**AVENANT**

Le présent avenant fait partie intégrante de la police no L.T.-940 émise à la l'Université de Moncton par Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance Vie en date du 1 mai 1971 et annule toute disposition qui lui serait contraire.

La police no. 12037 remplace la police émise par Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-vie en date du 1er février 2022 pour les garanties d'assurance invalidité de courte durée et l'assurance invalidité de longue durée.

Le présent avenant prend effet en date du **1 février 2022.**

**ASSOMPTION COMPAGNIE MUTLELLE D'ASSURANCE-VIE**

Sébastien Dupuis
Président et Chef de la Direction

Sylvie Savoie
Contresigné

le 12 janvier 2022
Date

**UNIVERSITÉ DE MONCTON**

Signature

26 janvier 2022
Date

Vice-recteur à l'administration et aux ressources humaines
Titre

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance Vie s'engage à verser les prestations prévues aux termes de cette police, sous réserve des conditions qui y sont stipulées.

Cette police est établie en considération de la proposition signée par le preneur et du paiement des primes dont il y est fait mention.

| | | |
|---|---|---|
| NUMÉRO DE POLICE | : | **12037** |
| PRENEUR | : | **Université de Moncton** |
| FILIALE, ENTREPRISE AFFILIÉE OU SUCCURSALE DU PRENEUR | : | **001 – Campus de Moncton**<br>**002 – Campus de Shippagan**<br>**003 – Campus d'Edmundston** |
| EMPLOYEUR | : | **Université de Moncton** |
| GARANTIES | : | **Assurance invalidité de courte durée**<br>**Assurance invalidité de longue durée** |
| DATE DE PRISE D'EFFET | : | **le 1er février 2022** |
| DATE DU RENOUVELLEMENT | : | **le 1er juin 2022** |

Cette police est établie à Moncton, au Nouveau-Brunswick, le

Sébastien Dupuis
Président et Chef de la Direction

Sylvie Savoie
Contresigné

le 12 janvier 2022
Date

# Table des matières

*L'emploi de noms et de pronoms masculins au présent contrat est présumé inclure les équivalents féminins. Il en est de même pour l'emploi du singulier et du pluriel.*

DISPOSITIONS GÉNÉRALES


1. Définitions ..... 8
2. Garanties prévues ..... 10
3. Teneur du contrat ..... 10
4. Modification du contrat ..... 10
5. Admissibilité ..... 11
6. Demande d'adhésion et preuve d'assurabilité ..... 11
7. Prise d'effet de l'assurance ..... 11
8. Droits de l'adhérent lors de la prise d'effet d'une garantie ..... 12
9. Modification du montant de la garantie ..... 13
10. Continuité de l'assurance ..... 13
11. Cessation de l'assurance ..... 14
12. Cessation du contrat ..... 15
13. Droits de l'adhérent lors de la cessation d'une garantie ..... 15
14. Primes ..... 16
15. Délai de grâce ..... 18
16. Renouvellement ..... 18
17. Certificat ..... 18
18. Administration par le preneur ..... 18
19. Renonciation ..... 19
20. Incontestabilité ..... 19
21. Recouvrement ..... 19
22. Exigences médicales ..... 19
23. Cession ou gage ..... 19
24. Numéraire ..... 19
25. Subrogation et remboursement – Responsabilité d'un tiers ..... 19
26. Le preneur n'est pas l'agent de l'assureur ..... 20
27. Conformité avec la loi applicable ..... 20
28. Action légale ..... 20
29. Déclaration erronée de l'âge ..... 20
30. Dossiers d'assurance ..... 20
31. Dispositions générales ..... 20

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE


1. Objet de la garantie ..... 21
2. Définitions ..... 21
3. Réduction, cessation, exclusions et limitations ..... 22
4. Primes et prestations payables pour les employés en congé ..... 25
5. Récidive d'invalidité ..... 25
6. Avis et preuve de réclamation ..... 25
7. Paiement de la prestation ..... 26
8. Appel de la décision25 ..... 26
9. Examen physique 25 ..... 26
10. Loi applicable ..... 26
11. Action légale ..... 27
12. Commission des accidents du travail ..... 27


ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE


1. Objet de la garantie ..... 28
2. Définitions ..... 28
3. Réduction, cessation, exclusions et limitations ..... 28
4. Primes et prestations payables pour les employés en congé ..... 32
5. Récidive d'invalidité ..... 32
6. Conditions préexistantes ..... 33
7. Exonération du paiement des primes ..... 33
8. Avis et preuve de réclamation ..... 33
9. Paiement de la prestation ..... 34
10. Appel de la décision ..... 34
11. Avis de retour au travail ..... 34

## SOMMAIRE DES GARANTIES

**DIVISIONS :**

**001 – Campus de Moncton (Employés de soutien)**

**002 – Campus de Shippagan (Professeurs et Administration)**

**003 – Campus de Moncton (Professeurs et Administration)**

**004 – Campus de Shippagan (Employés de soutien)**

**006 – Campus d'Edmundston (Employés de soutien)**

**007 – Campus d'Edmundston (Professeurs et Administration)**

**008 – Retraités de la division 001 Campus de Moncton (Employés de soutien)**

**009 – Retraités de la division 003 Campus de Moncton (Professeurs et Administration)**

**010 – Retraités de la division 002 Campus de Shippagan (Professeurs et Administration)**

**011 – Retraités de la division 004 Campus de Shippagan (Employés de soutien)**

**CLASSES D'EMPLOYÉS**

| Description | | |
|---|---|---|
| | 01 | Employés du Campus de Moncton |
| | 02 | Employés du Campus de Shippagan |
| | 03 | Employés du Campus d'Edmundston |

Tout nouvel employé, embauché après la date d'entrée en vigueur de cette police, devient admissible à l'assurance 3 mois suivant la date d'embauche à condition d'avoir un contrat de plus de 6 mois.

Les employés à temps plein sont ceux qui travaillent au moins 35 heures par semaine au service de l'employeur. Les employés à temps partiel sont ceux qui travaillent à raison de 2/3 d'une semaine normale de travail.

Tout arrêt de travail d'une période de 4 mois et moins, dont la date de retour est confirmée par écrit par l'employeur, permettra à l'employé de conserver ses bénéfices pendant l'arrêt de travail temporaire, tout en continuant à payer les primes applicables.

Pour chaque employé admissible, une demande d'adhésion doit obligatoirement être remplie dans le délai spécifié dans la police et transmise à l'assureur, et un employé ne devient admissible aux couvertures d'assurance que sous réserve des conditions, limitations et exclusions énoncées au contrat.

## 1. ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

| | |
|---|---|
| Divisions | 001, 004 et 006 |
| Délai de carence (jrs) | |
| Accident | 0 * |
| Hospitalisation | 5 * |
| Maladie | 5 * |
| Période maximale des prestations (semaines) | 90 jours |
| Pourcentage du salaire | 80 % (imposable) |
| Montant hebdomadaire maximal des prestations | 700 $ |

* Pour les employés du Campus d'Edmundston seulement, identifiés comme employés de « soutien et technique de bureau », l'assurance invalidité de courte durée comporte un délai de carence de trente (30) jours pour accident et hospitalisation. Le bénéfice est payable pendant soixante (60) jours, et le montant en est déterminé conformément à la cédule alors en vigueur dans la police.

Cette garantie à l'égard d'un adhérent cesse à la première des dates suivantes :

a) au 70$^{e}$ anniversaire de naissance de l'adhérent si l'adhérent est toujours activement au travail;

b) à la date de retraite de l'adhérent;

c) à la date de cessation de l'assurance.

Tous les montants de prestations hebdomadaires sont arrondis au multiple de 1 $ suivant, à moins qu'ils ne soient déjà un multiple de 1 $.

## 2. ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

| | |
|---|---|
| Classes d'employés | 01, 02 et 03 |
| Délai de carence (jrs) | |
| Accident | 90 |
| Hospitalisation | 90 |
| Maladie | 90 |
| Période maximale des prestations | 65 ans* |
| Pourcentage du salaire | 60 % |
| | non imposable |
| Montant mensuel maximal des prestations sans preuves pour les dates d'admissibilité précédant le 1 mai 2014. | 5 000 $ |
| Une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur est nécessaire pour les montants qui excèdent (à partir du à partir du 1er mai 2014. | |
| A partir du 1er mai 2014 (nouveaux assurés) sans preuves | 2 800 $ |
| Montant mensuel maximal des prestations | 5 000 $ |

* La durée maximale des prestations est de deux ans pour tout employé invalide à l'âge de 63 ans ou plus qui continue à rencontrer la définition d'employé activement au travail. La durée maximale des prestations est jusqu'à l'âge atteint de 70 ans.

1. Tout employé recevant une rente d'invalidité de longue durée, âgé de moins de 63 ans, reçoit des prestations jusqu'à l'âge de 65 ans.
2. Tout employé, âgé de 63 ans à 67 ans, qui devient invalide reçoit des prestations pour une période de 2 ans.
3. Tout employé, âgé de 68 ou 69 ans, qui devient invalide reçoit des prestations jusqu'à l'âge de 70 ans.

* Pour toute personne embauchée comme employé temporaire après le 1er janvier 2017, la durée des prestations de la garantie d'invalidité de longue durée des employés temporaires est déterminée selon le barème suivant :

- Employés temporaires pour un service continu de moins de 2 ans, la période de prestation est de 2 ans.
- Employés temporaires pour un service continu de 2 à 7 ans, la période de prestations est de 5 ans.
- Employés temporaires pour un service continu de plus de 7 ans, la période de prestations est jusqu'à l'âge de 65 ans.

Pour toute invalidité avec une date effective après le 1er janvier 2017, lors d'une réclamation la période de prestations est géré par Assomption Vie. L'Université de Moncton est responsable de nous confirmer la durée du service continu.

Cette garantie à l'égard d'un adhérent cesse à la première des dates suivantes :

a) au 65e anniversaire de naissance de l'employé **OU** sous réserve de ce qui est prévu si devant;
b) à la date de retraite de l'adhérent;
c) à la date de cessation de l'assurance.

Tous les montants de prestations mensuelles sont arrondis au multiple de 100 $ suivant, à moins qu'ils ne soient déjà un multiple 100 $.

## FOCUS SANTÉ OFFERT PAR OPTIMA SANTÉ GLOBALE

**Ces services sont offerts aux gestionnaires seulement et permet la référence d'employé.**

Greffé à la garantie d'assurance d'invalidité de longue durée, le programme Focus Santé vise à améliorer la santé et le mieux-être des employés afin de prévenir l'absentéisme dans les organisations. Il permet aux gestionnaires de diriger un employé ou un collègue en difficulté vers du soutien personnalisé.

Notre programme Focus Santé inclut six heures de consultation téléphonique, en cabinet ou par Internet pour des problèmes physiques, psychologiques, juridiques, financiers, etc. Il est confidentiel et disponible par référencement, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Vous pouvez nous rejoindre sans frais au numéro 1-877-886-4440 ou par courriel à reception@optimasanteglobale.com

Pour les gestionnaires, de l'intervention de crise, de l'accompagnement téléphonique et du coaching sont également offerts.

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 1. DÉFINITIONS

**Aux fins de la présente**

L'**accident** est un événement soudain, fortuit et imprévisible causant directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles résultant exclusivement d'une cause externe de nature violente et non intentionnelle de la part de la personne assurée.

L'**adhérent** est l'employé admissible à l'assurance et assuré en vertu de ce contrat.

L'**assureur** est Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie.

La **blessure** est une blessure corporelle causée de façon accidentelle par des moyens externes alors que la police est en vigueur.

L'**employé** est la personne qui est à l'emploi permanent de l'employeur, au travail actif à temps plein, au moins 35 heures par semaine. La personne qui est à l'emploi de l'employeur sur une base contractuelle et dont le contrat de travail est d'une durée de six mois ou plus et qui travaille au moins 24 heures par semaine pour l'employeur est aussi considérée comme un employé.

L'**employeur** est la personne désignée comme tel dans la proposition d'assurance collective.

La **grossesse** comprend la période de gestation, l'accouchement, l'avortement et la fausse-couche.

L'**hospitalisation** est une admission pour un séjour à l'hôpital pour une durée d'au moins 18 heures pour des soins médicaux urgents ou pour une chirurgie.

L'**hôpital** est un centre hospitalier de courte durée, reconnu comme tel par la loi, qui dispense des soins et des traitements aux personnes malades ou blessées et qui offre des services de diagnostic, des services opératoires et une surveillance infirmière continue. Aux fins de cette définition, l'hôpital exclut les maisons pour personnes âgées, les maisons de convalescence, les cliniques médicales et les centres spécialisés dans le traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie.

L'**invalidité totale** ou être **totalement invalide** est l'incapacité complète de l'adhérent d'accomplir toutes et chacune des fonctions habituelles de son emploi. Au cours du délai de carence et des 24 mois suivants, cette incapacité doit empêcher l'adhérent d'exercer toutes et chacune des fonctions habituelles de son emploi. Par la suite, cette incapacité doit empêcher l'adhérent d'exercer toutes et chacune des fonctions de tout emploi pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, son expérience et sa formation.

La **maladie** est la détérioration de la santé ou le désordre de l'organisme constaté par un médecin. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie, sauf en cas de complications pathologiques.

Le **médecin** est un docteur en médecine, membre de la Corporation professionnelle des médecins dans la province ou l'état où il exerce.

La **personne assurée**, laquelle doit être domiciliée au Canada, est l'adhérent.

Le **preneur** est la personne désignée comme tel dans la proposition d'assurance collective. Il constitue avec l'assureur l'une des deux parties à ce contrat.

Le **salaire**, à partir duquel les montants d'assurance sont établis, est le salaire en vigueur aux dates prescrites par l'employeur.

Le **sommaire** est le sommaire des garanties annexé à la présente police.

Le **travail actif à temps plein** ou **activement au travail à temps plein** est le fait, pour un employé, de travailler à temps plein et à plein salaire au lieu de son emploi habituel. Un employé est réputé être « activement au travail » aux fins de l'assurance s'il se rapporte au lieu habituel de son emploi, à condition que ce lieu habituel soit à l'extérieur de son foyer et s'il est alors apte à accomplir toutes les tâches coutumières et ordinaires de son occupation d'une manière régulière et à plein temps. Si l'employé ne se rapporte pas ainsi à son lieu habituel d'emploi ou si son lieu habituel d'emploi n'est pas à l'extérieur de son foyer, il est réputé être activement au travail s'il n'est pas hospitalisé ou s'il n'est pas invalide à un degré tel qu'il n'aurait pas pu se rapporter à un lieu de travail à l'extérieur de son foyer et accomplir toutes les tâches habituelles et ordinaires de son occupation de façon régulière et à plein temps.

**Type d'emploi** :

**Régulier à temps plein :** signifie une personne engagée à temps plein dans un poste régulier pour une période indéterminée;

**Régulier à temps partiel :** signifie une personne qui travaille au moins 2/3 temps de la charge normale de travail pour sa classe d'emploi, pour une période indéterminée;

**Temporaire à temps plein :** signifie une personne engagée à temps plein, d'une durée de plus de six (6) mois consécutifs pour une période prédéterminée;

**Temporaire à temps partiel :** signifie une personne embauchée pour une période d'une durée de plus de six (6) mois consécutifs qui travaille au moins 2/3 temps de la charge normale de travail pour sa classe d'emploi, pour une période prédéterminée;

**Temporaire saisonnier :** signifie une personne embauchée pour une période d'une durée de plus de six (6) mois consécutifs mais moins que douze (12) mois, qui travaille au moins 2/3 temps de la charge normale de travail pour sa classe d'emploi, pour une période prédéterminée.

Un **véhicule** est un engin à moyen de propulsion qui est destiné au transport ou à la manutention de personnes, d'objets ou de marchandises. Un véhicule peut, entre autres, désigner, sans limiter la portée de ce qui précède, une automobile, une mobylette, un bateau, une motomarine, une motoneige, un tracteur ou une caravane.

**Sain d'esprit ou non,** comprennent les situations où l'assuré est sous l'influence de stupéfiants, de drogue, de médicaments ou d'alcool ou souffre de tout trouble psychologique ou nerveux qui empêche l'assuré de formuler une intention.

## 2. GARANTIES PRÉVUES

Les garanties qui prennent effet à la date d'entrée en vigueur de cette police sont uniquement celles pour lesquelles des montants d'assurance sont indiqués dans le sommaire.

## 3. TENEUR DU CONTRAT

Cette police, la proposition d'assurance collective du preneur, le sommaire, les avenants et les annexes joints, de même que les preuves d'assurabilité et les demandes d'adhésion des employés constituent le contrat intégral entre les parties.

Tout avenant joint postérieurement au contrat est réputé en faire partie intégrante selon les modalités qui y sont décrites.

Toutes les déclarations faites par le preneur ou par les employés sont, en l'absence de fraude, réputées être des représentations et non des garanties, et aucune de ces déclarations ne peut être opposée à une réclamation en vertu de cette police à moins qu'elle ne soit contenue dans un document écrit signé par le preneur ou l'employé et qu'une copie n'ait été fournie au preneur ou à l'employé ou à son bénéficiaire.

## 4. MODIFICATION AU CONTRAT

Ce contrat peut être modifié à la demande écrite du preneur, mais l'assureur doit y consentir par écrit. Cet écrit doit être approuvé par un signataire autorisé de l'assureur.

L'assureur peut modifier les conditions du contrat en tout temps en faisant parvenir un avis écrit au preneur au moins trente (30) jours avant l'entrée en vigueur de la modification. Le paiement d'une prime postérieure à la date de modification est considéré comme un consentement à la modification.

Si, à la suite d'un accident ou d'une maladie, un adhérent n'est pas au travail actif à temps plein à la date d'entrée en vigueur d'une modification quant aux garanties d'assurance collective (à l'exception des garanties d'assurance santé et assurance dentaire), cette modification ne prend effet, pour cet adhérent, qu'à la date de son retour au travail actif à temps plein.

## 5. ADMISSIBILITÉ

### a) Employé

1) Nouvelle adhésion

Tout employé, à la date d'entrée en vigueur de ce contrat, devient admissible à l'assurance le jour où il complète le délai d'admissibilité indiqué dans le sommaire.

Tout nouvel employé embauché après la date d'entrée en vigueur de ce contrat devient admissible à l'assurance 3 mois suivant la date d'embauche.

Cependant, tout employé qui n'est pas au travail actif à temps plein le jour où il deviendrait autrement admissible à l'assurance, le devient à la date de son retour au travail actif à temps plein.

2) Remise en vigueur

Un adhérent dont l'assurance prend fin en raison d'une cessation d'emploi permanente et qui reprend son travail dans un délai de six mois suivant la date de cette cessation redevient admissible à l'assurance à la date de son retour au travail actif à temps plein, en autant que le preneur avise l'assureur par écrit du retour au travail actif à temps plein de l'employé dans les 31 jours suivant cette date.

## 6. DEMANDE D'ADHÉSION ET PREUVE D'ASSURABILITÉ

### a) Employé

Un employé admissible à l'assurance doit obligatoirement, que l'adhésion à l'assurance soit facultative ou obligatoire, remplir et transmettre à l'assureur une demande d'adhésion. Lorsque la demande d'adhésion est reçue chez l'assureur plus de 31 jours après la date d'admissibilité d'un adhérent, l'assureur est en droit de demander des preuves d'assurabilité pour cet adhérent.

## 7. PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

L'assurance d'un employé admissible prend effet à la plus éloignée des dates suivantes :

a) leur date d'admissibilité respective, si la demande d'adhésion, accompagnée des pièces justificatives le cas échéant, est reçue chez l'assureur dans les 31 jours suivant cette date; ou

b) la date de réception chez l'assureur des preuves d'assurabilité requises par celui-ci, sous réserve de leur acceptation par l'assureur, si la demande d'adhésion soumise est reçue chez l'assureur plus de 31 jours après leur date d'admissibilité respective, à condition toutefois que l'employé soit activement au travail à la plus éloignée de ces dates, autrement, l'assurance prend effet à la première date subséquente où il est activement au travail.

- la date suivant la période de trente et un jours pendant laquelle la personne à charge n'a pas été hospitalisée ou confinée à la maison ou ailleurs, ou

- la date à laquelle des preuves démontrant le rétablissement complet de la personne à charge sont reçues par l'assureur à son siège social.

Si la plus éloignée des dates ci-dessus ne coïncide pas avec le premier jour d'un mois de police, alors la date sera le premier jour du mois de police qui suit immédiatement la plus éloignée de ces dates.

Toutefois, il est entendu que toute garantie ou partie de garantie d'assurance qui nécessite des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur ne peut prendre effet qu'à compter de l'acceptation par l'assureur de ces preuves. La date d'acceptation est alors la date de réception chez l'assureur du dernier élément des preuves d'assurabilité requises par l'assureur.

L'assureur avise alors par écrit le preneur de son acceptation ou de son refus d'accorder la garantie ou partie de garantie d'assurance demandée. Le preneur, aussitôt qu'il est avisé de la décision de l'assureur, doit transmettre celle-ci par écrit, sans délai, à l'employé concerné.

Dans le cas d'un employé dont l'emploi est subventionné par des fonds de recherche d'un professeur de l'Université de Moncton, des preuves d'assurabilité sont obligatoires.

## 8. DROITS DE L'ADHÉRENT LORS DE LA PRISE D'EFFET D'UNE GARANTIE

Lorsqu'une garantie de cette police remplace, dans les 31 jours, une garantie comparable d'une autre police relativement au même groupe, en entier ou en partie, les adhérents en vertu de l'ancienne garantie sont assurés, de plein droit, par la nouvelle garantie, à compter de la cessation de l'ancienne, si :

- la fin de leur assurance résulte exclusivement de la cessation de l'ancienne garantie; et
- ils appartiennent à une classe prise en charge par la nouvelle garantie.

Un adhérent en vertu de l'ancienne garantie ne peut être refusé en vertu de la nouvelle et ne peut être privé de prestations uniquement en raison d'une exclusion d'antécédents médicaux qui a été inopérante dans l'ancienne garantie ou encore parce qu'il n'est pas activement au travail à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle garantie. Cependant, l'assureur n'est pas garant des événements suivants, relevant de l'ancienne garantie :

- une affection invalidante déclarée à l'assureur précédent dans les six mois de sa survenance et après la cessation de l'ancienne garantie, ou

- un décès ou une mutilation résultant d'un accident survenu alors que l'ancienne garantie était en vigueur.

Les droits de l'adhérent en vertu de l'ancienne garantie cessent et ses droits en vertu de la nouvelle commencent dès qu'il compte, après la cessation de l'ancienne garantie, 31 jours de travail actif à temps plein à des fonctions d'une classe prise en charge par la nouvelle garantie.

L'adhérent qui est de nouveau atteint d'une invalidité reconnue par la nouvelle garantie est exempté de tout délai de carence en vertu de la nouvelle garantie, aux conditions suivantes :

- si la nouvelle période d'invalidité résulte des mêmes causes ou de causes connexes à celles qui ont donné lieu à des avantages aux termes de l'ancienne garantie; et

- si moins de 90 jours se sont écoulés entre la fin de la période couverte par la dernière prestation ou par la dernière prime pour laquelle il y a eu exonération et le début de la nouvelle période d'invalidité.

## 9. MODIFICATION DU MONTANT DE LA GARANTIE

Si une variation de salaire ou un changement de catégorie d'employés entraîne une modification du montant d'une garantie à l'égard d'un adhérent, le preneur doit immédiatement en aviser par écrit l'assureur et lui fournir tous les renseignements nécessaires pour effectuer cette modification. Cette dernière prend effet à la plus éloignée des dates suivantes :

a) la date de la variation ou du changement, si l'avis écrit est reçu chez l'assureur dans les 31 jours suivant cette date;

b) la date de réception chez l'assureur de l'avis écrit, s'il est reçu plus de 31 jours après la date de la variation ou du changement;

c) la date de réception chez l'assureur du dernier élément des preuves d'assurabilité requises par celui-ci, sous réserve de l'acceptation de ces preuves par l'assureur, et ce, relativement à toute partie de la garantie qui nécessite celles-ci.

Toutefois, si la modification entraîne un changement pour une catégorie d'employés, cette modification peut prendre effet à la date convenue par écrit entre l'assureur et le preneur.

Si un adhérent n'est pas au travail actif à temps plein à la date à laquelle la modification à son égard aurait pris effet, celle-ci ne prend effet qu'à la date de son retour au travail actif à temps plein.

## 10. CONTINUITÉ DE L'ASSURANCE

Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à temps plein à la suite d'une invalidité ou d'une grossesse demeure assuré pendant la durée de son invalidité ou de son congé de maternité, pourvu que le preneur, agissant sans discrimination, maintienne en vigueur son assurance en effectuant le paiement des primes requises, le cas échéant. Cependant, pour un congé parental ou un congé de maternité, l'assurance ne peut être maintenue en vigueur au-delà de la période durant laquelle l'adhérent est admissible à des prestations gouvernementales de maternité ou parentales en vertu de la loi.

Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à temps plein en raison d'un congé autorisé sans solde, d'une réduction temporaire de la semaine de travail au moins 2/3 temps de travail par semaine ou d'une mise à pied temporaire demeure assuré sauf, le cas échéant, en vertu des

garanties d'assurance invalidité de courte durée et invalidité de longue durée, en autant que le preneur, agissant sans discrimination, maintienne en vigueur son assurance en effectuant le paiement des primes requises, le cas échéant. Le preneur doit aviser l'assureur dans les 31 jours de la date de cet événement. Cependant, l'assurance ne peut être maintenue en vigueur au-delà de 12 mois suivant la date de cet événement.

L'assurance d'un adhérent qui cesse d'être au travail actif à temps plein, à la suite d'une grève ou d'un lock-out est interrompue pour toute la durée de cet événement, sauf pour l'assurance vie, qui demeure en vigueur jusqu'à la fin du mois de police suivant immédiatement le mois de police durant lequel débute la grève ou le lock-out.

S'il y a lieu, l'assurance des personnes à charge d'un adhérent est régie par les mêmes règles que celles énoncées ci-dessus pour l'adhérent.

## 11. CESSATION DE L'ASSURANCE

L'assurance d'un adhérent cesse de plein droit à la plus rapprochée des dates suivantes :

a) la date de cessation de ce contrat;

b) sous réserve de la clause « Continuité de l'assurance », le jour où il n'est plus un employé de l'employeur ou le jour où il cesse d'être admissible.

c) le dernier jour du délai de grâce suivant le jour où n'a pas été payé à son égard tout montant alors exigible relativement à la prime payable par le preneur en vertu de ce contrat;

d) la date de réception chez l'assureur d'un avis écrit du preneur à cet effet ou à toute date ultérieure mentionnée dans l'avis;

e) la date à laquelle il prend sa retraite;

f) le jour où il fait de fausses représentations à l'assureur ou le jour où il commet un acte frauduleux à l'égard de l'assureur;

g) le jour où il ne répond plus aux critères d'admissibilité du contrat;

h) la date de terminaison indiquée au sommaire pour les garanties visées;

i) le jour où il débute un service actif dans les forces armées de tout pays, province, état ou organisation internationale ou encore, dans le cas d'une personne à charge, le jour où il devient membre d'un corps civil auxiliaire de toute force militaire, sauf s'il s'agit d'un service d'une durée temporaire de 30 jours ou moins.

## 12. CESSATION DU CONTRAT

Ce contrat prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

a) sur avis écrit du preneur à l'assureur, à la plus éloignée des dates suivantes :

   1) la date indiquée dans l'avis,
   2) la date de réception de l'avis chez l'assureur;

b) sur avis écrit d'au moins 90 jours de l'assureur au preneur, le jour précédant la date de renouvellement de ce contrat;

c) sur avis écrit de l'assureur au preneur, le jour indiqué dans cet avis si, de l'opinion de l'assureur, le preneur ne fournit pas avec diligence tout renseignement nécessaire à l'administration de ce contrat ou, sans raison valable, n'accomplit pas l'une ou l'autre de ses obligations en vertu de ce contrat;

d) le dernier jour du délai de grâce, si la prime exigible en vertu de ce contrat n'a pas été payée par le preneur. Le preneur doit toutefois payer à l'assureur la prime due pour la période du délai de grâce;

e) pourvu qu'un avis écrit soit transmis au preneur par l'assureur, le dernier jour d'un délai de grâce si, à cette date,

   1) le nombre de participants est inférieur à trois;
   2) la contribution du preneur est inférieure à 33 1/3 % ;
   3) la participation minimale est inférieure à 100 % sans compter
      i) les employés à la retraite ayant une protection d'assurance collective avec un autre plan.

La terminaison de la police n'affecte aucunement les réclamations, pourvu que l'assureur en soit avisé dans les délais prévus à l'article « Demande de règlement d'une réclamation ».

## 13. DROITS DE L'ADHÉRENT LORS DE LA CESSATION D'UNE GARANTIE

La cessation d'une garantie de ce contrat n'est opposable à aucune demande de prestations fondée sur :

a) une invalidité totale qui a débuté avant la cessation de la garantie.

L'assureur est garant des prestations payables, même si l'invalidité totale se prolonge au-delà de la cessation.

Toutefois, l'assureur n'est pas garant d'une affection invalidante dans les cas suivants :

a) une récidive de l'affection invalidante survenant après la cessation de la garantie, alors que l'adhérent n'est plus totalement invalide depuis plus de 180 jours; ou

b) l'affection invalidante est déclarée à l'assureur plus de six mois après la cessation de la garantie.

Dans tous les cas, les droits de l'adhérent cessent dès que :

a) l'adhérent est pris en charge par un autre assureur en vertu d'un contrat d'assurance collective comportant une garantie comparable; ou

b) l'adhérent compte, après la cessation du contrat, 31 jours de travail actif à temps plein à des fonctions d'une classe couverte par un contrat d'assurance collective comportant une garantie comparable.

## 14. PRIMES

### a) Taux de prime

Les taux mensuels de prime en vigueur à la date de prise d'effet de ce contrat sont indiqués au sommaire. La prime mensuelle est calculée selon ces taux.

### b) Modification des taux de prime

L'assureur peut modifier les taux de prime aux dates suivantes :

1) la date de renouvellement, si l'assureur en avise par écrit le preneur au plus tard 90 jours avant cette date; ou

2) toute autre date, si :

- les prestations ou les classes d'employés admissibles à l'assurance en vertu de ce contrat sont modifiées;

- il y a une variation d'au moins 25 % du nombre d'adhérents, ce pourcentage étant calculé à partir du nombre d'adhérents à la date de la variation et à la plus rapprochée des dates suivantes :

  - la date de prise d'effet de cette police; ou
  - la date de la dernière modification des taux mensuels de prime;

- les employés d'une filiale, d'une entreprise affiliée ou d'une succursale du preneur deviennent ou cessent d'être admissibles à l'assurance en vertu de ce contrat; ou

- il y a une modification dans la nature, le contenu ou le coût des régimes gouvernementaux.

### c) Mode de paiement des primes

Les primes sont payables par le preneur à l'assureur, la première, à la date de prise d'effet de cette police et chaque prime subséquente, le premier jour de chaque mois. Si la date de prise d'effet ou de modification de ce contrat est autre que le premier jour d'un mois, une prime proportionnelle est payable pour la période découlant entre la date de prise d'effet ou de modification de cette police et le premier jour du mois suivant.

**d) Remboursement en cas de cessation de l'assurance**

Si le preneur omet d'aviser l'assureur de la cessation de l'assurance d'un adhérent ou du fait qu'un adhérent cesse d'être au travail actif à temps plein conformément à la clause « Continuité de l'assurance », l'assurance n'est pas pour autant maintenue en vigueur, même si une prime est payée pour cet adhérent.

Dans ces deux cas, la responsabilité de l'assureur se limite à rembourser le montant de prime ainsi payé, à concurrence d'un montant égal à six mois de primes relatives à cet adhérent, et ce, sans intérêt.

**e) Prime pour changement d'assurance**

Lorsque le montant d'assurance d'un adhérent est majoré par suite d'un ajustement de salaire, le nouveau montant d'assurance et la nouvelle prime entrent en vigueur à la prochaine date d'anniversaire de la police suivant l'ajustement, à moins que l'employeur n'avise l'assureur par écrit que les changements doivent entrer en vigueur à la date de prise d'effet de l'ajustement de salaire ou à une date ultérieure qui ne peut toutefois dépasser la date d'anniversaire de la police.

**f) Primes et prestations d'assurance lors de charge réduite**

Une réduction de charge qui donne lieu à un changement de salaire ou un changement d'horaire de travail d'un employé a un impact direct sur les volumes des garanties d'assurance vie ainsi que d'invalidité.

À l'exception des congés autorisés, avec ou sans solde, tels que congé de maternité, congé sabbatique, congé administratif, congé d'études, congé différé ou autres, pour toute charge réduite d'une durée de plus d'un mois (30 jours), le salaire mensuel de l'employé doit être ajusté chez l'assureur à la 31$^{e}$ journée afin de refléter le nouveau volume d'assurance des garanties d'assurance vie et d'invalidité et ce, basé sur le salaire mensuel (réduit).

Dans toute instance ci-haut mentionnée, le preneur doit fournir à l'assureur tous les renseignements nécessaires pour effectuer cette modification au dossier de l'employé assuré.

Si une demande de réclamation d'assurance vie ou d'invalidité est soumise pendant la période de la charge de travail réduite, le montant payable est basé sur le volume d'assurance réduit à la date du décès ou à la date du début de l'invalidité.

## 15. DÉLAI DE GRÂCE

Le preneur a, pour le paiement de chaque prime, sauf la première, un délai de 31 jours, durant lequel l'assurance reste en vigueur. Le jour où le paiement de la prime est dû n'est pas inclus dans ce délai.

Le preneur doit payer toute prime demeurant impayée à la date de terminaison de la police, incluant les primes calculées au prorata pour les jours durant lesquels la police est demeurée en vigueur. Aucun avis de prime n'est nécessaire.

## 16. RENOUVELLEMENT

Pourvu qu'aucune prime ne soit en souffrance le dernier jour d'une année d'assurance, cette police se renouvelle, de plein droit, pour une période de 12 mois, à moins d'un avis écrit contraire de l'assureur transmis au preneur au plus tard 90 jours avant la date de renouvellement.

La période à compter de la date de prise d'effet de cette police jusqu'à la date du premier renouvellement, tel qu'il est indiqué au sommaire, est considérée comme étant la première année d'assurance. Les années d'assurance subséquentes, d'une période de 12 mois chacune, sont calculées à compter de la date du premier renouvellement.

## 17. CERTIFICAT

L'assureur remet au preneur des certificats d'assurance que ce dernier distribue aux adhérents.

Le certificat n'est pas une partie constituante du contrat. En cas de conflit entre les dispositions du certificat et celles du contrat, ces dernières prévalent.

## 18. ADMINISTRATION PAR LE PRENEUR

Aux fins d'administration de ce contrat, le preneur est le mandataire des employés, sauf quant aux droits et aux obligations qui leur sont attribués personnellement.

Le preneur informe les employés de leurs droits et de leurs obligations en vertu de ce contrat, de même que de toute modification qui peut par la suite y être apportée. L'adhérent et le bénéficiaire ont le droit de consulter le contrat d'assurance chez le preneur et d'en prendre copie.

Le preneur fourni avec diligence à l'assureur tout renseignement nécessaire à l'administration de ce contrat. Le preneur autorise l'assureur à examiner ses registres et ses dossiers en tout temps raisonnable, alors que ce contrat est en vigueur et pendant les deux années qui suivent sa cessation.

## 19. RENONCIATION

La renonciation ou l'omission de la part de l'assureur d'exiger l'exécution ou l'observation d'une disposition quelconque de ce contrat ne doit pas être interprétée comme étant une renonciation de la part de l'assureur à son droit de prendre les mesures nécessaires contre tout défaut subséquent d'exécuter ou d'observer la même disposition. De plus, le fait que l'assureur ait approuvé une action quelconque du preneur ou d'un adhérent lorsque cette approbation était requise n'a pas pour effet de dispenser le preneur ou l'adhérent de l'obligation d'obtenir l'approbation de l'assureur pour toute action semblable subséquente.

## 20. INCONTESTABILITÉ

En l'absence de fraude, aucune fausse déclaration ou omission de faits essentiels ne peut fonder l'annulation ou la réduction d'une assurance qui a été en vigueur pendant deux ans.

Toutefois, cette règle ne s'applique pas dans le cas d'une invalidité ayant débuté durant les deux premières années de l'assurance.

## 21. RECOUVREMENT

Aucune disposition de ce contrat ne peut être interprétée comme pouvant empêcher l'assureur de recouvrer toute somme payée en trop.

## 22. EXIGENCES MÉDICALES

L'assureur se réserve le droit de demander à une personne assurée, en tout temps et à son entière discrétion, de fournir une ou plusieurs attestations médicales spécifiques ou de se soumettre à un ou plusieurs examens médicaux effectués par un médecin désigné par l'assureur.

## 23. CESSION OU GAGE

L'assurance en vertu de ce contrat ne peut être ni cédée, ni mise en gage.

## 24. NUMÉRAIRE

Toutes les limites et tous les maximums applicables aux sommes payables sont également exprimés en monnaie canadienne.

## 25. SUBROGATION ET REMBOURSEMENT - RESPONSABILITÉ D'UN TIERS

Les prestations encourues suite à une maladie ou un accident pour lequel la responsabilité légale est imputée à un tiers ne sont pas couvertes par ce contrat. L'assureur peut retarder de façon raisonnable le paiement d'une réclamation afin de permettre l'évaluation de la responsabilité d'un tiers.

Si l'assureur a effectué le paiement avant la fin de l'évaluation de la responsabilité d'un tiers, il peut alors exiger son droit de subrogation qui lui permet de recouvrer ce paiement de toute personne ou organisation légalement responsable. Le preneur doit satisfaire toutes les exigences et compléter tous les documents pour garantir à l'assureur son droit de recouvrement.

## 26. LE PRENEUR N'EST PAS L'AGENT DE L'ASSUREUR

Ni le preneur ni aucun employeur participant n'est réputé être l'agent de l'assureur pour quelque fin que ce soit en vertu de ce contrat.

## 27. CONFORMITÉ AVEC LA LOI APPLICABLE

Toute disposition de ce contrat qui, à sa date d'entrée en vigueur, entre en conflit avec la loi applicable dans la juridiction où la police est émise est modifiée pour se conformer avec les exigences minimales de cette loi. Si l'assureur établit que les personnes qui sont résidentes d'un état, d'une province ou d'une subdivision politique quelconque ne peuvent, en raison des lois ou règlements de cette juridiction, être assurées pour l'une ou plusieurs des garanties prévues en vertu de ce contrat, ces personnes ne seront pas comprises dans la classe des personnes admissibles aux garanties en question.

## 28. ACTION LÉGALE

Aucune action judiciaire ne peut être intentée en vertu de ce contrat avant l'expiration de 60 jours suivant le dépôt d'une preuve écrite de la perte conformément aux dispositions du contrat.

Aucune poursuite judiciaire ne peut être intentée contre l'assureur par toute personne ou ses ayants droit après l'expiration du délai minimum prévu par les lois de la province ou de l'état régissant le contrat.

## 29. DÉCLARATION ERRONÉE DE L'ÂGE

Si l'âge de toute personne assurée en vertu de ce contrat n'a pas été correctement déclaré, le montant des primes et, le cas échéant, le montant d'assurance de cette personne sera ajusté en fonction de l'âge réel de cette personne.

## 30. DOSSIERS D'ASSURANCE

Les dossiers relatifs à l'assurance prévue dans ce contrat sont maintenus par l'assureur.

## 31. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions générales du contrat s'appliquent à chacune des garanties pourvu que ces dispositions ne soient pas incompatibles avec les modalités de chacune des garanties.

## ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

### 1. OBJET DE LA GARANTIE

Si un employé, alors qu'il est assuré en vertu de cette garantie, devient totalement invalide par suite d'une blessure ou par suite d'une maladie, l'assureur verse les prestations hebdomadaires indiquées à cet effet au sommaire, selon la catégorie d'employés à laquelle il appartient à la date du début de la période d'invalidité.

### 2. DÉFINITIONS

**Aux fins de la présente**

Une **activité de réadaptation** est tout travail, occupation, cours, programme de formation, programme de conditionnement physique ou toute autre activité suggérée ou approuvée par l'assureur et qui a pour but de faciliter un retour éventuel à un travail rémunérateur pour l'adhérent. Un adhérent qui, à la suite d'une invalidité totale pour laquelle il a reçu des prestations en vertu de la présente section, occupe son propre emploi ou tout autre emploi, sans être au travail actif à temps plein peut, à la discrétion de l'assureur, être considéré comme un adhérent participant à une activité de réadaptation.

Le **délai de carence** est la période d'attente débutant à la date de l'invalidité totale et se terminant à la date précédant le début de la période de prestations et durant laquelle aucune prestation n'est payable. La durée du délai de carence applicable, s'il y a lieu, est indiquée au sommaire. Une invalidité totale débutant plus de 31 jours après un accident est considérée être une invalidité totale résultant d'une maladie et le délai de carence prévu pour une maladie s'applique.

Dans le cas où une invalidité totale débute alors que l'adhérent est en congé de maternité ou en congé parental pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre l'adhérente et l'employeur ou que l'adhérente reçoit des prestations de maternité en vertu de la loi sur l'assurance-emploi, le délai de carence débute à la date prévue du retour au travail.

L'**invalidité totale** ou être **totalement invalide** est l'incapacité complète de l'employé d'accomplir toutes et chacune des fonctions habituelles de son travail régulier. Aucune prestation n'est payable en vertu de cette garantie pendant toute période où l'employé accomplit un travail rémunérateur.

## 3. RÉDUCTION, CESSATION, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

### a) Réduction

1) Réadaptation

Si un adhérent participe à une activité de réadaptation au cours d'une période d'invalidité totale pour laquelle des prestations lui sont versées ou lui auraient été versées, sans qu'il ne soit tenu compte de l'intégration des prestations en vertu de cette garantie, ces prestations sont réduites d'un montant égal à 50 % de la rémunération brute que l'adhérent reçoit pour la même période en raison de sa participation à une activité de réadaptation et ne sont payables que pour la période déterminée ou approuvée par l'assureur.

Si le revenu total des prestations payées ou qui auraient été payables par l'assureur sans qu'il ne soit tenu compte de l'intégration des prestations en vertu de cette garantie et que la rémunération que l'adhérent reçoit de son activité de réadaptation excède 100 % du salaire assuré hebdomadaire de l'adhérent si les prestations sont imposables, ou 100 % du salaire hebdomadaire net si les prestations sont non-imposables, les prestations sont alors réduites de façon à ce que ce pourcentage ne soit pas dépassé.

Le versement des prestations hebdomadaires cesse lorsque le revenu brut hebdomadaire que l'adhérent reçoit de l'activité de réadaptation représente 80 % ou plus du salaire assuré hebdomadaire de l'adhérent.

2) Intégration des prestations

- Directe

Les prestations hebdomadaires - payables en vertu de cette garantie sont réduites des montants suivants, ajustés sur base hebdomadaire :

- les prestations de la rente initiale d'invalidité, excluant les rentes de conjoint survivant et d'enfants du cotisant invalide, en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada qui sont effectivement payées ou qui auraient été payées si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée pour raison médicale;
- les prestations payables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou d'une loi sur l'assurance-automobile;
- les prestations payables en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale donnant droit à des indemnités en cas d'invalidité;
- les prestations payables en vertu d'un régime d'avantages sociaux établi par l'employeur.

Cependant, le montant de la majoration relié à l'indexation au coût de la vie des prestations provenant d'organismes gouvernementaux ou de l'employeur ne peut réduire le montant des prestations payables en vertu de la présente garantie.

- Indirecte

  De plus, si un adhérent reçoit des revenus qui proviennent :

  - d'un employeur,
  - d'un régime d'assurance collective,
  - d'un régime de retraite d'un employeur, ou
  - d'un organisme gouvernemental,

  et si les prestations hebdomadaires payables en vertu de cette garantie et la somme des revenus mentionnés au présent paragraphe excèdent :

  - 85 % du salaire hebdomadaire net de l'adhérent lorsque les prestations hebdomadaires ne sont pas imposables, ou

  - 85 % du salaire hebdomadaire brut de l'adhérent lorsque les prestations hebdomadaires sont imposables,

  alors les prestations hebdomadaires payables en vertu de la présente garantie sont réduites de façon à ce que les pourcentages mentionnés ci-dessus ne soient pas dépassés.

  Cependant, le montant de la majoration relié à l'indexation au coût de la vie des prestations provenant d'organismes gouvernementaux ou de l'employeur ne peut réduire le montant des prestations payables en vertu de la présente garantie.

- Si quelque revenu mentionné dans les dispositions ci-dessus portant sur l'intégration directe et indirecte des prestations est versé en une somme globale, et

  i) s'il est précisé pour quelle période il est versé, celui-ci est réputé avoir été payé en versements hebdomadaires mensuels égaux sur une période égale au moindre :

     - du nombre de semaines d'invalidité pour laquelle la somme globale est versée, ou

     - de 60 mois.

  ii) s'il n'est pas précisé pour quelle période il est versé, celui-ci est réputé avoir été payé en 60 versements hebdomadaires égaux, à compter de la date à laquelle des prestations hebdomadaires sont devenues payables ou seraient devenues payables, n'eût été l'intégration des prestations en vertu de cette garantie.

**b) Cessation**

Cette garantie à l'égard d'un adhérent cesse de plein droit, le jour avant qu'il n'atteigne l'âge indiqué à cet effet au sommaire.

Le droit aux prestations d'un adhérent totalement invalide cesse, à la première des éventualités suivantes :

1) à la fin de la période maximale de prestations indiqué au sommaire;

2) la date à laquelle son état ne répond plus à la définition d'invalidité totale de la présente garantie;

3) le défaut de fournir à l'assureur les preuves de continuation de l'invalidité jugées satisfaisantes par l'assureur;

4) le refus ou l'omission de se conformer à la clause « Exigences médicales » de la section « Dispositions générales » du présent contrat;

5) la date à laquelle il reprend une occupation rémunératrice, sauf dans les cas où il s'agit d'une activité de réadaptation approuvée par l'assureur;

6) le défaut d'être sous les soins continus d'un médecin ou le défaut de suivre les traitements recommandés ou approuvés par un médecin;

7) le défaut de se soumettre à une activité de réadaptation qui a été recommandée par l'assureur.

**c) Exclusions**

Cette garantie ne s'applique pas si l'invalidité totale résulte, totalement ou partiellement, directement ou indirectement, de l'une quelconque des causes suivantes :

1) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au code criminel;
2) la participation de l'adhérent à un acte criminel ou à une tentative de commettre un acte criminel;
3) une émeute, une insurrection ou une guerre, que la guerre soit déclarée ou non;
4) L'absorption, l'administration ou la respiration volontaire d'émanations de gaz ou de poison.

**d) Limitation**

L'assureur verse les prestations d'invalidité pour toute période d'invalidité causée par une grossesse, un accouchement, une fausse couche ou toute condition qui résulte directement ou indirectement d'une de ces causes en excluant toutefois toute période :

- au cours de laquelle l'employée prend un congé de maternité conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente avec son employeur, ou

- pour laquelle l'employée reçoit ou est admissible à recevoir des prestations de maternité de l'assurance-emploi.

## 4. PRIMES ET PRESTATIONS PAYABLES POUR LES EMPLOYÉS EN CONGÉ

a) Les employés en congé autorisé par l'Université, avec solde, ont droit à la prestation fondée sur le salaire ou la bourse qu'ils recevraient de l'Université, n'eut été leur invalidité, durant la période de congé. La prestation payable à partir de la date prévue du retour de congé est fondée sur le salaire qu'aurait touché la personne devenue invalide au moment du début de son invalidité si elle avait été au travail et non en congé.

b) Les employés en congé autorisé par l'Université, sans solde, ont droit à la prestation fondée sur le total des salaires, y compris bourses, qu'ils recevraient de toute source autre que l'Université, n'eut été leur invalidité, durant la période de congé. La prestation payable à partir de la date prévue du retour de congé est fondée sur le salaire que touchait la personne devenue invalide immédiatement avant le début de son congé.

Le total des revenus attendus pendant le congé doit être indiqué avant le début du congé, avec attestations jugées satisfaisantes par l'assureur.

Les employés qui partent en congé sans solde peuvent choisir à leur discrétion de maintenir ou de discontinuer la couverture de cette garantie à partir de la date du début de leur congé. Cependant, toute discontinuation de cette couverture entraîne automatiquement la discontinuation de la protection d'assurance invalidité de longue durée.

c) La prestation payable pendant la période de congé ne peut jamais excéder la prestation payable à partir de la date prévue du retour.

d) Le travail régulier visé dans la définition de « Totalement invalide » aux fins de cette garantie est celui que remplissait la personne assurée immédiatement avant le début de son congé.

## 5. RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

Des périodes successives d'invalidité sont considérées comme une seule période d'invalidité, sauf si l'employé retourne à son travail et complète au moins 30 jours de travail actif à temps plein avant le début de l'invalidité subséquente ou si l'invalidité subséquente est attribuable à des causes totalement différentes de celles de l'invalidité précédente et débute après que l'employé soit retourné au travail.

## 6. AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

La première prestation est payable dans les 30 jours suivant la réception de la demande accompagnée de toutes les pièces justificatives dans le cas où la demande est acceptée.

La première prestation n'est toutefois jamais payable avant la fin du délai de carence. Les prestations subséquentes sont payables rétroactivement le dernier jour de chaque semaine lorsque l'invalidité totale se poursuit et que l'assureur reçoit toutes les pièces justificatives et que l'adhérent se conforme aux exigences du contrat.

Lorsque l'adhérent n'est totalement invalide que durant une partie d'une semaine, le montant de la prestation quotidienne est égal à 1/7$^{e}$ de la partie assurée du versement hebdomadaire.

## 7. PAIEMENT DE LA PRESTATION

Les prestations d'invalidité s'accumulent à compter de l'expiration du délai de carence indiquée dans le sommaire de cette garantie sans toutefois débuter avant le premier jour où l'employé est traité par un médecin ou un chirurgien.

Les prestations d'invalidité continuent pendant la période d'invalidité, à condition que l'employé

a) soit continuellement sous les soins d'un médecin ou d'un chirurgien, et
b) n'effectue aucun travail moyennant salaire ou profit,

sans toutefois excéder la période maximale indiquée dans le sommaire.

Une journée d'invalidité ne peut donner lieu à plus d'une prestation, que l'employé soit alors invalide par suite d'une ou de plusieurs causes.

Les prestations d'invalidité sont versées hebdomadairement. Dans le cas d'une perte associée à une grossesse, l'assureur peut, à sa discrétion, accélérer le paiement de l'une ou l'autre ou de la totalité des prestations qui pourraient autrement devenir payables pour toute grossesse particulière en vertu de cette garantie.

## 8. APPEL DE LA DÉCISION

L'adhérent qui est en désaccord avec une décision de l'assureur peut en demander une révision dans les 60 jours suivant cette décision en envoyant une demande écrite à l'assureur et en y joignant toute nouvelle pièce justificative.

L'assureur procède alors à une révision et avise l'assuré de sa décision dans les 30 jours de la réception de la demande écrite accompagnée de toute nouvelle pièce justificative.

Aucune demande de révision ne sera prise en considération si elle est reçue plus de douze mois après la décision initiale de l'assureur.

## 9. EXAMEN PHYSIQUE

L'assureur peut, à ses propres frais, exiger que toute personne dont la blessure ou la maladie fait l'objet d'une demande de prestations soit examinée par un médecin désigné par l'assureur aussi souvent qu'il peut être raisonnablement requis pendant qu'une réclamation demeure en suspens en vertu de cette garantie.

## 10. LOI APPLICABLE

Les droits et obligations de toute personne ayant le droit de demander des prestations en vertu de cette garantie sont régis par les lois de la province ou de l'état où cette police a été émise.

## 11. ACTION LÉGALE

Aucune action judiciaire ne peut être intentée en vertu de cette garantie avant l'expiration de 60 jours suivant le dépôt d'une preuve écrite de la perte conformément aux dispositions du contrat.

Aucune poursuite judiciaire ne peut être intentée contre l'assureur par toute personne ou ses ayants droit après l'expiration du délai minimum prévu par les lois de la province ou de l'état régissant le contrat.

## 12. COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Cette garantie ne remplace ni n'affecte d'aucune manière les obligations découlant d'une loi sur les accidents du travail.

## ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

### 1. OBJET DE LA GARANTIE

Pourvu que cette garantie soit en vigueur lorsqu'un adhérent devient totalement invalide à la suite d'une maladie ou d'une blessure, l'assureur lui verse les prestations mensuelles indiquées à cet effet au sommaire, selon la catégorie d'employés à laquelle il appartenait à la date de l'invalidité totale, sous réserve des autres dispositions du contrat.

### 2. DÉFINITIONS

**Aux fins de la présente garantie**

Un **emploi de réadaptation** est toute occupation ou emploi pour un salaire ou profit pour lequel un employé est raisonnablement apte par son éducation, sa formation ou son expérience, pourvu qu'un tel emploi soit accompli durant une période où l'employé assuré est incapable d'accomplir son occupation régulière.

Le **délai de carence** est la période d'attente débutant à la date du début de l'invalidité totale et se terminant à la date précédant le début de la période de prestations et durant laquelle aucune prestation n'est payable. Dans le cas où une invalidité totale débute alors que l'adhérent est en congé de maternité ou parental pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre l'adhérente et l'employeur ou que l'adhérente reçoit des prestations de maternité ou parentales en vertu de la loi sur l'assurance-emploi, le délai de carence débute à la date prévue du retour au travail. La durée du délai de carence applicable, s'il y a lieu, est indiquée au sommaire.

L'**invalidité totale** ou être **totalement invalide** est l'incapacité complète de l'adhérent d'accomplir toutes et chacune des fonctions habituelles de son emploi. Au cours du délai de carence et des 24 mois suivants, cette incapacité doit empêcher l'adhérent d'exercer toutes et chacune des fonctions habituelles de son emploi. Par la suite, cette incapacité doit empêcher l'adhérent d'exercer toutes et chacune des fonctions de tout emploi pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, son expérience et sa formation.

### 3. RÉDUCTION, CESSATION, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

#### a) Réduction

1) Réadaptation

Si un adhérent participe à une activité de réadaptation au cours d'une période d'invalidité totale pour laquelle des prestations lui sont versées ou lui auraient été versées, sans qu'il ne soit tenu compte de l'intégration des prestations en vertu de cette garantie, ces prestations sont réduites d'un montant égal à 50 % de la rémunération net que l'adhérent reçoit pour la même période en raison de sa participation à une activité de réadaptation et ne sont payables que pour la période déterminée ou approuvée par l'assureur.

Si le revenu total des prestations payées ou qui auraient été payables par l'assureur sans qu'il ne soit tenu compte de l'intégration des prestations en vertu de cette garantie et que la rémunération que l'adhérent reçoit de son activité de réadaptation excède 100 % du salaire assuré mensuel de l'adhérent si les prestations sont imposables, ou 100 % du salaire mensuel net si les prestations sont non-imposables, les prestations sont alors réduites de façon à ce que ce pourcentage ne soit pas dépassé.

Le versement des prestations mensuel cesse lorsque le revenu brut mensuel que l'adhérent reçoit de l'activité de réadaptation représente 80 % ou plus du salaire assuré mensuel de l'adhérent.

2) Intégration des prestations

- Directe

  Les prestations mensuelles payables en vertu de cette garantie sont réduites des montants suivants, ajustés sur base mensuelle :

  - les prestations de la rente initiale d'invalidité, excluant les rentes de conjoint survivant et d'enfants du cotisant invalide, en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada qui sont effectivement payées ou qui auraient été payées si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée pour raison médicale;
  - les prestations payables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou d'une loi sur l'assurance-automobile;
  - les prestations payables en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale donnant droit à des indemnités en cas d'invalidité;
  - les prestations payables en vertu d'un régime d'avantages sociaux établi par l'employeur.

  Cependant, le montant de la majoration relié à l'indexation au coût de la vie des prestations provenant d'organismes gouvernementaux ou de l'employeur ne peut réduire le montant des prestations payables en vertu de la présente garantie.

- Indirecte

  De plus, si un adhérent reçoit des revenus qui proviennent :

  - d'un employeur,
  - d'un régime d'assurance collective,
  - d'un régime de retraite de l'employeur, ou
  - d'un organisme gouvernemental,

  et si les prestations mensuelles payables en vertu de cette garantie et la somme des revenus mentionnés au présent paragraphe excèdent :

  - 85 % du salaire mensuel net de l'adhérent lorsque les prestations mensuelles ne sont pas imposables, ou

- 85 % du salaire mensuel brut de l'adhérent lorsque les prestations mensuelles sont imposables,

alors les prestations mensuelles payables en vertu de la présente garantie sont réduites de façon à ce que les pourcentages mentionnés ci-dessus ne soient pas dépassés.

Cependant, le montant de la majoration relié à l'indexation au coût de la vie des prestations provenant d'organismes gouvernementaux ou de l'employeur ne peut réduire le montant des prestations payables en vertu de la présente garantie.

- Si quelque revenu mentionné dans les dispositions ci-dessus portant sur l'intégration directe et indirecte des prestations est versé en une somme globale, et

  i) s'il est précisé pour quelle période il est versé, celui-ci est réputé avoir été payé en versements mensuels égaux sur une période égale au moindre :

     - du nombre de mois d'invalidité pour laquelle la somme globale est versée, ou
     - de 60 mois.

  ii) s'il n'est pas précisé pour quelle période il est versé, celui-ci est réputé avoir été payé en 60 versements mensuels égaux, à compter de la date à laquelle des prestations mensuelles sont devenues payables ou seraient devenues payables, n'eût été l'intégration des prestations en vertu de cette garantie.

**b) Cessation**

Cette garantie à l'égard d'un adhérent cesse, de plein droit, le jour avant qu'il n'atteigne l'âge indiqué à cet effet au sommaire.

Le droit aux prestations d'un adhérent totalement invalide cesse aussi, de plein droit, à la première des éventualités suivantes :

1) la date où il ne répond plus à la définition d'invalidité totale de la présente garantie;

2) la fin de la période maximale de prestations indiquée au sommaire;

3) le jour précédant son décès;

4) L'exercice d'une occupation rémunératrice par l'adhérent, sauf s'il s'agit d'une activité de réadaptation approuvée par l'assureur; toutefois, la perte totale pour l'adhérent de l'usage des deux mains, des deux pieds ou d'une main et d'un pied ou la perte irrémédiable de la vue des deux yeux est réputée constituer une « invalidité totale » aussi longtemps que la perte d'usage ou de la vue subsiste, nonobstant le fait que l'adhérent s'engage dans un travail ou emploi pour gain ou profit;

5) la date à laquelle l'adhérent entre en service militaire excepté s'il s'agit de service d'une durée temporaire de 30 jours ou moins;

6) le défaut d'être sous les soins réguliers d'un médecin spécialiste habilité à traiter sa maladie ou le refus de se soumettre aux traitements recommandés ou approuvés par ce médecin;

7) le défaut de se soumettre à une activité de réadaptation qui a été approuvée par l'assureur;

8) le refus ou l'omission de se conformer à la clause « Exigences médicales » de la section « Dispositions générale » du présent contrat.

**c) Exclusions**

Cette garantie ne s'applique pas si l'invalidité totale résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :

1) d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une fausse couche, sous réserve des dispositions de l'alinéa d) ci-après;

2) du service actif à temps plein dans les forces armées de n'importe quel pays, excepté pour des tâches se rapportant à un service temporaire d'une durée n'excédant pas trente jours;

3) de tout acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, d'une rixe ou d'une émeute;

4) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;

5) d'une envolée ou d'une tentative d'envolée dans un aronef quelconque, sauf si l'employé voyage comme passager régulier payant dans un appareil autorisé à transporter des passagers contre rémunérations en conformité avec les règlements régissant la navigation aérienne;

6) d'une blessure subie ou d'une maladie débutant alors que l'assuré est à l'extérieur du pays de domicile si cette blessure est subie ou si cette maladie débute après que l'assuré soit demeuré à l'extérieur du pays du domicile ou des pays avoisinants pour une période de 12 mois.

**d) Limitation**

L'assureur verse les prestations d'invalidité pour toute période d'invalidité causée par une grossesse, un accouchement, une fausse couche ou toute condition qui résulte directement ou indirectement d'une de ces causes en excluant toutefois toute période :

- au cours de laquelle l'employée prend un congé de maternité conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente avec son employeur, ou

- pour laquelle l'employée reçoit ou est admissible à recevoir des prestations de maternité de l'assurance-emploi.

## 4. PRIMES ET PRESTATIONS PAYABLES POUR LES EMPLOYÉS EN CONGÉ

a) Les employés en congé autorisé par l'Université, avec solde, ont droit à la prestation fondée sur le salaire ou la bourse qu'ils recevraient de l'Université, n'eut été leur invalidité, durant la période de congé. La prestation payable à partir de la date prévue du retour de congé est fondée sur le salaire qu'aurait touché la personne devenue invalide au moment du début de son invalidité si elle avait été au travail et non en congé.

b) Les employés en congé autorisé par l'Université, sans solde, ont droit à la prestation fondée sur le total des salaires, y compris bourses, qu'ils recevraient de toute source autre que l'Université, n'eut été leur invalidité, durant la période de congé. La prestation payable à partir de la date prévue du retour de congé est fondée sur le salaire que touchait la personne devenue invalide immédiatement avant le début de son congé.

Le total des revenus attendus pendant le congé doit être indiqué avant le début du congé, avec attestations jugées satisfaisantes par l'assureur.

Les employés qui partent en congé sans solde peuvent choisir à leur discrétion de maintenir ou de discontinuer la couverture de cette garantie à partir de la date du début de leur congé. Cependant, toute discontinuation de cette couverture entraîne automatiquement la discontinuation de la protection d'assurance invalidité de longue durée.

c) La prestation payable pendant la période de congé ne peut jamais excéder la prestation payable à partir de la date prévue du retour.

d) Le travail régulier visé dans la définition de « Totalement invalide » aux fins de cette garantie est celui que remplissait la personne assurée immédiatement avant le début de son congé.

## 5. RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

Des périodes successives d'invalidité attribuables à la même cause ou à des causes connexes sont considérées comme une même période d'invalidité, à condition qu'un adhérent soit assuré en vertu de la présente garantie durant toute la période comprise entre ces périodes d'invalidité totale. Ces périodes successives d'invalidité totale ne sont toutefois pas considérées comme une même période d'invalidité totale si elles sont séparées par plus de 180 jours de travail à plein temps auprès de l'employeur.

Si des périodes successives d'invalidité débutent au cours du délai de carence, elles ne sont toutefois pas considérées comme une même période d'invalidité totale, à moins qu'elles ne soient pas séparées par plus de 30 jours. Lorsque les périodes successives d'invalidité sont considérées comme une même période d'invalidité, le délai de carence ne s'applique pas de nouveau et les prestations continuent à être versées au même montant pendant le solde de la période maximale de prestations indiquée au sommaire.

Lorsqu'au moins une des périodes successives d'invalidité décrite ci-dessus survient durant le délai de carence, le nombre de journées au cours desquelles un adhérent n'était pas totalement invalide est ajouté au délai de carence initial. Dans ce cas, la durée totale du délai de carence peut donc dépasser la durée indiquée au sommaire.

## 6. CONDITIONS PRÉEXISTANTES

Lorsque l'invalidité totale survient dans les 12 mois à compter de la date à laquelle l'adhérent est devenu assuré sous la présente garantie ou une garantie comparable d'un autre contrat, aucune prestation n'est payable sous la présente garantie si dans les 3 mois précédant son entrée en vigueur ou celle de la garantie comparable, selon le cas, l'adhérent a :

a) consulté un professionnel de la santé,
b) reçu des soins médicaux, ou
c) pris des médicaments prescrits par un médecin,

pour tout symptôme, condition ou maladie, quel que soit le diagnostic, lié à la maladie causant l'invalidité et pour laquelle des prestations sont réclamées sous la présente garantie.

## 7. EXONÉRATION DU PAIEMENT DES PRIMES

L'assureur renonce, à l'égard d'un adhérent totalement invalide, à percevoir toute prime future pour cette garantie au cours de la période pendant laquelle celui-ci a droit à des prestations en vertu de cette garantie.

## 8. AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

En cas de réclamation, le preneur ou l'adhérent doit donner avis par écrit à l'assureur dans les 31 jours suivant l'expiration du délai de carence. L'avis écrit donné à l'assureur avec des renseignements suffisants pour identifier l'adhérent constitue un avis de réclamation en bonne et due forme.

Le preneur ou l'adhérent doit également, dans les 60 jours suivant l'expiration du délai de carence, transmettre à l'assureur tous les renseignements auxquels ce dernier peut raisonnablement s'attendre sur les circonstances et sur l'étendue de la réclamation.

Toutefois, lorsque l'adhérent démontre qu'il lui a été impossible d'agir dans les délais prévus, il n'est pas pour autant empêché de percevoir les prestations si l'avis est transmis à l'assureur dans les 12 mois suivant la date du début de l'invalidité totale.

L'assureur peut exiger des preuves satisfaisantes établissant que l'employé a fait la demande et a fourni toutes les preuves requises.

## 9. PAIEMENT DE LA PRESTATION

Sous réserve de la présentation d'une preuve écrite de la réclamation, les prestations accrues sont payées mensuellement et tout solde impayé à la fin d'une obligation est immédiatement versé sur réception d'une preuve dûment écrite. Les prestations sont payables à l'adhérent, et les prestations accrues mais non payées au décès de l'adhérent, sont versées à sa succession.

Si des prestations quelconques sont payables à la succession de l'adhérent ou à un adhérent qui est mineur ou qui est autrement incapable de donner une quittance valable, l'assureur peut verser une somme n'excédant pas 1 000 $ à toute personne ayant un lien de parenté avec l'adhérent, soit par consanguinité ou par mariage, et qui est jugée par l'assureur comme étant en droit de recevoir le paiement. Tout paiement effectué de bonne foi par l'assureur et conformément à la présente disposition libère l'assureur jusqu'à concurrence de la somme versée.

Lorsque l'adhérent n'est totalement invalide que durant une partie d'un mois, le montant de la prestation quotidienne est égal à 1/30$^{e}$ de la partie assurée du versement mensuel.

## 10. APPEL DE LA DÉCISION

L'adhérent qui est en désaccord avec une décision de l'assureur peut en demander une révision dans les 60 jours suivant cette décision en envoyant une demande écrite à l'assureur et en y joignant toute nouvelle pièce justificative.

L'assureur procède alors à une révision et avise l'assuré de sa décision dans les 30 jours de la réception de la demande écrite accompagnée de toute nouvelle pièce justificative.

Aucune demande de révision ne sera prise en considération si elle est reçue plus de douze mois après la décision initiale de l'assureur.

## 11. AVIS DE RETOUR AU TRAVAIL

Lors du retour au travail de l'adhérent, le preneur avise l'assureur par écrit dans les 31 jours suivant cette date.