'autre parent /conjoint. La somme totale payée par tous les régimes ne dépasse jamais 100% de la dépense réclamée.

Pour modifier sa situation familiale, ajouter ou retrancher une personne à charge, l'employé doit remplir une formule d'adhésion ou de coordination des bénéficiés.

La coordination des bénéficiés est maintenue selon la méthode actuelle. Cependant, afin d'assurer la coordination des bénéficiés, les deux conjoints devront conserver la couverture familiale pour les régimes en vigueur et ce même si le conjoint est également employé de Mabe.

De plus, un employé ayant un conjoint qui est également employé de Mabe avec le statut familial, pourra choisir de devenir personne dépendante de son conjoint et se retirer des régimes d'assurance maladie complémentaire, assurance des prescriptions et assurance soins dentaires. Pour ce faire, l'un des conjoints doit maintenir son adhésion de statut familial et le conjoint qui choisira de se retirer devra le signifier par écrit.

ASSURANCE DENTAIRE

Les soins dentaires constituent souvent une source de dépenses élevées et imprévues. Votre Régime d'assurance dentaire vous aide à assumer ces frais.

Ce Régime fonctionne sensiblement comme celui de l'assurance-maladie complémentaire.

Dans chaque province, l'Association dentaire a établi un barème des honoraires selon le type de soins dentaires.

Le Régime de la Compagnie vous rembourse 100 %, 80 % ou 50 % (selon les services) des frais de soins dentaires couverts, en se basant sur le

barème des honoraires approuvés par la Compagnie.

Le montant maximum remboursable par personne est de **1 700 \$** par année civile.

Une somme à vie maximale de **1 700 \$** par enfant à charge âgé de 6 à 18 ans a été ajoutée au Régime pour les frais relatifs aux services et aux traitements d'un orthodontiste.

Le barème des honoraires approuvés est celui de 2006.

À compter du 1^{er} janvier 2008, le barème des honoraires approuvés sera celui de 2007.

À compter du 1^{er} janvier 2009, le barème des honoraires approuvés sera celui de 2008.

À compter du 1^{er} janvier 2010, le barème des honoraires approuvés sera celui de 2009.

À compter du 1^{er} janvier 2011, le barème des honoraires approuvés sera celui de 2010.

À compter du 1^{er} janvier 2012 jusqu'au 4 mars 2012, le barème des honoraires approuvés sera celui de 2011.

Une période de rappel de 9 mois est attribuée à certains actes posés par le dentiste. Ces actes diagnostics ou préventifs sont identifiés par un astérisque (*) dans la liste des services apparaissant aux pages suivantes.

Avantages offerts

Ce Régime vous assure d'abord les services dont vous avez besoin pour garder vos dents en bon état.

Le Régime assume :

100 %

des frais dentaires suivants.

A) Diagnostic

- Examen buccal complet*
- Examens d'urgence
- Radiographies pour les soins couverts par le Régime*
- Tests et analyses en laboratoire pour les soins couverts par le Régime*
- Consultation et planification d'un traitement

▪ Codes des procédures : 01100-01400; 02100-02600;

- 04100-04520;
05100-05200

B) Prévention

- i) Nettoyage et détartrage*
- ii) Application de fluorure*
- iii) Mainteneurs d'espace
- iv) Instructions d'hygiène buccale (une consultation par patient)

Codes des procédures : 11000-11301; 12000-12500;
13200-13210; 13300-13510;
15000-15511; 15600

ASSURANCE DENTAIRE (suite)

C)

- i) Appareils pour suppression de mauvaises habitudes amovibles 82100-82102

- ii) Appareils pour suppression de mauvaises habitudes – fixes 82200-82202

* : période de rappel de 9 mois minimum.

Le Régime assume :

80 %

des frais dentaires suivants.

A) Restaurations

- i) Obturations dentaires (amalgame)
- ii) Tenons dentinaires
- iii) Ciment au silicate
- iv) Acrylique ou ciment composite
- v) Couronnes
- vi) Dents en acier inoxydable

Codes des procédures : 21000-21225; 21300-21305;
22000-22107; 23000-23225;
25000-25500; 25600-25605;
26000-26100; 27100-27500;
27700-28100; 29000-29900

B) Endodontie - Traitements des maladies de la chambre pulpaire et du canal radiculaire (traitements de canal compris).

Codes des procédures : 31000-39985

C) Parodontie - Traitement des maladies des gencives

Codes des procédures : 41100-43620

D) Réparation et ajustement de prothèses

Codes des procédures : 54250-54302; 55101-55700;
56000-56273

E) Chirurgie

Codes des procédures : 71000-71111; 72000-72450;
73000-73120; 73133-73141;
74108-74409; 75000-75110;
75300-75400; 77800-78110;
79104-79604

F) Anesthésie - Anesthésie générale

Codes des procédures: 92201-92202; 92215; 92251;
92252

Le Régime assume :

50 %

des frais dentaires suivants.

Prothèses dentaires

i) Prothèses entières amovibles

Codes des procédures : 51100-51620

ii) Prothèses partielles amovibles

Codes des procédures : 52100-52535; 52800

iii) Ponts dentaires fixes

Codes des procédures : 62100-65500; 67100-67420;
69600-69630; 69700-
69705

Couverture relative aux prothèses

Le Régime assume les frais de remplacement des prothèses dentaires que vous possédez déjà :

- a) s'il s'agit de prothèses qui ont au moins cinq ans et qui ne peuvent être réparées;
- b) s'il s'agit de prothèses temporaires (moins de 12 mois); une prothèse temporaire de plus de 12 mois est considérée comme une "prothèse permanente", donc soumise à la clause de cinq ans;
- c) si ce remplacement devient nécessaire en raison de l'installation d'une première prothèse opposée, effectuée alors que vous étiez protégé par ce Régime;
- d) si ce remplacement devient nécessaire en raison de l'extraction d'une autre dent, pendant que vous bénéficiez de la protection du Régime, et si votre prothèse actuelle ne peut être réparée;
- e) la première paire de prothèses dentaires sera payée, qu'il s'agisse de premières prothèses ou de prothèses de remplacement.

Programme de traitement

Comme le but du Régime est de payer le type de traitement le plus approprié et le plus raisonnable, vous devez soumettre pour approbation un programme de traitement à la compagnie d'assurance dès que les soins dentaires prévus dépassent 300 \$.

Orthodontie

La protection suivante, relative aux traitements orthodontiques, a été ajoutée au Régime d'assurance dentaire de la Compagnie et s'applique aux traitements entrepris depuis le 16 avril 1989.

Cette protection orthodontique englobe tous les frais raisonnables et habituels pour des traitements donnés par un orthodontiste dans le but de corriger une malocclusion (rapprochement anormal des dents) d'un enfant à charge admissible d'un employé, y compris les appareils orthodontiques nécessaires. L'enfant de l'employé doit être âgé d'au moins 6 ans mais d'au plus 18 ans lorsque les traitements débutent.

Voici les codes des procédures de l'Association dentaire couverts pour tout traitement orthodontique :

01900 - 01910	Examen buccal orthodontique
02701 - 02705	Analyse céphalométrique
02750 - 02754	Traçage et interprétation de l'analyse céphalométrique
02930	Radiographies des mains et des poignets
04530	Modèles d'étude orthodontique
04560	Radiographies panoramiques
04600 - 04604	Photographies d'étude
80600 - 80622	Observation et ajustement
80630	Réparations
80640	Modifications
80650	Rescellement
80700	Séparation - sauf lorsqu'elle est comprise dans la fabrication de l'appareil
81000 - 81140	Appareils de guidage ou de mouvements non compliqués des dents - amovibles
81200 - 81291	Appareils de guidage ou de mouvements non compliqués des dents - fixes
83000 - 83200	Appareils de rétention orthodontiques
84000 - 84400	Traitements orthodontiques complets - denture permanente - appareils fixes

85000 - 85300 Traitements orthodontiques complets - denture mixte - appareils fixes

87000 - 87300 Traitements orthodontiques complets - denture permanente - appareils amovibles

88000 - 88300 Traitements orthodontiques complets - denture mixte - appareils amovibles

89500 - 89580 Orthodontie dentofaciale néonatale

Le paiement des traitements mentionnés ci-dessus est effectué sous réserve d'une somme à vie maximale de **1 700 \$** par enfant à charge admissible, d'un co-assurance de 50 % et de la soumission d'une estimation des coûts avant le début des traitements.

Les modalités spéciales de paiement qui suivent s'appliqueront aux traitements orthodontiques.

Les frais dentaires pour traitements orthodontiques couverts par le Régime sont considérés comme ayant été engagés mensuellement, à compter de la date à laquelle le premier traitement est donné, et par la suite à la même date chaque mois, pendant toute la durée du traitement jusqu'à ce que la limite maximale ait été atteinte. Le remboursement des traitements sera effectué tous les trimestres.

FRAIS DENTAIRE NON REMBOURSABLES

- Frais couverts par un régime provincial ou tout régime dentaire collectif.
- L'excédent des frais établis par le barème d'honoraires.
- Frais pour traitements esthétiques.
- Frais résultant d'une blessure que l'assuré s'inflige volontairement, d'une guerre, d'une émeute ou d'une insurrection.

SURVIVANTS

Les indemnités en cas de décès ou d'accident constituent une protection financière pour vous et votre famille lors de blessures ou de décès accidentels. Ces indemnités peuvent être versées en vertu de Régimes payés par la Compagnie, et de Régimes facultatifs payés par les employés. En offrant cette couverture de base, en plus de la possibilité d'acheter une protection supplémentaire, les Régimes globaux en cas de décès et de mutilation présentent non seulement une protection mais aussi une souplesse remarquable pour la planification financière familiale et personnelle.

Voici les avantages offerts :

- Assurance-vie de base
- Assurance en cas de mutilation et de décès accidentels
- Assurance-vie facultative pour personnes à charge
- Assurance facultative en cas de mutilation et de décès accidentels
- Assurance-vie à la retraite
- Régime de retraite de la Compagnie
- Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec
- Régime de la Commission de la santé et de la sécurité du travail

ASSURANCE-VIE DE BASE

Ce Régime d'assurance fournit une protection de 24 heures par jour. Quelle que soit la cause du décès de l'assuré, le bénéficiaire ou la succession pourra toucher une somme forfaitaire représentant :

deux fois vos gains annuels

ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION ET DE DÉCÈS ACCIDENTELS

Dans le cas où l'assuré mourrait dans l'année suivant la date où les blessures ont été subies lors d'un accident, le bénéficiaire ou la succession touchera un montant additionnel d'assurance représentant :

une fois vos gains annuels

Ainsi, la protection totale dans le cas d'un décès accidentel serait de :

trois fois vos gains annuels

ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE MUTILATION ET DE DÉCÈS ACCIDENTELS

La Compagnie vous donne la possibilité de souscrire à une assurance facultative en cas de mutilation et de décès accidentels, payée par l'employé. Cette protection est offerte par tranches de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 100 000 \$ ou cinq fois vos gains annuels.

Les Régimes d'assurance en cas de mutilation et de décès accidentels ne couvrent pas les accidents ou décès attribuables à un suicide ou une blessure que l'assuré s'inflige volontairement, à la participation à une guerre ou une émeute, aux infections virales ou bactériennes.

ASSURANCE-VIE FACULTATIVE POUR PERSONNES À CHARGE

Le Régime d'assurance-vie pour personnes à charge offre une protection supplémentaire à votre conjoint ainsi qu'aux enfants à votre charge.

Ce Régime vous propose les protections suivantes :

5 000 \$ pour le conjoint	1 000 \$ par enfant
10 000 \$ pour le conjoint	2 000 \$ par enfant
15 000 \$ pour le conjoint	3 000 \$ par enfant

Les employés doivent assumer entièrement les primes. Pour plus de détails, communiquez avec votre service des Ressources humaines.

ASSURANCE-VIE À LA RETRAITE

Les employés embauchés après le 5 mars 1985 auront droit à une assurance-vie à la retraite de 5 000 \$ s'ils travaillent pour la Compagnie au moment de leur retraite.

Les employés embauchés avant le 5 mars 1985 auront droit à la somme garantie présentement en vigueur et ce, jusqu'au 31 décembre 1985. Depuis le 1^{er} janvier 1986, la somme garantie à la retraite de ces employés a été modifiée de la façon suivante.

- 1) La somme garantie maximum sera égale à deux fois les gains annuels au 31 décembre 1985, jusqu'à la date de la retraite.
- 2) Les réductions de la somme garantie à la retraite commenceront à la date de la retraite à raison de 2,5 % par mois (30 % par année) du montant en vigueur avant la retraite.

- 3) Le montant final d'assurance-vie à la retraite est de 33 1/3 % de la somme maximale garantie prévue en 1) pour les employés comptant dix années d'ancienneté ou plus. En ce qui concerne les employés ayant moins de dix années d'ancienneté, le montant sera encore réduit de 3 1/3 % par année. Toutefois, la somme garantie ne sera jamais inférieure à 5 000 \$.

Par exemple : Si la somme maximale garantie est de 24 000 \$, le montant minimum payable à votre bénéficiaire serait de :

$$33 \frac{1}{3} \% \times 24\,000 \$ = 8\,000 \$$$

Si vous décédez avant de prendre votre retraite...

... après avoir accumulé 15 ans ou plus de services continus ou après avoir atteint 60 ans, et si votre conjoint (également votre bénéficiaire) vous survit, il recevra à vie une rente représentant 50 % du montant que vous auriez touché si vous aviez pris votre retraite immédiatement avant votre décès et si vous aviez choisi un Régime de rentes aux survivants de 50 % (voir la section sur la retraite).

Au cas où vous n'avez pas de conjoint survivant ou après le décès de votre conjoint, s'il décède après vous, on versera à votre bénéficiaire ou à votre succession une somme forfaitaire équivalant à 5 années de prestations de retraite moins les prestations versées.

... après avoir accumulé moins de 15 années de services continus et que vous n'avez pas atteint 60 ans, ou que vous avez quitté la Compagnie, votre bénéficiaire recevra le total de vos cotisations plus les intérêts.

RÉGIME DE RETRAITE DE LA COMPAGNIE POUR LES SURVIVANTS

Si vous décédez après avoir pris votre retraite...

... alors que vous n'aviez pas choisi un régime optionnel de retraite, votre bénéficiaire recevra le solde des cinq années de prestations moins les prestations que vous avez touchées.

ASSURANCE-VIE À LA RETRAITE (suite)

... si vous avez choisi une rente aux survivants, votre conjoint pourra toucher à vie 50 %, 60% ou 100 % (selon votre choix) de vos prestations de retraite initiales. Les prestations versées au conjoint survivant comportent la même garantie minimale de 5 ans. (Ainsi, si vous et votre conjoint décédez avant que des prestations de retraite ne totalisent 5 années de prestations, le solde sera versé à la succession du survivant).

Les prestations payables au décès ne s'appliquent pas aux prestations de raccordement qui cessent totalement à votre décès ou lorsque vous commencez à toucher des prestations de Sécurité de la vieillesse.

... si vous avez choisi la nouvelle option de garantie de 10 ans, les prestations de raccordement et vos prestations de retraite initiales seront versé à votre conjoint survivant pour une période de 10 ans. Vous pourriez également opter pour cette nouvelle garantie tout en choisissant une rente aux survivants de 50%, 60% ou 100%. Les montants des prestations de raccordement et de retraites sont calculés de façon actuarielle pour tenir compte de cette garantie.

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE D'ASSURANCE-MALADIE

Au moment de votre décès, le cas échéant, la Compagnie assume la protection des personnes à votre charge admissibles pendant 3 mois en vertu du régime d'assurance-maladie provincial. Pour continuer de bénéficier de cette protection, une demande doit être formulée au régime provincial au cours de cette période. Après votre décès si vous vous qualifiez pour les régimes d'avantages sociaux des employés retraités, votre conjoint et les personnes à votre charge continuent de bénéficier des avantages offerts en vertu du Régime complémentaire d'assurance-maladie tant que votre conjoint touche des prestations du Régime de retraite de la Compagnie. Lorsque votre conjoint survivant ne touche pas de prestations du Régime de retraite de la Compagnie, la protection est accordée pendant une période d'un an à compter de la date de votre décès.

Si un employé décède après l'âge de soixante (60) ans ou après avoir cumulé quinze (15) années de service créditées aux fins du Régime de retraite de la compagnie et s'il n'a pas de conjoint survivant, les frais

admissibles pour les frais médicaux, dentaires et pour les médicaments sur ordonnance continueront à être payés pour les personnes à charge jusqu'à la première de ces éventualités: cinq (5) ans après le décès ou jusqu'à ce que les personnes à charge ne soient plus admissibles.

RÉGIME DE RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

En vertu de ce Régime, si vous décédez avant de prendre votre retraite, la valeur de vos comptes sera versée à votre bénéficiaire.

RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA/RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC

En plus de procurer un revenu de retraite, le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec verse une somme forfaitaire à votre décès. Ce Régime gouvernemental paie alors à votre bénéficiaire ou à votre succession une indemnité égale à six fois le revenu mensuel que vous toucheriez du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec. Toutefois, ce montant ne peut jamais excéder 10 % des gains maximums au cours de l'année où est survenu votre décès. Ce Régime procure aussi un revenu mensuel supplémentaire aux personnes à charge que vous laissez.

RÉGIME DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL

La Commission de la santé et de la sécurité du travail verse aussi une indemnité à votre décès, en plus d'un revenu aux survivants dont bénéficient votre conjoint et les enfants à votre charge, si votre décès survient au travail. Si votre décès ne résulte pas d'un accident ou d'une maladie du travail, aucune indemnité n'est versée.

Les indemnités versées aux survivants et provenant de ces sources sont entièrement distinctes de celles payables par les Régimes de la Compagnie.

PRESTATIONS DE RETRAITE

À la retraite, nous avons tous besoin d'une certaine sécurité financière.

Le Régime de retraite de la Compagnie vous aide à répondre à ce besoin. Il vous offre, à titre viager, un revenu de retraite mensuel de base qui, en s'ajoutant aux prestations gouvernementales, peut vous aider à obtenir la sécurité dont vous avez besoin.

Cette section traite des diverses sources de revenu à la retraite :

- Régime de retraite de la Compagnie
- Régime de retraite supplémentaire
- Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec
- Régime de sécurité de la vieillesse

RETRAITE

Le Régime de retraite de Mabe vous aide à acquérir une sécurité financière à votre retraite. Les prestations du Régime de retraite de la Compagnie s'ajoutent à celles que vous pouvez toucher du Régime de sécurité de la vieillesse, du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada.

À QUEL MOMENT PRENDRE SA RETRAITE

L'âge auquel vous souhaitez prendre votre retraite dépend de votre situation personnelle. C'est pourquoi la Compagnie offre un programme de retraite souple.

Âge normal de la retraite : 65 ans

La date normale de votre retraite est le dernier jour du mois au cours duquel vous atteignez 65 ans. À ce moment, le Régime vous permet de toucher un revenu qui durera aussi longtemps que vous vivrez. C'est également à ce moment que les régimes gouvernementaux entrent en vigueur.

Retraite anticipée : entre 55 et 65 ans

Si vous avez accumulé 10 années de service décomptées, vous avez droit à une retraite anticipée à l'âge de 55 ans. Mais, comme vous prenez une retraite anticipée, vos prestations seront réduites car vous aurez accumulé moins d'années de service décomptées.

Si vous prenez votre retraite entre 60 et 62 ans, vos prestations seront réduites de 0,25 % pour chaque mois avant l'âge de 62 ans.

Si vous prenez votre retraite entre 62 et 65 ans, vos prestations ne sont pas réduites. Vous touchez 100 % de vos prestations de retraite accumulées jusqu'au moment de votre retraite. Si vous prenez votre retraite entre 55 et 62 ans, vos prestations seront réduites selon le tableau suivant :

Âge à la date de la retraite	Pourcentage des prestations de retraite payables
62 ans	100 %
61 ans	97 %
60 ans	94 %
59 ans	88 %
58 ans	82 %
57 ans	74 %
56 ans	66 %
55 ans	58 %

La réduction des prestations de retraite anticipée pour les années incomplètes sera calculée au prorata.

CALCUL DE VOS PRESTATIONS DE RETRAITE - EMPLOYÉS HORAIRES

À votre retraite conformément aux conditions de la présente convention collective, vos prestations de retraite dans le cadre du Régime de la Compagnie seront calculées d'après vos années de services décomptées et vos revenus, comme indiqué dans le tableau suivant :

RÉGIME DE RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

Pour les retraites prise à compter du 1^{er} janvier 2007

TAUX HORAIRE MOYEN FIN DE
CARRIÈRE AU 31 DÉC. 2008
OU À LA DATE DE CESSATION
D'EMPLOI, SELON LA
PREMIÈRE ÉVENTUALITÉ*

PRESTATIONS DE RETRAITE
MENSUELLE POUR CHAQUE ANNÉE
DE SERVICE DÉCOMPTÉE

EN VIGUEUR
LE 1^{ER} JANVIER 2007

9,51 \$ À 10,00 \$	16,90 \$
10,01 \$ À 10,50 \$	17,77 \$
10,51 \$ À 11,00 \$	18,64 \$
11,01 \$ À 11,50 \$	19,50 \$
11,51 \$ À 12,00 \$	20,37 \$
12,01 \$ À 12,50 \$	21,24 \$
12,51 \$ À 13,00 \$	22,10 \$
13,01 \$ À 13,50 \$	22,97 \$
13,51 \$ À 14,00 \$	23,84 \$
14,01 \$ À 14,50 \$	24,70 \$
14,51 \$ À 15,00 \$	25,57 \$
15,01 \$ À 15,50 \$	26,44 \$
15,51 \$ À 16,00 \$	27,30 \$
16,01 \$ À 16,50 \$	28,17 \$
16,51 \$ À 17,00 \$	29,04 \$
17,01 \$ À 17,50 \$	29,90 \$
17,51 \$ À 18,00 \$	30,77 \$
18,01 \$ À 18,50 \$	31,64 \$
18,51 \$ À 19,00 \$	32,50 \$
19,01 \$ À 19,50 \$	33,37 \$

TAUX HORAIRE MOYEN FIN DE
CARRIÈRE AU 31 DÉC. 2008
OU À LA DATE DE CESSATION
D'EMPLOI, SELON LA
PREMIÈRE ÉVENTUALITÉ*

PRESTATIONS DE RETRAITE
MENSUELLE POUR CHAQUE ANNÉE
DE SERVICE DÉCOMPTÉE

19,51 \$ À 20,00 \$	34,24 \$
20,01 \$ À 20,50 \$	35,10 \$
20,51 \$ À 21,00 \$	35,97 \$
21,01 \$ À 21,50 \$	36,84 \$
21,51 \$ À 22,00 \$	37,70 \$
22,01 \$ À 22,50 \$	38,57 \$
22,51 \$ À 23,00 \$	39,44 \$
23,00 \$ ET PLUS	40,30 \$

RÉGIME DE RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

Pour les retraites prises à compter du 1^{er} janvier 2009

TAUX HORAIRE MOYEN FIN DE
CARRIÈRE AU 4 MARS 2012 OU
À LA DATE DE CESSATION
D'EMPLOI, SELON LA
PREMIÈRE ÉVENTUALITÉ*

**PRESTATIONS DE RETRAITE
MENSUELLE POUR CHAQUE ANNÉE
DE SERVICE DÉCOMPTÉE**

**EN VIGUEUR
LE 1^{ER} JANVIER 2009**

9,51 \$ À 10,00 \$	16,90 \$
10,01 \$ À 10,50 \$	17,77 \$
10,51 \$ À 11,00 \$	18,64 \$
11,01 \$ À 11,50 \$	19,50 \$
11,51 \$ À 12,00 \$	20,37 \$
12,01 \$ À 12,50 \$	21,24 \$
12,51 \$ À 13,00 \$	22,10 \$
13,01 \$ À 13,50 \$	22,97 \$
13,51 \$ À 14,00 \$	23,84 \$
14,01 \$ À 14,50 \$	24,70 \$
14,51 \$ À 15,00 \$	25,57 \$
15,01 \$ À 15,50 \$	26,44 \$
15,51 \$ À 16,00 \$	27,30 \$
16,01 \$ À 16,50 \$	28,17 \$
16,51 \$ À 17,00 \$	29,04 \$
17,01 \$ À 17,50 \$	29,90 \$
17,51 \$ À 18,00 \$	30,77 \$
18,01 \$ À 18,50 \$	31,64 \$
18,51 \$ À 19,00 \$	32,50 \$
19,01 \$ À 19,50 \$	33,37 \$

TAUX HORAIRE MOYEN FIN DE
CARRIÈRE AU 4 MARS 2012 OU
À LA DATE DE CESSATION
D'EMPLOI, SELON LA
PREMIÈRE ÉVENTUALITÉ*

**PRESTATIONS DE RETRAITE
MENSUELLE POUR CHAQUE ANNÉE
DE SERVICE DÉCOMPTÉE**

19,51 \$ À 20,00 \$	34,24 \$
20,01 \$ À 20,50 \$	35,10 \$
20,51 \$ À 21,00 \$	35,97 \$
21,01 \$ À 21,50 \$	36,84 \$
21,51 \$ À 22,00 \$	37,70 \$
22,01 \$ À 22,50 \$	38,57 \$
22,51 \$ À 23,00 \$	39,44 \$
23,01 \$ À 23,50 \$	40,30 \$
23,51 \$ ET PLUS	41,16 \$

*On entend par "taux horaire moyen fin de carrière" la moyenne des revenus normaux à temps simple des 3 dernières années avant la retraite ou au 31 décembre 2007, première année de la convention collective, au 31 décembre 2008, deuxième année de la convention collective, au 31 décembre 2009, troisième année de la convention collective, au 31 décembre 2010, quatrième année de la convention collective et au 31 décembre 2011, dernière année de la convention.

On utilisera la moyenne de vos revenus annuels des 5 meilleures années au cours des 10 dernières années s'ils représentent des revenus plus élevés que vos revenus normaux moyens des 3 années précédant votre retraite.

RÉGIME DE RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

Vous n'êtes pas tenu de verser des cotisations au Régime de retraite depuis le 1^{er} janvier 1980. Toutefois, vous pouvez choisir d'en verser au Régime de retraite supplémentaire dans le but de vous constituer un revenu de retraite supplémentaire (voir la section "Régime de retraite supplémentaire").

Si vous avez versé des cotisations avant le 1^{er} janvier 1980, vous pouvez acheter une autre rente avec le montant de vos cotisations et intérêts.

PRESTATIONS DE RACCORDEMENT

Si vous prenez votre retraite avant l'âge de 65 ans, vous ne commencerez à toucher des prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec (non-réduite) et du Régime de sécurité de la vieillesse qu'à 65 ans. C'est pourquoi le Régime de retraite de la Compagnie vous verse des prestations mensuelles de raccordement dès l'âge de 55 ans. Ces prestations sont calculées de la façon suivante :

Année de la retraite	X	Prestations de raccordement mensuelles par année de service décomptées
1 ^{er} janvier 2007		18,00 \$

Pour être admissible à ces prestations, vous devez compter au moins dix années de services continus au moment de votre retraite à la Compagnie.

Si vous prenez votre retraite à la Compagnie entre 55 et 60 ans, vous toucherez des prestations de raccordement dont **le nombre maximum de versements mensuels a été fixé 120** à compter de la date de votre retraite ou jusqu'à l'âge de soixante cinq (65) ans selon la première de ces deux éventualités. Si vous prenez votre retraite après 56 ans, vous toucherez des prestations de raccordement jusqu'à l'âge de 65 ans.

PRESTATION SPÉCIALE AUX EMPLOYÉS AYANT PLUSIEURS ANNÉES DE SERVICE

Depuis le 1^{er} janvier 2004, l'employés qui prend sa retraite et qui compte 30 années ou plus de service crédité a droit à une prestation mensuelle spéciale **de 9 \$** par année de service décomptée. La prestation spéciale aux employés ayant plusieurs années de service sera versée jusqu'à la première de ces deux éventualités: un **maximum de cent vingt (120) mois** ou jusqu'à l'âge de soixante cinq (65) ans.

PRESTATION SPÉCIALE DE RACCORDEMENT POUR UNE RETRAITE ANTICIPÉE

Depuis le 1^{er} janvier 2001, la prestation mensuelle spéciale de raccordement pour une retraite anticipée sera de 2,00 \$ par année de service crédité pour les employés qui prennent leur retraite avant d'atteindre l'âge de 62 ans. La prestation spéciale de raccordement pour une retraite anticipée sera versée jusqu'à la première de ces deux (2) éventualités: un maximum de **120 mois** ou jusqu'à l'âge de 65 ans.

ADHÉSION

Vous adhérez automatiquement au Régime après une année de services ou, dès votre mutation à une unité de négociation à laquelle ce Régime s'applique.

Lors de votre adhésion, il vous faut nommer un bénéficiaire qui touchera les prestations à votre décès. Vous pouvez changer de bénéficiaire en tout temps, sous réserve de la législation provinciale.

VERSEMENT DE VOS PRESTATIONS

Une fois que vous avez fixé la date de votre retraite et déterminé vos prestations de retraite de base, vous avez un certain nombre de possibilités à envisager. Ces options vous procurent une certaine souplesse dans l'organisation de vos affaires personnelles.

Versement normal de vos prestations

Le versement normal de vos prestations varie selon que vous avez un conjoint ou que vous êtes célibataire à la date de votre retraite.

Si vous avez un conjoint, la Loi sur les prestations de retraite du Québec stipule que vous devez choisir l'option de rente au survivant, à moins que votre conjoint ait renoncé à toucher ces rentes de survie. Si votre conjoint ne renonce pas à ces rentes, vos prestations de retraite seront réduites de façon actuarielle. Ce facteur de réduction tient compte du fait que vous toucherez des prestations de retraite tant que vous et votre conjoint vivrez. Cette réduction dépend de votre âge et de celui de votre conjoint à la date où vous commencez à toucher des prestations. Votre conjoint est en droit de toucher 50%, 60 % ou 100% de vos prestations réduites de retraite.

Si vous désirez choisir une option comportant une garantie moins grande que celle accordée en vertu de la rente réversible exigée par la loi, vous et votre conjoint devez signer une formule spéciale de renonciation.

Si vous renoncez à la rente réversible stipulée par la loi, les options suivantes s'offrent à vous :

- 1) Vous pouvez toucher à vie les prestations de retraite que vous avez acquises sous forme de versements égaux, avec garantie de 60 versements mensuels. Si vous décédez avant d'avoir touché ces 60 versements, le solde de ces versements sera versé à votre bénéficiaire ou à votre succession.
- 2) Vous pouvez toutefois choisir l'option de rente au survivant de 50 % (60 % ou 100%). En vertu de cette option, les prestations qui vous sont

versées sont réduites à **96,5 % (de 95 % dans le cas de l'option de 60% et de 89% dans le cas de l'option à 100%)** de leur montant initial et, après votre décès, votre conjoint touchera à vie une rente équivalant à 50 %, 60% ou 100% de ce montant réduit. Ces prestations seront de nouveau rajustées si la différence entre votre âge et celui de votre conjoint est supérieur à 2 ans.

- 3) Vous pouvez également choisir une nouvelle garantie de 10 ans des prestations de retraites et de vos prestations de raccordement pour 10 ans ou jusqu'à l'âge de 65 ans. Cette garantie implique que vos prestations sont réduites suite au calcul actuarielle pour tenir compte de cette option. Vous pouvez également combiner cette option avec une option de rente au survivant de 50%, de 60% ou de 100%.

RÉTABLISSEMENT DES RENTES

Si vous avez pris votre retraite, avez choisi l'option de rente de survie de 50 % ou 60 % versée au conjoint et que votre conjoint meurt avant vous, la réduction de vos prestations imposées en vertu de l'option de rente de survie de 50 % ou 60 % vous sera remboursée comme suit :

ANNÉE DU DÉCÈS DU CONJOINT APRÈS LE DÉBUT DE VOTRE RETRAITE	POURCENTAGE DE RÉTABLISSEMENT*
1 ^{re}	100 %
2 ^e	80 %
3 ^e	60 %
4 ^e	40 %
5 ^e	20 %
6 ^e	0 %

* Le pourcentage de rétablissement sera rajusté au prorata pour les années incomplètes.

RÉGIME DE RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

Lorsque vous participez au Régime de retraite de la Compagnie, vous pouvez, grâce au Régime de retraite supplémentaire, verser des cotisations pour accroître vos prestations de retraite et différer le paiement de l'impôt sur

ces cotisations.

MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations déductibles d'impôt peuvent être versées jusqu'à concurrence d'un maximum de **18 % de votre revenu ou jusqu'à 19 000 \$ annuellement**. Cependant, si vous n'avez pas contribué jusqu'au maximum prévu au cours des années passées, il est possible de reporter le solde non-utilisé d'une année à l'autre. Revenu Canada informe les contribuables par l'envoi d'avis de cotisation, du maximum de contribution possible. Veuillez vous y référer pour déterminer vos cotisations maximales.

Les cotisations versées pour l'année en cours, d'au moins 5 \$ par semaine, sont retenues à la source. Si vous cotisez au Régime de retraite supplémentaire, vos déductions pour impôt seront corrigées au cours de l'année en fonction du montant de vos cotisations. Toutefois, vous ne pouvez changer le montant de vos cotisations plus d'une fois par trimestre.

Il faut se rappeler que toute cotisation versée au Régime de retraite supplémentaire réduira d'autant le montant des cotisations déductibles d'impôt que vous pouvez verser dans un régime enregistré d'épargne-retraite.

En remplissant votre carte d'adhésion, vous pouvez choisir d'investir vos cotisations dans une ou plusieurs des formes de placement suivantes.

Fonds de placement en actions - Placement du genre "fonds mutuel"; le portefeuille est composé principalement d'actions ordinaires de sociétés canadiennes. La valeur des comptes des participants varie selon la valeur des actions du fonds. Aucun rendement n'est garanti pour ce type de placement.

Fonds diversifié - Placement du genre "fonds mutuel"; le portefeuille est composé d'actions, d'obligations, d'hypothèques et de biens immobiliers en fonction du marché. La valeur des comptes des participants varie selon la valeur des placements du

fonds. Aucun rendement n'est garanti pour ce type de placement.

Dépôt garanti -

Vos cotisations sont placées en "dépôt garanti" pendant une période fixe et à un taux d'intérêt garanti. Chaque année, une partie des montants des années précédentes est réinvestie pour une nouvelle période au taux applicable à ce moment-là.

Compte à intérêt garanti de 3 ans

Le compte à intérêt garanti de 3 ans de la Mutuelle du Canada garantit le capital et les intérêts. Chaque dépôt porte un taux d'intérêt variant selon les conditions du marché qui est garanti pour 3 ans à compter de la date du dépôt. À la fin de la période de 3 ans, le dépôt et les intérêts courus sont réinvestis pour 3 autres années au taux d'intérêt alors en vigueur.

Comme c'est vous qui choisissez vos modes de placement, vous devez garder à l'esprit les caractéristiques propres à chaque mode. Par exemple, le fonds de placement comporte le facteur de risques le plus élevé tandis que le risque des dépôts garantis est presque nul.

Les montants investis dans le fonds de placement ou le fonds diversifié peuvent être, à tout moment, transférés dans n'importe lequel des trois autres types de compte. Toutefois, si les placements sont faits dans l'un ou l'autre des comptes garantis, ils ne peuvent être reconvertis avant la retraite.

Vous recevrez, au moins une fois par année, un relevé de la valeur de vos comptes. La Compagnie assume tous les frais d'administration des comptes; aussi, aucuns frais directs ne seront prélevés des comptes de placement des participants.

PRISE DE LA RETRAITE

Au moment de votre retraite, les soldes de tous vos fonds peuvent être convertis en argent. Vous avez alors la possibilité de "magasiner" auprès des diverses compagnies d'assurance pour déterminer où vous pourriez vous procurer la meilleure rente de retraite pour le reste de votre vie.

Lorsque vous achetez votre rente de retraite, diverses garanties peuvent être rattachées à votre rente et chaque type d'option de garantie comporte un prix d'achat particulier. L'option la moins coûteuse n'est garantie que jusqu'à votre décès, alors qu'une option plus coûteuse garantit que les placements continueront d'être effectués à votre conjoint jusqu'à la fin de sa vie, si vous décédez, ou à vos héritiers légaux pour une période garantie. Lorsque vous avez pris votre décision, le montant de vos soldes peut être transféré à la compagnie d'assurance de votre choix pour acheter l'option de rente que vous avez choisie. Dans tous les cas, vous devriez choisir l'option de garantie qui convient le plus à votre situation personnelle au moment de la retraite.

Lorsque vous prenez votre retraite, vous pouvez laisser vos placements tels quels jusqu'à l'âge de 71 ans. À ce moment, vous devez acheter une rente de retraite.

QUESTIONS ET RÉPONSES

1. À QUOI SERT LE RÉGIME DE RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE ?

Ce Régime de la Compagnie permet aux employés de verser des cotisations qui leur apporteront un revenu additionnel à la retraite et de différer le paiement de l'impôt sur ces cotisations.

2. QUI PEUT Y ADHÉRER ?

Tout employé qui souscrit au Régime de retraite de la Compagnie.

3. COMMENT Y PARTICIPER ?

En versant des cotisations par retenues à la source après avoir rempli la

carte de "Demande d'adhésion".

4. QUELS SONT LES AVANTAGES AU PLAN DE L'IMPÔT SUR LE REVENU ?

L'impôt sur le revenu calculé sur le montant de vos cotisations et sur le revenu de ces cotisations est différé jusqu'à ce que vous receviez le produit de vos investissements sous forme de rentes. Comme votre revenu à la retraite sera vraisemblablement inférieur à votre revenu actuel, l'impôt que vous aurez alors à payer sera inférieur.

5. Y A-T-IL D'AUTRES AVANTAGES ?

Oui. Vous avez également la possibilité de choisir des placements différents, avec ou sans risques, et offrant divers taux de rendement. En outre, vous achetez des titres de placement à un taux collectif et c'est la Compagnie qui assume les frais d'administration.

6. Y A-T-IL DES LIMITES AU MONTANT ANNUEL DE MES COTISATIONS ?

Oui. Quel que soit le mode de placement que vous choisissiez, vous ne pouvez verser moins de 5 \$ par semaine lorsque vos cotisations sont effectuées par retenues à la source. La Loi de l'impôt sur le revenu permet le versement de cotisations déductibles d'impôt dans un régime enregistré de retraite jusqu'à concurrence du maximum de 18 % de votre revenu ou jusqu'à 19 000 \$ selon la situation de chacun (consulter l'avis que vous a transmis Revenu Canada à cette fin). Si vous participez à un régime enregistré d'épargne-retraite, le montant total des cotisations à ce régime enregistré et au Régime de retraite de la Compagnie ne peut être supérieur à la somme ci-dessus aux fins de déductions de l'impôt sur le revenu.

7. OÙ VONT MES COTISATIONS ?

En remplissant votre "Demande d'adhésion", vous choisissez d'investir vos cotisations dans un ou plusieurs des comptes suivants :

- a) fonds de placement en actions de la Mutuelle du Canada, Compagnie d'assurance sur la vie;
- b) fonds diversifié de la Compagnie d'assurance Manuvie;
- c) dépôts garantis de la Compagnie d'assurance Manuvie;
- d) comptes à intérêt garanti de trois ans de la Mutuelle du Canada.

Vos cotisations sont envoyées chaque semaine à la compagnie d'assurance où, dans les trois jours qui suivent, elles sont investies dans le compte de votre choix.

8. **DANS QUEL COMPTE DEVRAIS-JE INVESTIR MON ARGENT ?**

Voilà une décision que vous devez prendre après avoir considéré les risques et le rendement de chaque type de placement. Vous trouverez dans les pages précédentes de ce document une description de ces modes de placement qui indique le niveau de risques et le taux de rendement qu'on peut attendre de chacun d'eux.

9. **PUIS-JE CHANGER LE MONTANT DE MES COTISATIONS ?**

Oui, pas plus d'une fois tous les trois mois. Vous pouvez également transférer, en tout temps, en partie ou en totalité, vos cotisations de n'importe quel des deux fonds dans l'un des trois autres modes de placement. Toutefois, lorsque vos cotisations sont placées dans un dépôt garanti ou un compte à intérêt garanti de 3 ans, elles ne peuvent plus être transférées dans un autre compte.

10. **PUIS-JE RETIRER MON ARGENT EN TOUT TEMPS ?**

Non. Le montant de vos cotisations et l'intérêt sur vos placements ne peuvent être retirés qu'après la cessation de votre emploi, lors de votre retraite, de votre démission ou de votre décès.

11. **QUE SE PASSE-T-IL SI JE QUITTE LA COMPAGNIE ?**

Si vous quittez la Compagnie, vous pouvez laisser le montant accumulé de vos cotisations dans les comptes de dépôt garanti jusqu'à votre retraite ou vous pouvez le retirer (capital et intérêts). Si vous détenez

des parts dans un fonds diversifié ou un fonds de placement en actions, vous pouvez obtenir un remboursement à leur valeur actuelle ou vous pouvez laisser vos parts dans les fonds jusqu'à votre retraite. Mais vous pouvez aussi employer le montant total du produit de vos placements pour acheter une rente libérée.

12. **ET SI JE DÉCÈDE AVANT DE PRENDRE MA RETRAITE ?**

Un montant forfaitaire est alors versé à votre bénéficiaire.

13. **QUE SE PASSE-T-IL LORSQUE JE PRENDS MA RETRAITE ?**

Lorsque vous prenez votre retraite, vous pouvez laisser vos investissements tels quels jusqu'à 71 ans. À ce moment, vous devez les encaisser ou prendre une rente libérée. Si l'on suppose cependant que vous aurez besoin d'un revenu additionnel lors de votre retraite, il est recommandé d'encaisser le solde de vos comptes et de consulter diverses compagnies d'assurance dont la Compagnie d'assurance Manuvie et la Mutuelle du Canada, afin d'obtenir la meilleure rente. Le produit du solde de vos comptes sera alors transféré à la compagnie de votre choix.

14. **EST-CE QUE LA COMPAGNIE VERSE DES COTISATIONS AU RÉGIME SUPPLÉMENTAIRE DE RETRAITE ?**

La Compagnie ne verse aucune cotisation directe, mais assume une partie des frais administratifs internes du Régime. La Compagnie accepte ainsi les cotisations de l'employé par retenues à la source et par paiement forfaitaire, et remet chaque semaine ces cotisations à la compagnie d'assurance avec les renseignements fournis par l'employé.

15. **SI JE DÉSIRES PARTICIPER À CE RÉGIME, AVEC QUI DEVRAIS-JE COMMUNIQUER ?**

Avec le service des Ressources humaines.

16. VAIS-JE RECEVOIR UN RELEVÉ ANNUEL DE MES COTISATIONS AU RÉGIME ?

Oui. Chaque année, la Compagnie vous fera parvenir un relevé faisant état des cotisations et des intérêts versés dans le fonds en question.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Lors de votre retraite, vous serez couvert par les régimes suivants :

Note : L'employé doit avoir au moins 15 années de services décomptées à la date de la prise de retraite afin d'être admissible aux régimes d'avantages sociaux des employés retraités de Mabe Canada Inc. Malgré ce qui précède, les personnes à l'emploi ayant 50 ans ou plus le 5 mars 2007 et qui n'obtiendraient pas les quinze (15) années de services décomptés prévues malgré qu'ils travaillent jusqu'à l'âge de 60 ans, ne seront pas soumis à la condition prévue à ce paragraphe.

- Régime complémentaire d'assurance-maladie à la retraite. Ce Régime permet d'augmenter les prestations que vous touchez du régime provincial d'assurance-maladie, de sorte que vous et votre famille bénéficiez d'une assurance complète qui assume certains frais médicaux, notamment le remboursement des médicaments prescrits, les chambres semi-privées, les services d'une infirmière privée, etc.

En vertu de ce Régime, les prestations maximales à vie que vous et les personnes à votre charge pourraient toucher sont de 60 000 \$ par personne.

Après votre décès, votre conjoint(e) et les personnes à votre charge continueront de toucher des prestations du Régime complémentaire d'assurance-maladie tant que les prestations du Régime de retraite de la Compagnie seront versées à votre conjoint survivant. Si ces prestations ne sont pas versées à votre conjoint survivant, la couverture se prolongera pendant un an après votre décès.

- Si vous quittez le Canada et résidez dans un autre pays à votre

retraite :

- vous pourrez continuer de toucher des prestations de retraite de la Compagnie;
 - vous pourrez également continuer de recevoir des prestations du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada;
 - enfin, vous continuerez de toucher des prestations du Régime de sécurité de la vieillesse, pourvu que vous ayez résidé au Canada pendant au moins 20 ans depuis votre 18^e anniversaire de naissance.
- Le Régime de retraite de la Compagnie est un régime de retraite enregistré et les prestations versées sont conformes aux dispositions établies par les autorités provinciales et fédérales. Les cotisations de la Compagnie sont déposées dans une caisse de retraite et sont complétées par les revenus de placement.

RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA, RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC ET RÉGIME DE SÉCURITÉ DE LA VIEILLESSE

Les prestations de régimes gouvernementaux ne vous seront versées qu'à l'âge de 65 ans.

Lorsque vous prenez votre retraite, les prestations d'origine gouvernementale, de même que celles du Régime de retraite de la Compagnie, jouent un rôle très important.

Le gouvernement a reconnu votre besoin de continuer à toucher un revenu pendant votre retraite, et le Régime de la Compagnie est conçu pour se coordonner avec le Régime de pensions du Canada, le Régime de rentes du Québec et le Régime de sécurité de la vieillesse.

- Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec - À la base, ces Régimes vous procurent un revenu de retraite à compter de l'âge de 65 ans, établi d'après vos revenus de carrière jusqu'à concurrence du salaire plafonné. Le salaire plafonné par les

gouvernements représente la portion de vos revenus annuels jusqu'à concurrence de laquelle vous et la Compagnie versez des cotisations pendant votre carrière.

- Les prestations maximales versées par le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec représentent 25 % de la moyenne du salaire plafonné de l'année de votre retraite et des deux années précédentes.
- Vous pouvez toucher des prestations du Régime de rentes du Québec entre 60 et 65 ans. Dans ce cas, vos prestations seront réduites de 0,5 % (6 % par année) pour chaque mois avant votre 65^e anniversaire de naissance. Ces prestations, ainsi que l'indexation annuelle, vous seront versées pour le reste de votre vie. Elles n'augmenteront pas à 65 ans.
- Régime de sécurité de la vieillesse - Ce Régime gouvernemental verse à vous et à votre conjoint des prestations mensuelles à l'âge de 65 ans.

Les prestations du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec et du Régime de sécurité de la vieillesse augmentent habituellement au même rythme que le coût de la vie.

AUTRES RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

- Admissibilité
- Coûts
- Modifications au montant de l'assurance
- Cessation d'emploi
- Définition de "Personne à charge"
- Que faire ?

- Réclamations
- Modifications aux dossiers de la Compagnie

ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible aux avantages sociaux, vous devez remplir une carte d'adhésion aux avantages sociaux, et indiquer votre bénéficiaire et(ou) les personnes à votre charge.

QUAND DEVEZ-VOUS ADMISSIBLE ?

Vous devenez admissible à tous les avantages sociaux dès que vous entrez au service de la Compagnie, sauf au Régime d'assurance dentaire pour lequel il faut compter six (6) mois de services continus, et au Régime de retraite et au Régime d'incapacité prolongée, pour lesquels il faut avoir accumulé une année de services continus.

QUAND LES PERSONNES À VOTRE CHARGE DEVIENNENT-ELLES ADMISSIBLES ?

Les personnes à votre charge deviennent admissibles aux avantages sociaux en même temps que vous.

COÛTS

La Compagnie assume une partie importante des coûts des différents Régimes.

Ainsi, elle assume **entièrement** les frais des régimes suivants :

- Assurance-vie de base
- Assurance en cas de mutilation et de décès accidentels
- Assurance-vie à la retraite
- Régime de retraite
- Assurance-maladie complémentaire
- Régime de paiement des prescriptions
- Assurance dentaire
- Régime en cas d'incapacité de courte durée
- Régime en cas d'incapacité prolongée

Vous assumez **seulement** le coût de :

- L'assurance facultative en cas de mutilation et de décès accidentels
- L'assurance-vie pour personnes à charge

La Compagnie assume entièrement le coût des avantages sociaux, à l'exception des avantages facultatifs. Le Régime en cas d'incapacité de courte durée vous assure des prestations égales ou même supérieures à celles de l'Assurance-emploi. Par conséquent, la Compagnie est admissible à une réduction partielle de ses cotisations à la caisse de l'Assurance-emploi. Toute réduction de prestations d'assurance-emploi, y compris la portion de l'employé que prélève l'employeur, sera distribuée au moyen de prestations plus élevées.

MODIFICATIONS AU MONTANT DE L'ASSURANCE

Toute modification au montant des prestations résultant d'un changement dans votre rémunération ou le barème des prestations prend effet à la date de ce changement si vous êtes dans l'exercice de vos fonctions, sinon dès votre retour au travail.

CESSATION D'EMPLOI

Si votre emploi avec la Compagnie cesse, toutes les assurances en vertu du Programme d'avantages sociaux de la Compagnie cessent automatiquement à la date de votre cessation d'emploi. Cependant, vous bénéficiez toujours de certains droits.

1. En vertu du Régime d'assurance-vie de base, vous pouvez, si vous le désirez, convertir dans les 31 jours suivants votre départ votre protection en une police individuelle, quel que soit votre état de santé. Votre prime sera alors basée sur les taux en vigueur pour votre âge et le type de protection que vous choisissez au moment de la conversion.
2. En vertu du Régime de retraite de la Compagnie, vous conservez vos droits acquis à la retraite de la Compagnie, **à l'exception** des prestations de raccordement, si vous quittez la Compagnie avant d'être admissible à la retraite et que vous comptez **2** années de service

décomptées.

Si vous quittez la Compagnie avec des prestations de retraite acquises, vous pouvez transférer la valeur commuée de vos prestations acquises dans :

- a) un R.E.É.R. dont les cotisations sont immobilisées ou non selon les prescriptions de la législation en vigueur;
- b) le régime de retraite de votre nouvel employeur (si cela est permis).

La valeur de vos prestations varie selon votre âge et le taux d'intérêt en vigueur à date de votre cessation d'emploi.

Vous pouvez commencer à toucher vos prestations de retraite dès l'âge de 55 ans. Si vous prenez votre retraite entre 55 et 62 ans, votre revenu sera réduit selon le tableau apparaissant dans le présent document (Voir section Retraite), pour chaque mois avant l'âge de 62 ans. Il n'y a aucune réduction après 62 ans.

Les prestations de retraite auxquelles vous avez droit seront calculées selon le nombre d'années de service décomptées au Régime de retraite à la date de votre cessation d'emploi.

3. En vertu du Régime de retraite supplémentaire, vous pouvez recevoir le montant de vos cotisations en argent comptant (moins l'impôt) ou le faire transférer dans un régime enregistré d'épargne-retraite.
4. En vertu du Programme d'avantages sociaux de la Compagnie, si vous étiez un participant avec droits acquis au moment où vous quittez la Compagnie, vous ne serez **pas** admissible aux avantages offerts aux employés retraités lorsque vous commencerez à toucher des prestations de retraite de la Compagnie.

DÉFINITION DE "PERSONNE À CHARGE"

On entend par "Personne à charge" :

- A) le conjoint de l'employé, c'est-à-dire la personne

- i) légalement mariée avec l'employé ou
- ii) qui entretient avec l'employé une relation de fait et qui est désignée comme "conjoint" dans la demande d'adhésion de l'employé.

L'expression "conjoint de fait" désigne la personne qui a cohabité avec l'employé pendant un an et qui entretient avec celui-ci une relation de fait que l'on peut définir comme toute relation en vertu de laquelle deux personnes de sexe opposé cohabitent ensemble comme mari et femme. De plus, il doit y avoir accord mutuel entre ces personnes et cette relation doit être permanente, exception faite de toute autre relation de ce genre.

À l'exception du Régime de retraite de la Compagnie, on entend également par conjoint de fait, le conjoint de même sexe, c'est à dire une personne qui cohabite avec l'employé depuis au moins un (1) an et avec qui l'employé vit une relation conjugale.

- B) Tout enfant célibataire de l'employé, de son conjoint ou des deux, y compris les beaux-fils ou belles-filles, les enfants adoptés ou placés dans une famille d'accueil, et tout enfant naturel d'une personne à charge de sexe féminin et célibataire de l'employé,
 - a) ayant moins de 23 ans, ou
 - b) ayant 23 ans ou plus, inscrit comme étudiant à temps plein dans une université ou un établissement de ce genre et dépendant principalement de l'employé pour subvenir à ses besoins, ou
 - c) ayant 23 ans ou plus et étant incapable de vivre de son travail en raison d'arriération mentale ou de handicap physique et
 - i) qui était assuré en vertu de ce Régime le jour précédant son 23^e anniversaire de naissance et
 - ii) qui dépend principalement de l'employé pour subvenir à ses besoins.

L'expression "personne à charge" ne comprend pas :

- a) toute personne qui n'est pas résidente du Canada ou des États-Unis;
- b) toute personne assurée en vertu de ce Régime à titre d'employé.

Lorsque l'enfant cesse ses études ou qu'il est remis de son incapacité, la couverture dont il bénéficie, en vertu de ce Régime, cesse automatiquement.

Dorénavant, dans le cas de demandes de prestations pour des enfants à charge, lorsqu'il y a coordination des prestations, le premier payeur sera le régime qui protège le parent qui fêtera le premier son anniversaire dans l'année civile.

QUE FAIRE

LORSQUE VOUS AVEZ DES FRAIS DENTAIRES OU MÉDICAUX

COMPAGNIE

Si les frais couverts que vous avez engagés dépassent la franchise d'une année civile, procurez-vous une formule de demande de remboursement, remplissez-la et remettez-la (avec les factures et les reçus) au service des Ressources humaines. Pour plus de renseignements, voir la section intitulée "Réclamations".

GOVERNEMENT

Les règlements concernant le remboursement varient d'une province à l'autre. Néanmoins, un certain pourcentage des frais admissibles est assumé par votre régime provincial d'assurance-maladie.

SI VOUS TOMBEZ MALADE OU SOUFFREZ D'UNE INCAPACITÉ

COMPAGNIE

Avertissez le service des Ressources humaines le plus tôt possible. Pour toucher des prestations, vous devez présenter une attestation médicale. Vous pouvez vous procurer les formules nécessaires au service des

Ressources humaines. Pour plus de renseignements, voir la section intitulée "Réclamations".

GOUVERNEMENT

S'il est reconnu que vous souffrez d'une incapacité "totale et permanente", faites une demande au bureau du ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada ou du Québec, et au bureau de la Commission de la santé et de la sécurité du travail le plus près.

SI VOUS DÉCÉDEZ AVANT DE PRENDRE VOTRE RETRAITE COMPAGNIE

Un parent doit communiquer avec le service des Ressources humaines et donner les détails complets entourant votre décès. La Compagnie lui indiquera tous les documents nécessaires. Pour plus de renseignements, voir la section intitulée "Réclamations".

GOUVERNEMENT

Un parent doit avertir le bureau du ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada ou du Québec et le bureau de la Commission de la santé et de la sécurité du travail le plus près qui lui indiqueront tous les documents nécessaires.

LORSQUE VOUS PRENEZ VOTRE RETRAITE

COMPAGNIE

Avant votre retraite, vous devez avertir par écrit le service des Ressources humaines du moment où vous prendrez votre retraite. On vous expliquera alors en détail les avantages auxquels vous aurez droit à la retraite.

GOUVERNEMENT

Vous devez avertir le bureau du ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada ou du Québec quatre mois avant votre 65^e anniversaire de naissance. À l'âge de 65 ans, vous commencerez à toucher des prestations

du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec et du Régime de sécurité de la vieillesse, en plus de toute autre prestation de retraite que vous toucherez déjà du Régime de retraite de la Compagnie.

RÉCLAMATIONS

Pour être remboursé rapidement, vous devez adopter la marche à suivre ci-dessous pour que votre "demande de remboursement" de frais médicaux et dentaires, et de paiement de prescriptions, soit présentée le plus tôt possible à l'assureur.

FRAIS MÉDICAUX

Procurez-vous une formule de demande auprès du service des Ressources humaines. Remplissez la section concernant l'employé, signez-la et retournez-la au service des Ressources humaines.

- a) Pour les frais d'hospitalisation, joignez les formules de l'hôpital pour savoir si les avantages sociaux ont été appliqués.
- b) Pour le remboursement des autres frais mentionnés dans ce livret, joignez les factures indiquant :
 - le nom du patient,
 - le genre de service et de diagnostic,
 - la date du service,
 - les frais.

Pour les frais d'infirmière, de physiothérapeute, d'achat de membres artificiels ou de prothèses, il faudra joindre une déclaration du médecin traitant qui signale la raison des soins reçus.

PRESCRIPTIONS

Si vous achetez des médicaments prescrits par un médecin, indiquez au pharmacien que vous avez une carte de paiement des prescriptions lorsque vous lui donnez votre prescription.

Présentez votre carte au pharmacien. Payez 15% pour chaque prescription.

Il n'y a aucune autre formule, réclamation ou franchise; de même, il n'est pas question d'attendre les remboursements. Votre carte constitue une pièce de valeur. Prenez soin de bien l'utiliser et de la garder en lieu sûr. Si elle est utilisée à mauvais escient, la Compagnie devra mettre fin aux avantages de ce Régime.

Si vous ne pouvez utiliser votre carte pour quelque raison que ce soit, vous n'avez qu'à payer le plein montant et soumettre une demande de remboursement à l'aide des formules que vous pouvez vous procurer au service des Ressources humaines.

FRAIS DENTAIRES

Procurez-vous une demande de remboursement auprès du service des Ressources humaines. Présentez votre formule au dentiste. Vous devez payer le montant indiqué sur sa note d'honoraires. Demandez au dentiste de remplir la formule afin d'obtenir le remboursement en vertu du Régime. Rapportez la formule dûment remplie au service des Ressources humaines qui la fera parvenir à l'assureur. Il vous fera parvenir par la poste votre remboursement des frais admissibles.

EN CAS DE DÉCÈS

Vous devez prendre vos dispositions pour que le service des Ressources humaines soit averti de votre décès, afin que la réclamation puisse être traitée le plus tôt possible.

INCAPACITÉ DE COURTE DURÉE

Procurez-vous une formule auprès du service des Ressources humaines et faites-la remplir par le médecin traitant. Retournez la formule dûment remplie au service des Ressources humaines pour qu'il l'approuve et la remettre à l'assureur, qui versera alors les prestations nécessaires.

MODIFICATIONS AUX DOSSIERS DE LA COMPAGNIE

Il est dans votre intérêt de vous assurer que les dossiers de la Compagnie sont bien à jour si vous ou votre bénéficiaire changez de nom, ou si votre lien

de parenté n'est plus le même.

Vous pouvez changer de bénéficiaire en tout temps, pourvu qu'il n'y ait pas de règlement interdisant de faire le changement que vous désirez. Il est important que vous nommiez un autre bénéficiaire IMMÉDIATEMENT, si celui que vous avez nommé meurt avant vous. Si vous n'avez plus de bénéficiaire à votre décès, les prestations de décès seront versées à votre succession.

Le service des Ressources humaines peut vous remettre toutes les formules nécessaires aux changements de couverture de votre assurance-vie collective.

AVANTAGES SOCIAUX SUPPLÉMENTAIRES

Les avantages sociaux supplémentaires qui suivent vous aideront à mieux planifier votre situation financière.

- Vacances
- Congés rémunérés
- Remboursement des frais de scolarité
- Congé de maternité
- Avantages sociaux à la suite d'une mise-à-pied

AVANTAGES SOCIAUX SUPPLÉMENTAIRES

VACANCES

Vos vacances annuelles sont basées sur le nombre d'années de services à compter du 30 juin.

Services continus	Vacances
Moins d'un an	Une journée par mois - maximum 10 jours
1 an mais moins de 4 ans	2 semaines
4 ans mais moins de 10 ans	3 semaines
10 ans mais moins de 20 ans	4 semaines
20 ans mais moins de 30 ans	5 semaines
30 ans ou plus	6 semaines

CONGÉS RÉMUNÉRÉS

Pendant l'année, la Compagnie accorde à ses employés un certain nombre de congés rémunérés :

Le Nouvel An	La fête du Travail
Le Vendredi saint	L'Action de Grâce
La fête de la Reine	La veille de Noël
La Confédération	Noël
La Saint-Jean-Baptiste	*Deux congés mobiles
	*Le jour de l'Héritage ou un congé mobile

Si le jour de l'Héritage est reconnu, un congé mobile supplémentaire sera accordé. S'il n'est pas reconnu, un congé supplémentaire, à déterminer localement, sera accordé.

* Après en avoir discuté avec le syndicat, la direction déterminera le plus tôt possible dans l'année les congés mobiles. Il faut indiquer au moins trois (3) mois à l'avance quand sera accordée la journée de congé mobile.

REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SCOLARITÉ

Ce Programme est conçu pour encourager le perfectionnement personnel de chaque employé qui voudrait acquérir des connaissances plus approfondies, compatibles avec ses capacités, ses intérêts et les besoins de la Compagnie. Ce Programme rembourse 100 % des frais de scolarité lorsque vous terminez avec succès votre cours.

Si vous désirez bénéficier de ce Programme, vous n'avez qu'à suivre les étapes suivantes.

1. Remplir les formules appropriées que vous obtiendrez en vous adressant au service des Ressources humaines.
2. Obtenir une approbation écrite du Directeur, Ressources humaines stipulant que le cours choisi est admissible à un remboursement.
4. Fournir une preuve que vous avez terminé et réussi le cours, de même que les reçus appropriés.

CONGÉ DE MATERNITÉ

Vous pouvez demander un congé sans salaire en raison d'une grossesse. La demande faite par écrit à votre supérieur doit comporter un avis d'une semaine avant la date à laquelle vous avez l'intention de prendre votre congé. Elle doit aussi être accompagnée d'une attestation écrite de votre médecin indiquant la date prévue de la naissance de votre enfant.

Le congé accordé peut durer jusqu'à 19 semaines (4 1/2 mois approximativement); il commencera normalement 11 semaines avant la date d'accouchement prévue et se terminera 8 semaines après votre accouchement. Toutefois, on reconnaît que la durée varie suivant le déroulement de votre grossesse, votre état de santé général et la nature de votre travail.

AVANTAGES SOCIAUX À LA SUITE D'UNE MISE-À-PIED

Si vous êtes mis à pied en raison d'un manque de travail, vous continuerez de bénéficier de vos avantages sociaux (sauf le Régime d'incapacité de courte durée, le Régime d'incapacité prolongée et l'Assurance en cas de mutilation et de décès accidentels) pendant le nombre de jours ou de mois qui correspond aux crédits de service accordés avant la date de la mise à pied, sous réserve d'un maximum de 12 mois après la date de la mise à pied.

Si vous êtes mis à pied en raison d'un manque de travail, d'une réduction des effectifs ou d'une fermeture d'usine, que vous êtes âgé entre 55 et 60 ans et que vous avez dix (10) années de service décomptées ou plus, en vertu du Régime de retraite de la Compagnie dont les prestations vous seront versées à l'âge de 60 ans, vous continuerez de bénéficier de vos avantages sociaux (sauf le Régime d'incapacité de courte durée, le Régime d'incapacité prolongée et l'Assurance en cas de mutilation et de décès accidentels) pendant toute la durée de la mise-à-pied, jusqu'à ce que vous commenciez à toucher vos prestations de retraite à l'âge de 60 ans, auquel cas vous serez alors considéré comme un employé retraité. Si vous décidez de ne pas toucher vos prestations de retraite à l'âge de 60 ans, votre Régime d'assurance prendra fin le jour qui précède votre 60^e anniversaire de naissance.

CE LIVRET VOUS DONNE LES GRANDES LIGNES DU PROGRAMME D'AVANTAGES SOCIAUX DE LA COMPAGNIE. BIEN QUE NOUS AYIONS ESSAYÉ DE VOUS FOURNIR DES RENSEIGNEMENTS PRÉCIS, LES AVANTAGES SOCIAUX NE SONT PAS DÉCRITS EN DÉTAIL. IL S'AGIT PLUTÔT D'UN GUIDE POUR VOUS AIDER À COMPRENDRE LES AVANTAGES DONT VOUS POUVEZ BÉNÉFICIER. EN CAS DE LITIGE, ON SE CONFORMERA DANS TOUS LES CAS AUX DOCUMENTS JURIDIQUES DU PROGRAMME D'AVANTAGES SOCIAUX.

PLUS PARTICULIÈREMENT, CHAQUE FOIS QU'UN AVANTAGE SOCIAL DÉCRIT DANS CE LIVRET EST OFFERT SOUS FORME D'ASSURANCE, LA DESCRIPTION DE LA COUVERTURE ET DE L'ADMISSIBILITÉ EST, PAR CONSÉQUENT, SOUMISE AUX CLAUSES SPÉCIFIQUES DE LA

POLICE D'ASSURANCE ET RÉGIE PAR CELLES-CI. TOUT LITIGE DÉCOULANT D'UNE TELLE POLICE D'ASSURANCE SERA RÉGLÉ ENTRE L'ASSURÉ OU LE BÉNÉFICIAIRE ET LA COMPAGNIE D'ASSURANCE, BIEN QUE LA COMPAGNIE FERA TOUT SON POSSIBLE POUR PERSUADER L'ASSURÉ OU LE BÉNÉFICIAIRE ET LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DE S'ENTENDRE ET DE RÉGLER CE LITIGE.