

DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE
SIÈGE SOCIAL : LÉVIS (QUÉBEC)

(ci-après appelée l'assureur)

conformément aux dispositions de cette police
émise à la demande de

SYNDICAT DES PROFESSEURS ET PROFESSEURES
DE L'UNIVERSITÉ LAVAL (SPUL)

(ci-après appelée le Preneur)

assure les employés qui y sont désignés (ci-après appelés les adhérents) et leurs personnes à charge.

ENTRÉE EN VIGUEUR - La police entre en vigueur à 0 h 0 min 1 s, le premier jour de juin 2002.

ANNÉES ET MOIS D'ASSURANCE - La période s'étendant de la date d'entrée en vigueur de la police jusqu'à la date du premier renouvellement est considérée comme la première année d'assurance; les années subséquentes d'assurance comptent 12 mois consécutifs.

DATE DU PREMIER RENOUVELLEMENT - 1^{er} décembre 2003.

Les dispositions contenues dans les pages suivantes ou ajoutées par avenant par l'assureur ont la même valeur que si elles apparaissaient au-dessus de la signature des représentants autorisés de l'assureur.



1. DÉFINITIONS –

Dans cette police, on entend par :

- 1) **Accident** : toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant, directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure.
- 2) **Adhérent** : employé qui a adhéré au régime en vertu des conditions d'admissibilité.
- 3) **Administrateur du régime** : Comité de gestion des assurances collectives (CGAC).
- 4) **Âge** : âge au dernier anniversaire de la personne assurée.
- 5) **Assureur** : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
- 6) **Ceinture de sécurité** : les sangles qui font partie d'un dispositif de protection des occupants.
- 7) **Contrat antérieur** : tout contrat d'assurance collective en vigueur immédiatement avant l'entrée en vigueur de ce contrat et couvrant certains adhérents.
- 8) **Date normale de la retraite** : le jour qui coïncide avec le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent.
- 9) **Employé** : une personne dont le régime normal d'emploi est d'au moins 50 % et qui appartient à l'une ou l'autre des catégories suivantes :
 - a) un professeur ou une professeure au service de l'employeur dont les conditions de travail sont régies par les conventions collectives et les protocoles intervenus entre l'employeur et
 - le Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval;
 - l'Association des dentistes cliniciens enseignants de la Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval;
 - l'Association des médecins cliniciens enseignants de l'Université Laval;



- b) un ou une responsable de formation pratique ou un ou une chargée d'enseignement au service de l'employeur dont les conditions de travail sont régies par une convention collective du Syndicat des responsables de formation pratique de l'Université Laval;
 - c) les maîtres de français langue seconde de l'Université Laval intégrés à titre de chargés d'enseignement au Syndicat des chargées et chargés de cours tel qu'entendu dans la lettre d'entente entre le Syndicat des chargées et chargés de cours de l'Université Laval, le Syndicat des maîtres de français langue seconde de l'Université Laval et l'Université Laval signée à Québec le 20 février 2009;
 - d) un administrateur ou une administratrice, au sens de l'article 55 des Statuts de l'Université Laval, un adjoint ou une adjointe au recteur ou à la rectrice ou à un vice-recteur ou à une vice-rectrice ou un directeur adjoint ou une directrice adjointe à la Direction générale de la formation continue et qui avait le statut de professeur ou de professeure au sens de l'article 23 des Statuts de l'Université Laval au moment de sa nomination;
 - e) un employé régulier ou une employée régulière d'un syndicat ou d'une association de professeurs et professeures de l'Université Laval.
- 10) **Employeur** : Université Laval ou le Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval (SPUL).
- 11) **En fonction** : état d'un employé qui remplit ses fonctions pour l'employeur et reçoit un traitement annuel.
- 12) **Grossesse** : la grossesse elle-même, l'accouchement, l'avortement ou fausse-couche ainsi que les complications qui peuvent en résulter.
- 13) **Hémiplégie** : la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieur et inférieur d'un même côté du corps.
- 14) **Invalidité** : état ou condition résultant d'un accident ou d'une maladie et nécessitant des soins médicaux.
- 15) **Invalidité totale** : état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un avortement thérapeutique qui, pendant les 30 premiers mois d'invalidité, empêche régulièrement l'adhérent de vaquer aux fonctions usuelles de son emploi. Par la suite, cet état doit empêcher l'adhérent d'exercer toute occupation rémunératrice à laquelle il est raisonnablement apte en vertu de son éducation, de sa formation et de son expérience. L'adhérent peut être appelé à fournir, sur demande de l'assureur, la preuve de son invalidité totale et de la continuation de son invalidité totale.



- 16) **Maladie** : toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Aux fins de la présente police, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.
- 17) **Médecin** : personne légalement autorisée à pratiquer la médecine dans la région où les soins médicaux sont donnés.
- 18) **Même période d'invalidité totale** : toute période continue d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie ou d'un même accident séparées par une période de moins de 180 jours pendant lesquels l'adhérent n'a pas été totalement invalide. Toute invalidité totale qui résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale précédente est considérée comme une nouvelle période d'invalidité totale.
- 19) **Non-fumeur** : personne qui n'a pas fait usage de tabac sous une forme quelconque au cours des 12 mois qui ont immédiatement précédé le moment de la déclaration signée.
- 20) **Paraplégie** : la paralysie totale, irrémédiable et permanente des deux membres inférieurs.
- 21) **Personnes à charge** : le conjoint et les enfants à charge de l'adhérent, définis de la façon suivante :
- Enfant à charge** : personne admissible qui réside au Canada et qui :
- a) a moins de 21 ans et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'âge de la majorité;
 - b) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins et fréquente, ou est réputé fréquenter, à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
 - c) est majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience physique ou mentale grave ayant débuté lorsqu'elle était âgée de moins de 21 ans ou de 25 ans ou moins si elle fréquentait un établissement d'enseignement reconnu, pourvu que cette invalidité la rende régulièrement incapable d'exercer une occupation véritablement rémunératrice, et elle doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.

Conjoint : personne admissible qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

- a) est unie à l'adhérent par les liens du mariage ou de l'union civile;
- b) vit maritalement avec l'adhérent, qu'elle soit de sexe différent ou de même sexe, depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union;
- c) vit maritalement avec l'adhérent, qu'elle soit de sexe différent ou de même sexe et a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux conjoints, toutefois, un seul sera reconnu par l'assureur pour toutes les garanties d'un même régime. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

- a) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu de la présente police;
 - b) le conjoint à qui l'adhérent est uni par les liens du mariage ou de l'union civile.
- 22) **Personne assurée** : l'adhérent, son conjoint et ses enfants à charge assurés en vertu de la présente police.
 - 23) **Perte d'un bras** : le sectionnement complet à l'articulation du coude ou au-dessus de celle-ci.
 - 24) **Perte d'un doigt** : le sectionnement complet à l'articulation de la deuxième phalange d'un même doigt.
 - 25) **Perte d'un pied** : le sectionnement complet à l'articulation de la cheville ou entre la cheville et le genou.
 - 26) **Perte d'une main** : le sectionnement complet à l'articulation du poignet ou entre le poignet et le coude.
 - 27) **Perte de l'ouïe, de la vue ou de la parole** : la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, de la vue ou de la parole attestée par un médecin diplômé, reconnu et agréé auprès du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou la Corporation professionnelle des médecins du Québec.
 - 28) **Perte d'une jambe** : le sectionnement complet à l'articulation du genou ou au-dessus de celle-ci.

- 29) **Perte du pouce** : le sectionnement complet d'une phalange du pouce.
- 30) **Perte de tous les orteils** : le sectionnement complet d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils.
- 31) **Perte de l'usage** : la perte totale de l'usage qui a été continue pendant 12 mois consécutifs depuis la date de l'accident et qui est irréversible.
- 32) **Preneur** : Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval.
- 33) **Quadriplégie** : la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieurs et inférieurs.
- 34) **Salaire** : salaire de l'adhérent déterminé par l'échelon qu'il occupe dans l'échelle des salaires ajusté selon le régime d'emploi. Le salaire exclut les montants versés en rémunération du temps supplémentaire fourni et les suppléments versés pour cours spéciaux, d'été, du soir ou autres de même nature ainsi que les différents bonis qui peuvent être accordés de temps à autre pour services occasionnels ou pour toute autre raison.
- 35) **Véhicule** : une voiture de tourisme, une familiale, une fourgonnette, une automobile tout terrain similaire à une jeep ou une camionnette.

2. ADMISSIBILITÉ –

- 1) Tout employé non retraité est admissible à l'assurance à la première des dates suivantes :
 - a) à la date d'entrée en vigueur de cette police si à cette date il est au service de l'employeur;
 - b) à la date de son entrée en service pour l'employeur, dans tous les autres cas.
- 2) Tout professeur assuré en vertu des contrats antérieurs d'assurance vie, mais en année d'étude et de recherche au moment de l'entrée en vigueur de cette police, est présumé assuré selon la protection prévue en vertu du régime actuel qui correspond le mieux à celle qu'il détenait immédiatement avant l'entrée en vigueur de la présente police.

Toutefois, celui-ci peut, à son retour au travail, modifier son assurance ou demander de l'assurance pour son conjoint ou ses enfants à charge à la condition d'en faire la demande à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date effective de son retour au travail. À défaut de présenter sa demande dans le délai requis, des preuves d'assurabilité sont requises pour tout montant d'assurance et les exemptions de preuves d'assurabilité accordées en vertu des paragraphes 2) des sections Employé et Personne à charge de l'article 5 ne s'appliquent pas.

- 3) Tout employé non assuré en vertu des contrats antérieurs d'assurance vie et qui n'est pas au travail à la date à laquelle il deviendrait autrement admissible à l'assurance, est assuré dès la date de son retour effectif au travail à titre d'employé.
- 4) Toute personne à la charge d'un adhérent est admissible à l'assurance soit à la même date que l'adhérent si elle est déjà une personne à charge, soit à la date à laquelle elle le devient.
- 5) Nonobstant les paragraphes précédents, tout employé assuré en vertu des contrats antérieurs d'assurance vie, lesquels ont pris fin moins de 31 jours avant la date d'entrée en vigueur de cette police, est admis à l'assurance en vertu de cette police à la date de la fin des contrats antérieurs,
 - a) si l'assurance de cet employé en vertu des contrats antérieurs a pris fin uniquement à cause de la fin des contrats antérieurs et
 - b) si cet employé est admissible à l'assurance en vertu de cette police.

3. PARTICIPATION À L'ASSURANCE –

- 1) La participation à l'assurance vie de base de l'adhérent incluant l'assurance en cas de mutilation par accident est obligatoire pour tout employé qui remplit les conditions d'admissibilité.
- 2) La participation à l'assurance vie supplémentaire de l'adhérent et à l'assurance vie supplémentaire du conjoint et des enfants à charge incluant l'assurance en cas de mutilation par accident est facultative.
- 3) Les personnes à charge couvertes en vertu de la présente police sont celles qui sont déclarées à l'assureur. Par conséquent, tout ajout ou annulation d'une personne à charge doit être signifié à l'assureur par l'intermédiaire de l'administrateur du régime. Advenant le cas où la demande à l'administrateur pour annuler une personne à charge est postérieure à la date à laquelle cette personne à charge cesse d'être admissible à l'assurance, aucun remboursement rétroactif de prime n'est accordé.



4. DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT INCLUANT L'ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION PAR ACCIDENT –

Tout employé admissible à l'assurance doit remplir une demande d'adhésion au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle il y devient admissible.

5. DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE INCLUANT L'ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION PAR ACCIDENT ET PREUVES D'ASSURABILITÉ –

Employé

- 1) L'employé qui désire s'assurer en vertu de cette garantie doit remplir une demande d'adhésion et fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.
- 2) Nonobstant ce qui est mentionné au paragraphe précédent, et à condition d'en faire la demande dans les 31 jours qui suivent l'un des événements ci-dessous, aucune preuve d'assurabilité n'est requise:
 - a) à la date d'admissibilité de l'employé, pour tout montant d'assurance équivalent à une (1) fois son salaire annuel;
 - b) à la date d'admissibilité d'un conjoint à l'assurance santé à la suite d'un mariage ou d'une cohabitation, pour tout montant d'assurance équivalent à une (1) fois le salaire annuel de l'employé;
 - c) à la date d'admissibilité d'un enfant à charge à l'assurance santé, pour tout montant d'assurance équivalent à une (1) fois le salaire annuel de l'employé.

Dans tous les cas, le montant d'assurance sans preuve ne peut excéder trois (3) fois le salaire annuel de l'employé.

- 3) Par ailleurs, à la date d'entrée en vigueur de la présente police, aucune preuve d'assurabilité n'est exigée de l'employé qui prouve qu'il était assuré en vertu des contrats antérieurs immédiatement avant l'entrée en vigueur de la présente police, jusqu'à concurrence du montant d'assurance détenu par cet employé en vertu des contrats antérieurs. Dans ce cas précis, le maximum autorisé au paragraphe 2) ci-dessus pour le montant d'assurance sans preuve ne s'applique pas.

Personne à charge

- 1) L'employé qui désire assurer son conjoint ou ses enfants à charge en vertu de cette garantie doit remplir une demande d'adhésion et fournir, pour ses personnes à charges, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

2) Nonobstant ce qui est mentionné au paragraphe précédent, et à condition d'en faire la demande dans les 31 jours qui suivent l'un des événements ci-dessous, aucune preuve d'assurabilité n'est requise:

a) Conjoint :

- i) à la date d'admissibilité de l'adhérent, pour tout montant d'assurance équivalent à une (1) tranche de 10 000 \$;
- ii) à la date d'admissibilité d'un enfant à charge à l'assurance santé, pour tout montant d'assurance équivalent à une (1) tranche de 10 000 \$.

Dans tous les cas, le montant d'assurance sans preuve ne peut excéder trois (3) tranches de 10 000 \$.

b) Enfant à charge :

- i) à la date d'admissibilité de l'adhérent, pour tout montant d'assurance équivalent à une (1) tranche de 5 000 \$;
- ii) à la naissance ou à l'adoption d'un premier enfant, pour tout montant d'assurance équivalent à une (1) tranche de 5 000 \$. Toutefois, le nouvel enfant d'un adhérent dont les enfants à charge sont déjà assurés devient assuré automatiquement pour une somme de 5 000 \$ sans preuve d'assurabilité à la naissance ou à l'adoption sans égard au moment de la déclaration.

Dans tous les cas, le montant d'assurance sans preuve d'assurabilité ne peut excéder une (1) tranche de 5 000 \$.

6. DÉBUT DE L'ASSURANCE –

- 1) L'assurance vie de base de l'adhérent incluant l'assurance en cas de mutilation par accident de tout employé admissible entre en vigueur, s'il est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, à la date à laquelle il y devient admissible.
- 2) L'assurance vie supplémentaire de tout employé admissible ou de toute personne à charge admissible incluant l'assurance en cas de mutilation par accident entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, sous réserve des dispositions contenues aux paragraphes 2) des sections Employé et Personne à charge de l'article 5 de la présente police.

- 3) Lorsqu'aucune preuve d'assurabilité n'est exigée pour l'employé ou la personne à charge et que la demande est présentée dans les 31 jours qui suivent l'un des événements mentionnés aux paragraphes 2) des sections Employé et Personne à charge de l'article 5, l'assurance entre en vigueur à la plus tardive des dates suivantes :
 - a) la date d'admissibilité de l'employé ou de la personne à charge;
 - b) la date de l'événement.
- 4) Si l'employé admissible n'est pas au travail le jour où son assurance doit entrer en vigueur, il devient assuré le jour où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions.

7. SOMME ASSURÉE – ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT –

- 1) La somme assurée payable au décès de l'adhérent est égale à deux fois son salaire annuel.
- 2) Au 46^e anniversaire de naissance de l'adhérent, et à chaque anniversaire de naissance par la suite, le montant assuré correspond aux pourcentages, tels qu'indiqués ci-dessous, de la somme assurée déterminée au paragraphe 1), de telle sorte que le montant d'assurance devienne égal à une (1) fois son salaire annuel au moment où l'adhérent atteint son 60^e anniversaire de naissance et demeure inchangé par la suite :

Âge	Pourcentage
45	100 %
46	97 %
47	94 %
48	90 %
49	87 %
50	84 %
51	80 %
52	77 %
53	74 %
54	70 %
55	67 %
56	64 %
57	60 %
58	57 %
59	54 %
60	50 %

8. SOMME ASSURÉE – ASSURANCE DE BASE EN CAS DE MUTILATION PAR ACCIDENT DE L'ADHÉRENT –

- 1) Lorsqu'un adhérent subit, après le début de son assurance, l'une des pertes énumérées au **TABLEAU DES PERTES** ci-dessous, à la suite d'un accident et au cours des 365 jours qui suivent la date de cet accident, l'assureur s'engage à payer en plus de toute autre somme assurée prévue au contrat, un montant égal au pourcentage de la somme assurée payable en vertu de l'article 7, selon ce qui est indiqué au **TABLEAU DES PERTES** ci-après :

TABLEAU DES PERTES

<u>Perte ou perte de l'usage</u>	<u>Montant versé</u>
Paraplégie	200 %
Quadriplégie	200 %
Hémiplégie	200 %
Perte de la vue d'un œil	100 %
Perte d'un bras ou d'une jambe	100 %
Perte d'une main ou d'un pied	100 %
Perte de la parole	100 %
Perte de l'ouïe d'une oreille	50 %
Perte du pouce et de l'index d'une main	33 1/3 %
Perte des quatre (4) doigts d'une main	33 1/3 %
Perte de tous les orteils d'un pied	25 %

2) Réadaptation

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert par la présente garantie, subit une perte pour laquelle un certain montant est payable en vertu de cette garantie, l'assureur paie les frais de formation nécessaires et raisonnables réellement engagés, jusqu'à un maximum de 10 000 \$, pourvu

- a) qu'une telle formation soit rendue nécessaire à la suite d'une perte subie, pour permettre à l'adhérent d'exercer toute tâche rémunératrice qu'il n'aurait pas exercée n'eut été son incapacité, et
- b) que les frais aient été engagés dans les 3 ans suivant la date de l'accident.

3) Ceinture de sécurité

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert par la présente garantie, est blessé dans un accident d'automobile et que ses blessures entraînent un paiement pour l'une des pertes indiquées au **TABLEAU DES PERTES**, le montant d'assurance payable sera majoré de 10 % s'il portait sa ceinture de sécurité, pourvu :

- a) que la perte survienne lorsque l'adhérent est passager ou conducteur d'un véhicule privé;
- b) que la ceinture de sécurité soit correctement attachée;
- c) que la vérification de l'utilisation de la ceinture de sécurité fasse partie du rapport officiel de l'accident ou soit certifiée par l'enquêteur.

9. SOMME ASSURÉE – ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE DE L'ADHÉRENT ET DE SES PERSONNES À CHARGE –

- 1) La somme assurée payable au décès de tout adhérent en vertu de cette garantie s'élève, selon le choix de l'adhérent, entre une (1) fois et cinq (5) fois son salaire annuel.
- 2) La somme assurée payable au décès du conjoint de tout adhérent en vertu de cette garantie est déterminée selon le nombre de tranches de 10 000 \$ choisi par l'adhérent, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 tranches.
- 3) La somme assurée payable au décès de chaque enfant à charge en vertu de cette garantie est déterminée selon le nombre de tranches de 5 000 \$ choisi par l'adhérent, jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 tranches.



10. SOMME ASSURÉE – ASSURANCE SUPPLÉMENTAIRE EN CAS DE MUTILATION PAR ACCIDENT DE L'ADHÉRENT ET DE SES PERSONNES À CHARGE –

- 1) Lorsqu'un adhérent ou l'une de ses personnes à charge assurées subit, après le début de son assurance, l'une des pertes énumérées au **TABLEAU DES PERTES** ci-dessous, à la suite d'un accident et au cours des 365 jours qui suivent la date de cet accident, l'assureur s'engage à payer en plus de toute autre somme assurée prévue au contrat, un montant égal au pourcentage de la somme assurée payable en vertu de l'article 9, selon ce qui est indiqué au **TABLEAU DES PERTES** ci-après :

TABLEAU DES PERTES

<u>Perte ou perte de l'usage</u>	<u>Montant versé</u>
Paraplégie	200 %
Quadriplégie	200 %
Hémiplégie	200 %
Perte de la vue d'un œil	100 %
Perte d'un bras ou d'une jambe	100 %
Perte d'une main ou d'un pied	100 %
Perte de la parole	100 %
Perte de l'ouïe d'une oreille	50 %
Perte du pouce et de l'index d'une main	33 1/3 %
Perte des quatre (4) doigts d'une main	33 1/3 %
Perte de tous les orteils d'un pied	25 %

2) Réadaptation

Si l'adhérent, ou l'une de ses personnes à charge assurées, alors qu'il est couvert par la présente garantie, subit une perte pour laquelle un certain montant est payable en vertu de cette garantie, l'assureur paie les frais de formation nécessaires et raisonnables réellement engagés, jusqu'à un maximum de 10 000 \$, pourvu

- a) qu'une telle formation soit rendue nécessaire à la suite d'une perte subie, pour permettre à la personne assurée d'exercer toute tâche rémunératrice qu'elle n'aurait pas exercée n'eut été son incapacité, et
- b) que les frais aient été engagés dans les 3 ans suivant la date de l'accident.

3) Ceinture de sécurité

Si l'adhérent, ou l'une de ses personnes à charge assurées, alors qu'il est couvert par la présente garantie, est blessé dans un accident d'automobile et que ses blessures entraînent un paiement pour l'une des pertes indiquées au **TABLEAU DES PERTES**, le montant d'assurance payable sera majoré de 10 % s'il portait sa ceinture de sécurité, pourvu :

- a) que la perte survienne lorsque l'adhérent, ou la personne à charge assurée, est passager ou conducteur d'un véhicule privé;
- b) que la ceinture de sécurité soit correctement attachée;
- c) que la vérification de l'utilisation de la ceinture de sécurité fasse partie du rapport officiel de l'accident ou soit certifiée par l'enquêteur.

11. LIMITATION RELATIVE À L'ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE –

- 1) Toute fausse déclaration faite dans le but de profiter des primes réduites offertes aux non-fumeurs entraînera une réduction du montant de la prestation au prorata des primes d'un adhérent non fumeur par rapport à celles d'un adhérent fumeur.
- 2) La responsabilité de déclarer le changement de statut de fumeur ou de non fumeur incombe à l'adhérent.

12. EXCLUSIONS RELATIVES À LA SOMME ASSURÉE EN CAS DE MUTILATION PAR ACCIDENT –

- 1) L'assureur ne verse pas la somme assurée en cas de mutilation par accident si les pertes énumérées au **TABLEAU DES PERTES** des articles 8 et 10 de la présente police sont subies :
 - a) lorsque la personne assurée exerce une fonction de membre d'équipage d'aéronef;
 - b) en raison d'une maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;
 - c) à la suite d'un traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie;
 - d) à la suite d'automutilation volontaire que la personne assurée soit saine d'esprit ou non;

- e) à la suite d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays, ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
 - f) à la suite à d'une participation à un acte criminel ou à un attentat quelconque.
- 2) L'assureur ne paie pas la somme assurée en cas de mutilation si l'accident qui entraîne la perte survient lorsque la personne assurée conduit un véhicule motorisé, si elle est alors sous l'influence de stupéfiants ou si la concentration d'alcool dans son sang excède alors la limite fixée à cet égard par le code criminel en usage au Canada.
 - 3) En vertu des dispositions relatives à la RÉADAPTATION, , aucun remboursement n'est effectué à l'égard des frais d'hébergement ou autres frais normaux de subsistance, de voyage ou d'habillement.
 - 4) La personne assurée qui subit, dans le même accident, plusieurs des pertes indiquées au **TABLEAU DES PERTES** peut recevoir plusieurs indemnités. Toutefois, le montant total des indemnités pour l'ensemble des pertes subies dans le même accident ne peut dépasser 100 % de la somme assurée payable en vertu des articles 7 et 9 de la présent police, exclusion faite des cas de paraplégie, de quadriplégie ou d'hémiplégie pour lesquels les prestations payables ne peuvent dépasser 200 % de la somme assurée payable en vertu des articles 7 et 9.
 - 5) Pour que la personne assurée ait droit au montant additionnel en cas d'accident d'automobile, ainsi qu'il est indiqué à la partie **CEINTURE DE SÉCURITÉ**, le conducteur du véhicule doit posséder un permis de conduire valide pour le type de véhicule qu'il est autorisé à conduire et ne pas être, au moment de l'accident, sous l'influence de stupéfiants, sauf dans le cas de médicaments prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire et consommés selon la posologie prescrite par ce dernier. De plus, la concentration d'alcool dans le sang du conducteur ne doit pas excéder la limite fixée à cet égard par le code criminel en usage au Canada ni les limites relatives à la conduite en état d'ébriété établies par les autorités locales de l'endroit où l'accident survient.

13. MODIFICATION DE LA SOMME ASSURÉE CONSÉCUTIVE À UN CHANGEMENT DE SALAIRE –

- 1) Toute augmentation ou diminution de la somme assurée par suite d'un changement de salaire annuel de l'adhérent entre en vigueur à la date d'effet du changement pourvu que l'adhérent ne soit pas totalement invalide depuis plus de 180 jours, sinon à la date de son retour effectif au travail.



Dans le cas d'ajustements salariaux rétroactifs découlant de modifications apportées à une convention collective ou autres conditions collectives de travail, le nouveau salaire entre en vigueur à la date indiquée dans l'avis du preneur à l'assureur, étant entendu qu'aucune prime ne sera perçue sur l'ajustement rétroactif de salaire et qu'aucun ajustement ne sera apporté aux prestations d'assurance vie déjà versées. ¹

- 2) Lorsque le décès ou la mutilation ouvrant droit à des prestations survient alors que l'adhérent est totalement invalide, les montants d'assurance qui s'appliquent sont basés sur le salaire annuel qui était en vigueur à la date du début de la période d'exonération de la prime au cours de laquelle survient le décès ou la mutilation.

14. MODIFICATION DE LA SOMME ASSURÉE D'ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE –

- 1) L'adhérent qui désire augmenter sa somme assurée ou celle de ses personnes à charge assurées doit remplir une demande d'adhésion et fournir les preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur, sous réserve toutefois des dispositions contenues aux paragraphes 2) des sections Employé et Personnes à charge de l'article 5 de la présente police.
- 2) Toute augmentation de la somme assurée entre en vigueur à la plus tardive des dates suivantes :
 - a) à la date du changement si l'adhérent est alors au travail, ou s'il l'était le dernier jour où il devait normalement l'être;
 - b) à la date de son retour au travail;
 - c) à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, s'il y a lieu.
- 3) Il est toutefois entendu qu'aucune augmentation de la somme assurée ne peut survenir au cours d'une période d'invalidité totale.

15. PRIME –

- 1) Les primes sont payables aux 14 jours au siège social de l'assureur. Un délai de grâce de 31 jours est accordé pour le paiement de toute prime échue.

¹ Modifié le 1^{er} juin 2014 (Avenant n° 3)



- 2) La prime mensuelle de cette police est égale à la somme des primes d'assurance vie de base et d'assurance en cas de mutilation par accident des adhérents et des primes d'assurance vie supplémentaire et d'assurance en cas de mutilation par accident des adhérents, des conjoints et des enfants à charge assurés.
- 3) La prime mensuelle d'assurance vie de base de chaque adhérent est égale à la somme assurée le premier jour de chaque mois, multipliée par le taux mensuel de prime indiqué au **TABLEAU DES TAUX MENSUELS DE PRIME** de l'ANNEXE 1.
- 4) La prime mensuelle d'assurance de base en cas de mutilation par accident de chaque adhérent est égale à la somme assurée le premier jour de chaque mois, multipliée par le taux mensuel de prime indiqué au **TABLEAU DES TAUX MENSUELS DE PRIME** de l'ANNEXE 1.
- 5) La prime mensuelle d'assurance vie supplémentaire de chaque adhérent ou conjoint assuré est égale à la somme assurée le premier jour de chaque mois, multipliée par le taux mensuel de prime indiqué au **TABLEAU DES TAUX MENSUELS DE PRIME** de l'ANNEXE 1 .
- 6) La prime mensuelle d'assurance vie supplémentaire pour l'ensemble des enfants à charge assurés est égale à la somme assurée le premier jour de chaque mois, multipliée par le taux mensuel de prime indiqué au **TABLEAU DES TAUX MENSUELS DE PRIME** de l'ANNEXE 1.
- 7) La prime mensuelle d'assurance supplémentaire en cas de mutilation par accident pour l'ensemble des adhérents, des conjoints et des enfants à charge assurés est égale à la somme assurée le premier jour de chaque mois, multipliée par le taux mensuel de prime indiqué au **TABLEAU DES TAUX MENSUELS DE PRIME** de l'ANNEXE 1.

16. MODIFICATION DE LA PRIME –

- 1) Toute modification du taux de prime d'un adhérent ou d'un conjoint assuré en raison d'un changement d'âge prend effet le premier jour de la période de paie qui suit celle au cours de laquelle a eu lieu ce changement.
- 2) L'assureur peut augmenter les taux de prime à la date de renouvellement des taux mentionnée à la première page de la police ou en tout temps par la suite. Toutefois, toute augmentation des taux de prime doit être précédée d'un avis écrit d'au moins 120 jours et aucune augmentation ne peut s'appliquer moins de 12 mois après l'augmentation précédente.

17. EXONÉRATION DE LA PRIME –

- 1) Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide, son assurance, de même que celle de ses personnes à charge, s'il y a lieu, est maintenue en vigueur et aucune prime n'est payable après une période continue d'invalidité totale de plus de 180 jours et aussi longtemps que dure l'invalidité totale. Ce maintien d'assurance sans paiement de prime cesse à la première des dates suivantes :
 - a) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
 - b) la date à laquelle l'adhérent occupe un emploi rémunérateur, sauf dans le cadre d'un programme de rééducation, qu'il soit invalide ou non;
 - c) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans;
 - d) la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite;
 - e) la date de la fin du contrat pour l'assurance en cas de mutilation par accident seulement.

18. CONTINUITÉ DE L'ASSURANCE –

Lors de suspension temporaire de service avec perte de traitement sous forme de congé autorisé ou comme mesure disciplinaire, l'employé peut demeurer assuré pourvu qu'il acquitte d'avance la prime totale requise.

19. FIN DU CONTRAT –

- 1) Le contrat prend fin à 24 h à la première des dates suivantes :
 - a) le dernier jour du délai de grâce si la prime payable en vertu de ce contrat n'est pas payée à cette date;
 - b) sur avis écrit du Preneur à l'assureur, à la dernière des dates suivantes :
 - i) la date indiquée dans l'avis écrit;
 - ii) le dernier jour du mois au cours duquel l'avis écrit parvient au siège social de l'assureur;
 - c) le dernier jour de toute année d'assurance si l'assureur envoie un avis écrit au Preneur au moins 120 jours avant la fin de l'année d'assurance.

- 2) Le preneur doit verser à l'assureur une prime proportionnelle pour la période écoulée depuis la date d'échéance de la dernière prime jusqu'à la date de la fin du contrat.
- 3) Nonobstant la fin du contrat, l'assureur verse les prestations payables en vertu de la présente police pour les décès et les pertes survenus avant la date de terminaison et maintient en vigueur, sans paiement de prime, l'assurance vie seulement de tout adhérent et de toute personne à charge assurée si l'adhérent a droit à l'exonération des primes en vertu de l'article 17.
- 4) Toutefois, l'assureur n'est pas garant d'une rechute de l'affection invalidante après la fin du contrat si l'adhérent n'est plus invalide depuis plus de 180 jours et, dans tous les cas, la garantie cesse dès que l'adhérent est pris en charge par un autre assureur au titre d'un contrat comportant des garanties comparables.

20. FIN DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT –

L'assurance de tout adhérent prend fin à 24 h à la première des dates suivantes :

- 1) la date de la fin du contrat;
- 2) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cet adhérent;
- 3) la date à laquelle il cesse d'être un employé;
- 4) la date à laquelle il atteint l'âge de 71 ans;
- 5) la date à laquelle l'adhérent demande d'y mettre fin dans le cas de l'assurance vie supplémentaire incluant l'assurance en cas de mutilation par accident;
- 6) la date à laquelle il prend sa retraite.

21. FIN DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE –

L'assurance de toute personne à charge prend fin à 24 h à la première des dates suivantes :

- 1) la date de la fin du contrat;
- 2) la date de terminaison de l'assurance de l'adhérent;
- 3) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cette personne à charge;
- 4) la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge admissible;



- 5) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 71 ans;
- 6) la date à laquelle l'adhérent demande d'y mettre fin;
- 7) la date à laquelle l'adhérent demande à l'administrateur du régime de cesser de couvrir ses personnes à charge.

22. RENSEIGNEMENTS –

- 1) Le Preneur doit fournir à l'assureur tout renseignement nécessaire à la gestion du contrat. De plus, le Preneur autorise l'assureur à examiner en tout temps ses registres et dossiers.
- 2) Le Preneur doit informer les personnes admissibles et les personnes assurées de leurs droits et obligations en vertu de ce contrat de même que de toute modification qui y est apportée.

23. MONNAIE –

Tout paiement prévu au contrat est effectué en monnaie canadienne.

24. CONTRAT –

La police exprime toutes les conventions intervenues entre le Preneur et l'assureur. Cette police, la soumission de l'assureur, les lettres d'entente intervenues par la suite, les demandes d'adhésion et les preuves d'assurabilité des personnes assurées ainsi que les avenants et l'entente financière constituent le contrat entre les parties.

25. EXAMEN –

L'assureur a le droit de faire examiner à ses frais toute personne qui a subi un accident ou est devenue totalement invalide lorsqu'une demande de prestations lui est présentée.

26. GENRE ET NOMBRE –

Lorsque le contexte le veut ainsi, le masculin implique le féminin et le singulier implique le pluriel.



27. BÉNÉFICIAIRE –

- 1) Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps le ou les bénéficiaires de son assurance en envoyant un avis écrit à l'administrateur du régime. En l'absence de toute désignation faite par l'adhérent, tout montant payable au décès d'un adhérent est versé à ses héritiers légaux. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier.
- 2) La somme assurée payable au décès du conjoint assuré est versée à l'adhérent, s'il est vivant. Si l'adhérent est décédé, elle est versée aux héritiers légaux du conjoint.
- 3) La somme assurée payable au décès d'un enfant à charge assuré est versée à l'adhérent, s'il est vivant. Si l'adhérent est décédé, elle est versée au conjoint de l'adhérent et, si ce dernier est aussi décédé, elle est versée aux héritiers légaux de l'enfant à charge.
- 4) Le montant de protection contre la mutilation accidentelle payable pour une perte autre que celle de la vie est réservé à l'adhérent.
- 5) L'assureur et l'administrateur du régime n'assument aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

28. DEMANDE DE PRESTATIONS OU D'EXONÉRATION DES PRIMES –

- 1) Toute demande de prestations au titre de cette police doit être transmise par écrit à l'assureur au cours de la période de 30 jours qui suit la date du décès ou de l'une des pertes énumérées au paragraphe 1) des articles 8 et 10.
- 2) L'adhérent ou ses ayants droit, selon le cas, doivent fournir à l'assureur, au cours de la période de 90 jours qui suit la date du décès, des preuves de décès y compris un rapport médical et des preuves de l'âge et du salaire de l'adhérent ou de la personne à charge assurée ainsi que tout autre renseignement jugé utile.
- 3) Afin que l'adhérent soit exonéré du paiement de ses primes en vertu de l'article 17, toute demande doit être transmise par écrit à l'assureur, accompagnée d'une preuve d'invalidité totale, au cours de la période de 180 jours qui suit la date du début de l'invalidité totale.
- 4) Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de toute prestation pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, la demande de prestations, les preuves et les renseignements fournis doivent être transmis au plus tard un an après la date de l'événement donnant lieu à la prestation.

29. DROIT DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT –

- 1) Pendant que cette police est en vigueur, tout adhérent dont l'assurance prend fin parce qu'il quitte son emploi ou prend sa retraite, a le droit d'obtenir sans preuve d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie permanente ou un contrat individuel d'assurance vie temporaire échéant à 65 ans, avec ou sans garantie d'assurance en cas de mutilation par accident, d'un genre alors émis par l'assureur, sous réserve des dispositions suivantes :
 - a) l'adhérent doit transmettre à l'assureur, au cours des 31 jours qui suivent la date de la fin de son assurance, une proposition écrite et la première prime du contrat proposé;
 - b) le contrat individuel entre en vigueur à la date de la fin de l'assurance en vertu de cette police;
 - c) la prime du contrat individuel est déterminée selon l'âge de l'adhérent lors de l'entrée en vigueur de l'assurance individuelle;
 - d) l'assurance individuelle ne peut être inférieure au montant prévu par les règlements généraux de l'assureur ni supérieure à la somme assurée de l'adhérent en vertu de cette police;
 - e) pour la première année du contrat individuel, l'adhérent peut payer une prime d'assurance temporaire avant d'avoir à verser la première prime régulière du contrat individuel choisi;
 - f) le contrat individuel ne comporte pas de garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité totale.
- 2) L'adhérent qui s'est prévalu une fois de ce droit n'est plus admissible à l'assurance en vertu de cette police à moins de fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.
- 3) Au cours des 31 jours suivant la fin de cette police, si cette police n'est pas remplacée ou si elle est remplacée par une police offrant un montant d'assurance moindre que celui qui est prévu dans ce paragraphe, tout adhérent assuré depuis au moins 5 ans en vertu de la présente police et dont l'assurance se termine à cause de la fin de la police, peut obtenir, sans fournir de preuve d'assurabilité, une police individuelle d'assurance vie similaire à celle décrite au paragraphe 1) mais dont le montant d'assurance n'excède pas le plus élevé des deux montants suivants : 5 000 \$ ou 25 % de la somme assurée de l'adhérent en vertu de la présente police.

30. DROIT DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE –

- 1) Pendant que cette police est en vigueur, toute personne à charge dont l'assurance prend fin, soit par suite du décès de l'adhérent, soit par suite de la fin de l'assurance de l'adhérent, soit parce qu'elle cesse d'être admissible à l'assurance, peut obtenir sans preuve d'assurabilité un contrat individuel d'assurance vie sans garantie accessoire d'un genre alors émis par l'assureur, sous réserve des dispositions suivantes :
 - a) la personne à charge assurée doit transmettre à l'assureur, au cours des 31 jours qui suivent la date de la fin de son assurance ou la date du décès de l'adhérent ou au cours des 31 jours qui précèdent la fin de l'assurance de l'adhérent, une proposition écrite et la première prime du contrat proposé;
 - b) le contrat individuel entre en vigueur à la date de la fin de l'assurance de cette police;
 - c) la prime du contrat individuel est déterminée d'après l'âge de la personne à charge lors de l'entrée en vigueur de l'assurance individuelle;
 - d) l'assurance individuelle ne peut être inférieure au montant prévu par les règlements généraux de l'assureur, ni supérieure dans le cas du conjoint à la somme assurée qu'il détenait en vertu de cette police, ou dans le cas d'un enfant à charge à 5 fois le montant qu'il détenait en vertu de cette police.
- 2) Si la personne à charge décède au cours des 31 jours qui suivent la date de la fin de son assurance en vertu de cette police, le bénéficiaire a droit au montant d'assurance qu'elle détenait en vertu de la présente police d'assurance collective.
- 3) La personne à charge qui s'est prévalu une fois de ce droit n'est plus admissible à l'assurance en vertu de cette police à moins de fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

