

AVENANT

Le présent avenant fait partie intégrante de la police no VS-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 1^{er} février 2022 pour les garanties d'assurance vie, assurance vie facultative et l'assurance vie des personnes à charge.

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

ASSOMPTION COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

Sebastien Dupuis

Président et Chef de la Direction

Sylvie Savoie

Contresigné

le 12 janvier 2022

Date

UNIVERSITÉ DE MONCTON

André Lévesque

Signature

26 janvier 2022

Date

Vice-recteur à l'administration

Titre

et aux ressources humaines

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
002 – Campus de Shippagan
003 – Campus d'Edmundston

EMPLOYEUR : Université de Moncton

GARANTIES : Assurance vie
Assurance vie facultative
Assurance vie des personnes à charge

DATE DE PRISE D'EFFET : le 1^{er} février 2022

DATE DU RENOUVELLEMENT : le 1^{er} juin 2022

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


Président et Chef de la Direction


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

ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT

1.	Objet de la garantie	22
2.	Définition	22
3.	Réduction et cessation	22
4.	Exonération du paiement des primes en cas d'invalidité totale.....	22
5.	Droit de conversion.....	24
6.	Bénéfice au décès durant la période de conversion	25
7.	Bénéficiaire	25
8.	Avis et preuve de réclamation	26
9.	Paiement de la prestation.....	26
10.	Appel de la décision.....	26

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT

1.	Objet et montant de la garantie.....	27
2.	Admissibilité.....	27
3.	Entrée en vigueur	27
4.	Cessation.....	27
5.	Exclusion suicide.....	27
6.	Droit de conversion.....	27
7.	Modification de la somme assurée	28
8.	Primes	28
9.	Modification de la prime	28
10.	Exonération de la prime	28
11.	Avis et preuve de réclamation	28
12.	Paiement de la prestation.....	28
13.	Appel de la décision.....	29

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

1.	Objet de la garantie	30
2.	Cessation	30
3.	Prolongation.....	30
4.	Exonération du paiement des primes en cas d'invalidité totale.....	30
5.	Bénéficiaires	30
6.	Avis et preuve de réclamation	31
7.	Paiement de la prestation.....	31
8.	Appel de la décision.....	31
9.	Droit de conversion.....	31

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 <u>Employés du Campus de Moncton</u>
	02 <u>Employés du Campus de Shippagan</u>
	03 <u>Employés du Campus d'Edmundston</u>

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 confirmé 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 VIE DE L'ADHÉRENT

Classes d'employés	01, 02 et 03
Montant d'assurance	4 fois le salaire annuel
Montant maximal d'assurance	165 000 \$

Employés en congé

Congés sans solde : Pour l'employé en congé sans solde, le montant d'assurance vie est basé sur le salaire précédant son départ. La prime est payée entièrement par l'employé.

Congés avec solde : Pour l'employé en sabbatique, en congé avec bourse ou autre congé avec solde, le montant d'assurance vie est basé sur le plein traitement que l'employé toucherait, conformément à l'échelle des salaires alors en vigueur, s'il était en fonction à l'Université. La prime est payée à raison de 50 % par l'employeur et de 50 % par l'employé en congé.

Employés à la pré-retraite

Bénéfice d'assurance vie pour les **employés à la pré-retraite** : le montant d'assurance vie assuré à la date de la pré-retraite sera basé sur le salaire auquel il aurait droit au moment du décès. Le volume d'assurance vie et la prime seront diminués en fonction du salaire basé sur la réduction de la charge.

Bénéfice d'assurance vie pour le **personnel à la retraite** : Une protection de 4 000 \$ est disponible par une police d'assurance vie entière à prime unique non-encaissable émise lors de la retraite.

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) au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent si l'adhérent est retiré;
- c) à la date de cessation de l'assurance.

Tous les montants d'assurance vie sont arrondis au multiple de 1 000 \$ suivant, à moins qu'ils ne soient déjà un multiple de 1 000 \$.

2. ASSURANCE VIE FACULTATIVE

Classes d'employés	<u>01, 02 et 03</u>
Montant maximum d'assurance	<u>250 000 \$</u>
Une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur est nécessaire pour les montants qui excèdent	<u>0 \$</u>

Le montant d'assurance vie additionnel ne peut être supérieur à 250 000 \$ ou inférieur à 10 000 \$.

Cette garantie à l'égard d'un adhérent cesse à 24 heures, à la première des dates suivantes :

- a) la date de cessation de l'assurance,
- b) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cet adhérent,
- c) le 31^e jour qui suit la date où l'adhérent cesse d'être un employé,
- d) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 70 ans, si activement au travail.

Tous les montants d'assurance vie sont arrondis au multiple de 1 000 \$ suivant, à moins qu'ils ne soient déjà un multiple de 1 000 \$.

3. ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Classes d'employés	<u>01, 02 et 03</u>
Montant d'assurance:	
Conjoint	<u>10 000 \$</u>
Enfants	<u>5 000 \$</u>

Si deux conjoints sont admissibles au régime d'assurance vie, à titre d'employés, tous deux auront le bénéfice de personnes à charge.

L'effet de 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) au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent si l'adhérent est retiré;
- c) à la date de cessation de l'assurance.

Tous les montants d'assurance vie sont arrondis au multiple de 100 \$ suivant, à moins qu'ils ne soient déjà un multiple de 1 000 \$

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 plus de six mois 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 **totaletement 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 à charge** de l'adhérent est :

- a) son conjoint, c'est-à-dire la seule personne de sexe opposé ou de même sexe considérée comme son conjoint :
 - 1) soit par le fait d'un mariage non dissout par le divorce ou l'annulation du mariage, ou par la cessation de la cohabitation permanente avec l'adhérent depuis plus d'un an;
 - 2) soit par le fait qu'elle réside en permanence depuis plus d'un an avec l'adhérent, ce dernier la présentant publiquement comme étant son conjoint;
 - 3) soit par le fait qu'elle cohabite avec l'adhérent dans une relation conjugale de façon continue et qu'ils ont un enfant ensemble

Lorsqu'un adhérent a plus d'un conjoint au sens du présent contrat, la personne à qui l'adhérent est marié est réputée être son conjoint aux fins du présent contrat, à moins qu'il n'ait demandé par écrit que son conjoint de fait fasse objet de l'assurance. Un seul conjoint est reconnu aux fins du présent contrat.

- b) un enfant célibataire, légitime, naturel ou adoptif de l'adhérent, de son conjoint (au sens de l'alinéa a)) ou des deux, qui dépend de l'adhérent pour son soutien et qui :
 - 1) est âgé de plus de 24 heures et de moins de 21 ans;
 - 2) est âgé de 21 ans ou plus mais de moins de 26 ans s'il étudie régulièrement de jour, à temps plein, dans une institution d'enseignement reconnue; ou
 - 3) quel que soit son âge, est atteint d'une invalidité physique ou mentale résultant d'un accident ou d'une maladie et nécessitant des soins médicaux réguliers. L'invalidité doit avoir débuté alors qu'il était une personne à charge, comme défini précédemment, rendant cette personne totalement incapable d'exercer une occupation rémunératrice.

La **personne assurée**, laquelle doit être domiciliée au Canada, est l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge assurées.

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 temps plein. 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 temps plein.

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.

b) **Personnes à charge**

Les personnes à charge d'un employé deviennent admissibles à l'assurance à la plus éloignée des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'employé dont elles sont à charge devient admissible à l'assurance;
- 2) la date à laquelle elles répondent à la définition d'une personne à charge en vertu de ce contrat; où
- 3) la date à laquelle elles satisfont les exigences médicales dans le cas d'une adhésion tardive.

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.

b) **Personnes à charge**

Si un employé désire assurer ses personnes à charge en vertu de ce contrat, il doit remplir et transmettre à l'assureur une demande d'adhésion à cet effet.

Si la personne à charge est âgée de 21 ans et plus et étudie régulièrement de jour, à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue, des pièces justificatives à cet effet doivent être transmises annuellement à l'assureur ou à toute autre fréquence, sur demande de l'assureur.

7. PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

L'assurance d'un employé et/ou de toute personne à charge 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. Dans le cas d'une personne à charge qui, à la plus éloignée de ces dates, est hospitalisée ou confinée à la maison ou ailleurs par suite d'une maladie ou d'une blessure, est incapable d'exercer une partie substantielle des activités régulières et coutumières d'une personne en bonne santé du même âge, ou a été hospitalisée dans les trente et un jours précédant cette date, l'assurance ne prend effet qu'à la première des dates suivantes :

- 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.

Lorsqu'un employé a déjà une personne à charge assurée en vertu de cette police, il ne lui est pas nécessaire de faire une demande pour assurer d'autres personnes à charge.

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 et, le cas échéant, de ses personnes à charge, 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) un décès assuré survenant avant la cessation de la garantie;
- b) un décès qui survient alors que l'adhérent reçoit des prestations en vertu d'une des garanties d'invalidité de ce contrat et qu'il est exonéré de ses primes pour l'assurance vie;
- c) un décès ou une mutilation accidentelle survenu avant la cessation de la garantie; ou
- d) 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 récurrence 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 charge réduite 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. RENOUELEMENT

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 fournit 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. BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire de l'adhérent est la personne ou les personnes désignées par écrit par l'adhérent et inscrites dans les dossiers de l'assureur.

Si aucune désignation de bénéficiaire n'est en vigueur lors du décès de l'adhérent ou si aucun des bénéficiaires désignés n'est alors vivant, l'assureur peut, à sa discrétion, payer la prestation d'assurance à la succession de l'adhérent ou à l'une ou à plusieurs des personnes apparentées suivantes, si elles sont alors vivantes : le conjoint, l'enfant ou les enfants, la mère, le père, les frères ou les sœurs.

Si le bénéficiaire est d'âge mineur ou est incapable de donner une quittance valable, l'assureur peut, à sa discrétion et aussi longtemps qu'aucune réclamation n'a été faite par un tuteur ou fiduciaire dûment nommé pour agir au nom de ce bénéficiaire, verser à ce bénéficiaire, à toute personne parente par consanguinité avec l'adhérent ou parente par mariage avec le bénéficiaire, ou à toute autre personne ou institution lui apparaissant avoir assumé la garde ou le soutien principal du bénéficiaire, au seul bénéfice du bénéficiaire, une prestation d'assurance n'excédant pas la somme mensuelle que l'assureur pourra déterminer. L'assureur sera alors réputé s'être acquitté de ses obligations en vertu de la présente disposition.

31. CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

Des changements dans la désignation de bénéficiaire peuvent être effectués par l'adhérent en donnant un avis écrit au preneur; la nouvelle désignation ne prend toutefois effet qu'au moment où elle est enregistrée dans les dossiers de l'assureur. Lorsque le changement de bénéficiaire est ainsi enregistré, il est rétroactif à la date de signature de l'avis, que l'adhérent soit vivant ou non lorsque la nouvelle désignation est enregistrée dans les dossiers de l'assureur, sans toutefois causer de préjudice à l'assureur pour tout paiement effectué ou pour toute action prise par l'assureur avant l'enregistrement du changement.

32. OPTIONS DE RÈGLEMENT

Tout montant d'assurance payable en vertu de ce contrat par suite du décès de l'adhérent est payé soit en une somme forfaitaire soit en conformité avec les dispositions d'une option de règlement acceptée et reconnue par l'assureur.

L'adhérent peut choisir une option de règlement alors qu'il est assuré et il peut la modifier ou la révoquer en tout temps.

Si aucune option de règlement choisie par l'adhérent n'est en vigueur au moment du décès, le bénéficiaire peut choisir une option de règlement après le décès de l'adhérent, à condition que l'option soit acceptée et reconnue par l'assureur.

Il n'y a aucune option de règlement à l'égard de tout montant d'assurance payable à un exécuteur, un administrateur, un fiduciaire, une corporation, un partenaire ou une association.

Le taux d'intérêt applicable aux paiements effectués en vertu d'une option de règlement est le taux établi par l'assureur pour l'année du décès de l'adhérent, sans toutefois être inférieur à 3 % par année.

33. DOSSIERS D'ASSURANCE

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

34. 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 VIE DE L'ADHÉRENT

1. OBJET DE LA GARANTIE

Pourvu que cette garantie soit en vigueur le jour du décès d'un adhérent, l'assureur paie au bénéficiaire le montant d'assurance pour lequel l'adhérent était assuré au moment de son décès. Le montant d'assurance est déterminé à partir du sommaire, selon la catégorie d'employés à laquelle appartient l'adhérent au moment du décès.

2. DÉFINITION

Aux fins de la présente garantie

L'**invalidité totale** ou être **totaletement 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 ET CESSATION

Cette garantie à l'égard d'un adhérent cesse, de plein droit, lorsqu'il atteint l'âge indiqué à cet effet au sommaire.

4. EXONÉRATION DU PAIEMENT DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

L'assureur renonce au paiement des primes pour l'assurance vie d'un employé et maintient cette assurance en vigueur sur réception à son siège social de preuves établissant que l'employé, alors qu'il était assuré en vertu de cette garantie et avant qu'il atteigne l'âge de 65 ans, est devenu totalement invalide par suite de blessures ou de maladie de telles sorte qu'il est incapable d'accomplir un travail quelconque moyennant un salaire ou un profit et est incapable d'exercer une occupation quelconque.

La preuve requise peut être fournie alors que l'employé est assuré ou, au plus tard, dans les 12 mois qui suivent la dernière date pour laquelle la prime pour l'assurance vie de l'employé fut payée.

La période initiale pour laquelle une prime est supprimée débute à la date à laquelle la preuve requise est reçue par l'assureur et continue aussi longtemps que l'employé demeure totalement invalide, pour une période maximale de douze mois à compter de la date de réception de la preuve requise. La prime est supprimée pour des périodes successives de douze mois chacune, aussi longtemps que l'employé demeure totalement invalide, si une preuve requise démontrant que son invalidité est totale et permanente est reçue par l'assureur à son siège social durant les trois derniers mois de la période de douze mois immédiatement précédente.

L'assureur peut exiger une preuve démontrant la continuation de l'invalidité totale de l'employé de temps en temps durant les deux premières années suivant la réception de la preuve requise. Par la suite, des preuves ne seront pas exigées plus d'une fois par année. L'employé peut être invité à se faire examiner par un médecin désigné et payé par l'assureur.

Le montant d'assurance vie pour lequel une prime est supprimée en vertu de cette garantie est le montant qui était en vigueur sur la vie de l'employé à la date à laquelle il est devenu totalement invalide, ou, si cette garantie s'applique à un montant inférieur au total de son assurance procurée en vertu de ce contrat, le montant est alors celui auquel cette garantie s'applique à cette date. Le montant d'assurance vie de l'employé pour lequel une prime est supprimée est réduit si le montant d'assurance aurait été réduit en vertu de l'assurance applicable s'il avait été assuré en vertu de cette garantie mais non totalement invalide.

Si l'employé décède dans l'année qui suit la dernière date pour laquelle une prime fut payée pour son assurance en vertu de cette garantie mais avant qu'une preuve de son invalidité totale ait été fournie à l'assureur, le montant d'assurance vie pour lequel une prime fut payée la dernière fois sera payée par l'assureur à son bénéficiaire, si une preuve établissant que l'employé est décédé et que son invalidité a été totale à compter de la date de cessation du paiement des primes jusqu'à la date de son décès est reçue par l'assureur à son siège social dans les 12 mois suivant son décès.

Si l'employé cesse d'être totalement invalide, ou s'il néglige de soumettre une preuve de la continuation de son invalidité totale lorsqu'une telle preuve est requise, ou s'il néglige d'être examiné par un médecin lorsque requis, aucun paiement additionnel ne sera fait à son égard en vertu de cette garantie relativement à cette invalidité. Si l'employé ne retourne pas au travail actif dans une classe d'employés admissible à l'assurance vie prévue par ce contrat, il peut, dans les trente et un jours suivant la date à laquelle les bénéfices prévus par cette garantie ont pris fin, convertir l'assurance vie visée par cette garantie en conformité avec la disposition intitulée «Droit de conversion» comme si son assurance avait pris fin à cette date par suite de la cessation de son emploi.

Si un bénéfice est payable en vertu de la disposition intitulée «Bénéfice au décès durant la période de conversion», par suite du décès de l'employé, le montant, s'il y a lieu, payable en vertu de cette disposition est réduit du montant de ce bénéfice.

Si une police individuelle a été émise sur la vie de l'employé en vertu du «Droit de conversion», aucun paiement ne sera effectué en vertu de cette disposition si la police individuelle n'est pas remise à l'assureur sans paiement d'aucune réclamation sur cette police, sauf le remboursement de toute prime payée à cet égard. La désignation d'un bénéficiaire en vertu d'une telle police individuelle, ou la désignation faite à cet égard dans la demande d'assurance individuelle (si la police individuelle n'était pas entrée en vigueur), si elle diffère de la désignation de bénéficiaire faite en vertu de ce contrat, constitue, nonobstant toute disposition contraire du contrat, un changement de bénéficiaire en vertu de ce contrat.

La terminaison de ce contrat n'a aucun effet sur les droits de tout employé bénéficiant de cette garantie par suite d'une invalidité totale survenant avant la terminaison du contrat. Les bénéfices prévus dans cette garantie après la date de terminaison du contrat n'ont aucun effet sur la terminaison et n'ont pas pour effet de maintenir le contrat en vigueur après cette date.

5. DROIT DE CONVERSION

Lorsque la présente garantie cesse avant que l'adhérent n'ait atteint l'âge de 70 ans, l'adhérent peut, dans les 31 jours suivant l'événement ayant amené la cessation de la présente garantie, convertir en assurance individuelle la présente garantie, en totalité ou en partie, à l'exception de l'exonération des primes en cas d'invalidité totale, et ce, sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité.

Le droit de conversion n'est toutefois pas disponible à un adhérent dans les cas où la réduction ou terminaison de la présente garantie résulte de la retraite de l'adhérent ou d'une réduction ou terminaison de la présente garantie à l'âge indiqué à cet effet au sommaire.

Le montant d'assurance ainsi transformable, incluant l'assurance vie facultative, est égal au moindre des montants suivants :

- a) le montant d'assurance en vigueur sur la vie de l'adhérent en vertu de la présente garantie, et ce, tel qu'indiqué au sommaire;
- b) 200 000 \$; ou
- c) le montant actuel de couverture d'assurance en vigueur sur la vie de l'adhérent en vertu de la présente garantie moins le montant d'assurance vie prévu dans un autre contrat d'assurance collective auquel l'adhérent est devenu admissible au moment d'exercer son droit de conversion.

Ce montant sera toutefois réduit par le montant de toute autre assurance vie individuelle de l'adhérent chez l'assureur et qui a été émise précédemment en conformité avec le droit de conversion de la présente garantie ou en conformité avec toute clause correspondante d'un autre contrat d'assurance collective émis par l'assureur.

Le contrat d'assurance choisi par l'adhérent lorsqu'il exerce son droit de conversion est soumis aux conditions et restrictions suivantes :

- a) l'adhérent peut opter pour convertir sa couverture d'assurance vie sous le présent contrat en une des assurances vie individuelles offertes à ce moment par l'assureur pour le droit de conversion;
- b) l'adhérent doit présenter une demande de conversion par écrit à l'assureur et payer la première prime complète de l'assurance dans les trente et un (31) jours suivant la fin de la présente garantie;
- c) le montant de la prime sera basé sur les taux applicables de l'assureur à la date de souscription du contrat d'assurance vie individuelle;
- d) dans le cas où l'adhérent choisirait de convertir à une assurance vie individuelle pour laquelle il existe des taux fumeurs et non-fumeurs, l'adhérent doit fournir les preuves jugées nécessaires par l'assureur qu'il est non-fumeur, sans quoi il devra payer les primes aux taux fumeurs;
- e) le contrat d'assurance individuelle à laquelle l'adhérent convertit ne pourra entrer en vigueur que 31 jours après la terminaison de la présente garantie;

- f) les primes d'un contrat d'assurance vie individuelle découlant d'une conversion sont établies selon l'âge atteint à la date de la conversion, conformément au tarif prévu pour les risques normaux et applicables au moment de la conversion. Si l'adhérent était assujéti à une surprime avant la conversion de son assurance collective, l'assureur peut appliquer une majoration de prime analogue pour son assurance individuelle découlant de la conversion; et
- g) le contrat d'assurance individuelle auquel convertit l'adhérent ne pourra pas faire l'objet d'une nouvelle conversion, et ce, malgré toute disposition au contraire dans le contrat d'assurance-vie individuelle.

6. BÉNÉFICE AU DÉCÈS DURANT LA PÉRIODE DE CONVERSION

Sur réception, à son siège social, des preuves requises établissant que le décès de l'employé est survenu durant la période de 31 jours pendant laquelle celui-ci **aurait** pu présenter une demande pour une police d'assurance vie individuelle en vertu du « Droit de conversion », l'assureur paie au bénéficiaire, comme bénéfice au décès, le montant maximum pour lequel une police individuelle aurait pu être émise sur la vie de l'employé en vertu de cette disposition, que l'employé ait présenté une demande pour une police individuelle ou non.

Si l'employé a présenté une demande pour une police individuelle, la désignation de bénéficiaire faite dans cette demande, si elle est différente de celle faite en vertu du contrat, constitue, nonobstant toute disposition contraire du contrat, un changement de bénéficiaire en vertu du contrat, le bénéficiaire désigné dans cette demande d'assurance ayant alors préséance.

7. BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire de l'employé est la personne ou les personnes désignées par écrit par l'employé et inscrites dans les dossiers de l'assureur.

Si aucune désignation de bénéficiaire n'est en vigueur lors du décès de l'employé ou si aucun des bénéficiaires désignés n'est alors vivant, l'assureur peut, à sa discrétion, payer la prestation d'assurance à la succession de l'employé ou à l'une ou à plusieurs des personnes apparentées suivantes, si elles sont alors vivantes : le conjoint, l'enfant ou les enfants, la mère, le père, les frères ou les sœurs.

Si le bénéficiaire est d'âge mineur ou est incapable de donner une quittance valable, l'assureur peut, à sa discrétion et aussi longtemps qu'aucune réclamation n'a été faite par un tuteur ou fiduciaire dûment nommé pour agir au nom de ce bénéficiaire, verser à ce bénéficiaire, à toute personne parente par consanguinité avec l'employé ou parente par mariage avec le bénéficiaire, ou à toute autre personne ou institution lui apparaissant avoir pris en charge la garde ou le soutien principal du bénéficiaire, au seul bénéfice du bénéficiaire, une prestation d'assurance n'excédant pas la somme mensuelle que l'assureur pourra déterminer. L'assureur sera alors réputé s'être acquitté de ses obligations en vertu de la présente disposition.

8. AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

En cas de réclamation, le preneur ou le bénéficiaire doit donner un avis écrit à l'assureur dans les 30 jours suivant le décès de l'adhérent.

Le preneur ou le bénéficiaire doit également, dans les 90 jours suivant le décès, 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 le preneur ou le bénéficiaire démontre qu'il lui a été impossible d'agir dans les délais prévus, il n'est pas pour autant préclus de percevoir les prestations si l'avis est transmis à l'assureur dans les 12 mois suivant la date du décès de l'adhérent.

9. PAIEMENT DE LA PRESTATION

La 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.

10. APPEL DE LA DÉCISION

Le bénéficiaire 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 à une révision et avise le bénéficiaire 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

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT

1. OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

Pourvu que cette garantie soit en vigueur au décès d'un adhérent, l'assureur paie au bénéficiaire le montant d'assurance facultative pour lequel l'adhérent était assuré au moment de son décès. Le montant d'assurance est déterminé à partir du sommaire selon la catégorie d'employés à laquelle appartient l'adhérent au moment du décès.

2. ADMISSIBILITÉ

Tout employé est admissible à l'assurance vie facultative à la date à laquelle il est admis à l'assurance en vertu du contrat ou en tout temps par la suite.

Afin d'être admissible à la garantie d'assurance vie facultative, l'adhérent doit remplir une demande d'adhésion et fournir à l'assureur les preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

3. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente garantie ne peut prendre effet pour un adhérent avant l'acceptation par l'assureur de toutes les preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. Lorsque l'assureur accepte la demande d'assurance vie facultative d'un adhérent suite à la réception des preuves d'assurabilité, la date d'entrée en vigueur de la présente garantie est réputée être la date à laquelle le dernier élément des preuves d'assurabilité requises est reçu chez l'assureur.

4. CESSATION

Cette garantie à l'égard d'un adhérent cesse, de plein droit, lorsqu'il atteint l'âge indiqué à cet effet au sommaire.

5. EXCLUSION SUICIDE

Si, dans les deux années qui suivent la date de l'entrée en vigueur de la présente garantie pour un adhérent, cet adhérent se suicide, aucune somme ne sera versée en vertu de la présente garantie, les primes payées seront toutefois remboursées.

6. DROIT DE CONVERSION

L'adhérent pour qui la présente garantie prend fin avant l'âge de 65 ans peut convertir son assurance vie facultative selon les mêmes conditions et modalités que celles prévues sous la garantie d'assurance vie de l'adhérent.

7. MODIFICATION DE LA SOMME ASSURÉE

Un adhérent peut présenter une demande par écrit à l'assureur afin de modifier le montant de l'assurance vie facultative.

Toute diminution du montant de l'assurance vie facultative entre en vigueur le premier jour du mois qui suit la date de la demande.

Toute augmentation du montant de l'assurance vie facultative entre en vigueur à la date de l'acceptation des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

8. PRIMES

La prime mensuelle de la présente garantie est égale à la somme des primes des adhérents.

9. MODIFICATION DE LA PRIME

Tout changement dans le taux de prime d'un adhérent par suite d'un changement d'âge prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la date d'anniversaire de naissance de l'adhérent.

L'assureur peut modifier les taux de prime dans les mêmes conditions que ceux de la police de base.

10. EXONÉRATION DE LA PRIME

Les primes pour l'assurance vie facultative sont exonérées dans les mêmes conditions que celles de l'assurance vie en vertu de la police de base.

11. AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

En cas de décès de l'adhérent, le preneur ou le bénéficiaire doit donner un avis écrit à l'assureur dans les 30 jours suivant le décès de l'adhérent.

Le preneur ou le bénéficiaire doit également, dans les 90 jours suivant le décès, 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 le preneur ou le bénéficiaire démontre qu'il lui a été impossible d'agir dans les délais prévus, il n'est pas pour autant préclus de percevoir les prestations si l'avis est transmis à l'assureur dans les 12 mois suivant la date du décès de l'adhérent.

12. PAIEMENT DE LA PRESTATION

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

13. APPEL DE LA DÉCISION

Le bénéficiaire 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 à une révision et avise le bénéficiaire 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 12 mois après la décision initiale de l'assureur.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

1. OBJET DE LA GARANTIE

Pourvu que cette garantie soit en vigueur au décès d'une personne à charge, l'assureur paie à l'adhérent le montant d'assurance pour lequel la personne à charge était assurée au moment de son décès. Le montant d'assurance est déterminé à partir du sommaire, selon la catégorie d'employés à laquelle appartient l'adhérent au moment du décès d'une personne à charge.

2. CESSATION

Cette garantie à l'égard des personnes à charge assurées cesse, de plein droit, lorsque l'adhérent atteint l'âge indiqué à cet effet au sommaire ou que la personne à charge cesse d'être une personne à charge.

3. PROLONGATION

Dans des conditions qui donnent à l'adhérent le droit de convertir sa propre assurance vie en une police individuelle, l'assureur paie au bénéficiaire, comme bénéfice au décès, le montant d'assurance qui était en vigueur en vertu de cette garantie sur la vie de la personne à charge à la date de cessation de son assurance, sur réception à son siège social de preuves établissant que le décès de la personne à charge est survenu dans les 31 jours suivant la date de cessation de l'assurance.

4. EXONÉRATION DU PAIEMENT DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

Si un adhérent devient totalement invalide et bénéficie alors de l'exonération des primes à l'égard de son assurance vie, l'assureur renonce aussi au paiement des primes pour l'assurance vie des personnes à charge de cet adhérent en vertu de cette garantie.

5. BÉNÉFICIAIRES

Le bénéficiaire pour l'assurance prévue par cette garantie pour les personnes à charge est la personne ou les personnes que l'adhérent a désignées par écrit et qui sont enregistrées dans les dossiers d'assurance. Si aucune désignation de bénéficiaire n'est en vigueur, l'adhérent est alors le bénéficiaire pour toute l'assurance prévue par cette garantie pour les personnes à charge, et l'assurance qui devient payable à la suite du décès d'une personne à charge est payable à l'adhérent s'il survit à la personne à charge ou, s'il est décédé, à la succession de l'adhérent. Dans ce dernier cas, l'assureur peut, à sa discrétion, payer le montant d'assurance payable à l'une ou plusieurs des personnes suivantes qui survivent à la personne à charge et qui ont un lien de parenté avec celle-ci : un enfant ou les enfants, la mère, le père, les sœurs, les frères.

6. AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

En cas de réclamation, le preneur ou l'adhérent doit donner un avis écrit à l'assureur dans les 30 jours suivant le décès de la personne à charge.

Le preneur ou l'adhérent doit également, dans les 90 jours suivant le décès, 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 préclus de percevoir les prestations si l'avis et les preuves suffisantes sont transmis à l'assureur dans les 12 mois suivant la date du décès.

7. PAIEMENT DE LA PRESTATION

La 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.

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'adhérent 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. DROIT DE CONVERSION

Le conjoint dont la garantie d'assurance vie est annulée en raison du décès de l'adhérent ou de la cessation de l'assurance peut obtenir de l'assureur une police d'assurance vie individuelle sans garantie accessoire offerte par l'assureur pour les personnes exerçant un droit de conversion, et ce, sans preuve d'assurabilité dans les 31 jours suivant la cessation de l'assurance vie de l'adhérent.

Le montant d'assurance ainsi transformable est égal au moindre des montants suivants :

- a) le montant d'assurance en vigueur sur la vie du conjoint en vertu de la présente garantie, et ce, tel qu'indiqué au sommaire;
- b) la somme de 20 000 \$;

Le montant de la prime sera basé sur les taux applicables de l'assureur à la date de souscription du contrat d'assurance vie individuelle.

Dans le cas où l'adhérent choisirait de convertir à une assurance vie individuelle pour laquelle il existe des taux fumeurs et non-fumeurs, l'adhérent doit fournir les preuves jugées nécessaires par l'assureur qu'il est non-fumeur, sans quoi il devra payer les primes aux taux fumeurs.

Les primes d'un contrat d'assurance vie individuelle découlant d'une conversion sont établies selon l'âge atteint à la date de la conversion, conformément au tarif prévu pour les risques normaux et applicables au moment de la conversion. Si l'adhérent était assujetti à une surprime avant la conversion de son assurance collective, l'assureur peut appliquer une majoration de prime analogue pour son assurance individuelle découlant de la conversion.

Le contrat d'assurance individuelle auquel convertit l'adhérent ne pourra pas faire l'objet d'une nouvelle conversion, et ce, malgré toute disposition contraire dans le contrat d'assurance vie individuelle.

La proposition d'assurance écrite et la première prime relative à cette assurance individuelle doivent être reçues chez l'assureur dans les 31 jours suivant la date de l'annulation de la couverture sous la présente garantie.

La date de prise d'effet du contrat d'assurance vie individuelle est fixée au jour suivant la date d'expiration du délai de conversion.