

Drummondville, le XX décembre 202X

Madame/Monsieur Jane/John Doe

555 rue Fictive
Drummondville QC J2A 3P3

Objet : Confirmation d'assurance, dossier 12345

Madame/Monsieur,

Nous avons le plaisir de vous informer que la demande d'assurance a été acceptée en date du XX décembre 202X.

La protection d'assurance vie s'élève à 5 000 \$.

Nous vous invitons à conserver cette lettre ainsi que la copie jaune du formulaire d'adhésion. Si vos coordonnées changent, n'oubliez pas de nous aviser rapidement.

Nous profitons de l'occasion pour vous informer que nos membres assurés de 15 000 \$ et plus bénéficient, sans frais additionnels, de la clause de paiement anticipé.

Pour tout renseignement supplémentaire, veuillez communiquer avec notre personnel au 819 478-2519 ou 1 800 943-2519.

Heureuse de vous compter parmi nos membres, nous vous prions d'agréer, Madame, nos salutations distinguées.



Kim Gardner
Directrice du Service d'assurance

Note : Vous devez également conserver le sommaire de produit que vous avez reçu.

POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE DE PERSONNES

(Afin d'alléger le texte. Le genre masculin utilisé dans la présente police inclut le genre féminin.)

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. CONTRAT

Cette police, le sommaire des garanties, les modifications et les avenants qui peuvent y être joints, la proposition et toutes les déclarations des Adhérents fournies à l'Assureur constituent le contrat tout entier.

2. MODIFICATION AU CONTRAT

À la suite d'une demande écrite du Preneur et sur approbation de l'Assureur, le présent contrat peut être modifié.

À toute date de renouvellement ou d'anniversaire du contrat, l'Assureur peut le modifier, pourvu qu'il en avise par écrit le preneur au moins cent vingt (120) jours avant cette date.

Toute modification qui a pour effet de réduire les engagements de l'Assureur ou dont la date de prise d'effet ne coïncide pas avec une date de renouvellement ou d'anniversaire du contrat n'entre en vigueur que si elle est contresignée par le preneur.

Toute modification doit être faite par écrit sous forme d'avenant et sous la signature de la personne autorisée par l'Assureur.

3. DÉFINITIONS

Dans le présent contrat, à moins que l'une des garanties, une modification ou un avenant stipule autrement, on entend par:

a) ACCIDENT

Une atteinte corporelle constatée par un médecin, provenant directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine, violente et imprévue d'une cause extérieure, alors que le certificat est en vigueur. A l'exception du décès accidentel, si un accident cause une perte qui se manifeste plus de quatre-vingt-dix (90) jours après l'accident, cette perte est réputée être le fait d'une maladie.

b) ADHÉRENT

Un Membre admissible dont la prime a été payée auprès de la Société Saint-Jean-Baptiste du Centre-du-Québec et est assuré en vertu du présent contrat.

c) ÂGE

L'âge atteint au dernier anniversaire au moment où il est calculé ou le jour où un événement prévu au contrat se produit.

d) ASSUREUR

L'Union-Vie, Compagnie Mutuelle d'assurance.

e) BLESSURE

Lésion corporelle résultant directement ou indirectement d'un Accident subi par l'Adhérent et indépendamment de toute maladie ou autre cause, alors que le certificat est en vigueur.

f) Délai de carence

Une période continue d'Invalidité Totale qui doit s'écouler avant le début du versement de la rente en vertu de la **GARANTIE OPTIONNELLE – RENTE HEBDOMADAIRE EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE À LA SUITE D'UN ACCIDENT**

g) Fracture

Une fracture désigne la rupture violente et accidentelle d'un os, du sternum, du larynx ou de la trachée. La fracture doit être subit lors d'un Accident.

h) FRAIS USUEL ET COUTUMIER

Montant des frais engagés par un Adhérent qui n'excèdent pas ceux habituellement demandées par d'autres professionnels de la santé ou fournisseurs pour des soins, services, fournitures ou traitements similaires dans une même région géographique et même période où les frais ont été engagées.

i) HÔPITAL

Désigne un centre hospitalier de soins de courte durée ou de longue durée tel qu'établi en vertu des lois en vigueur, à l'exclusion de toute partie d'un tel centre qui serait réservée aux soins prolongés.

Une clinique, un centre de protection de l'enfance ou de la jeunesse, un hôpital pour soins psychiatriques ou tuberculeux, un sanatorium, une résidence pour personnes âgées, un établissement pour traiter des dépendances, un centre de répit pour personnes handicapées, ayant une déficience intellectuelle ou établissement dont le but est de prodiguer des soins de garde n'est pas considéré comme un hôpital.

j) HOSPITALISATION

Séjour d'au moins dix-huit (18) heures dans un Hôpital à titre de patient interne

k) INVALIDITÉ TOTALE OU TOTALEMENT INVALIDE

a. Si l'Adhérent exerce un travail rémunérateur ou est prestataire de l'Assurance emploi au moment de l'accident :

Incapacité pour une personne, par suite d'un accident, de remplir toutes et chacune des fonctions de son occupation régulière. La condition de la personne doit exiger des soins médicaux continus.

b. Dans les autres situations :

Incapacité pour une personne, par suite d'un accident, d'exercer chacune des activités quotidiennes de base d'une personne du même âge, tel que se nourrir, se vêtir, se déplacer ou pourvoir à ses besoins

d'hygiène de base. La condition de la personne doit exiger des soins médicaux continus.

- l) MAXIMUM VIAGER**
Montant maximal des prestations ou d'indemnités versées à un Adhérent la vie durant pour l'ensemble des Accidents couverts.
- m) MEMBRE**
Toute personne qui paie sa cotisation annuelle à la Société Saint-Jean-Baptiste de la Mauricie.
- n) SOCIÉTÉ**
La Société Saint-Jean-Baptiste du Centre-du-Québec.
- o) TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE**
Titulaire de l'autorité parentale qui signe ou a signé la demande d'assurance au nom de l'Adhérent mineur.
- p) TRAITEMENT**
Ensemble de soins fournis au cours d'une même journée par une même catégorie de professionnel de la santé.
- q) TRANSPORT PUBLIC**
Tout déplacement par un véhicule de transport aérien, maritime ou terrestre qui est exploité sous licence par un transporteur autorisé pour le transport de passager.
- r) TRAVAIL RÉMUNÉRATEUR**
Un travail est considéré rémunérateur s'il procure une rémunération d'au moins 200\$ par semaine.

4. ADMISSIBILITÉ

Une personne est admissible à soumettre une demande d'adhésion en vertu du présent contrat si elle :

- a)** Est Membre en règle de la Société; et
- b)** A répondu « Non » à toutes les questions d'assurabilité si un questionnaire est nécessaire; et
- c)** A obtenu l'autorisation d'un parent ou d'un tuteur s'il s'agit d'une personne mineure âgée de moins de 18 ans; et
- d)** Est admissible en âge selon l'une des garanties offertes.

5. ADHÉSION À L'ASSURANCE

Pour être assuré en vertu du présent contrat, une personne admissible doit en faire la demande par écrit sur le formulaire de demande d'adhésion prévu à cet effet, répondre aux conditions d'assurabilité le cas échéant d'une manière jugée satisfaisant par l'Assureur et avoir payé la prime prévue.

6. PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

L'assurance ou l'augmentation du montant d'assurance prend effet à la date d'acceptation par l'Assureur lorsque requis.

7. TYPE D'ASSURANCE

L'assurance du présent contrat est une assurance collective, temporaire, sans valeur de rachat, renouvelable annuellement.

8. PROGRAMME SÉCURIAIDE

Le programme SécuriAide est composé d'une Garantie d'Assurance-vie à laquelle une Garantie optionnelle d'assurance en cas de décès accidentel peut être ajoutée.

A. GARANTIE D'ASSURANCE-VIE

Cette garantie verse une prestation au décès de l'adhérent, si le décès survient lorsque la présente garantie d'assurance sur sa vie est en vigueur.

Âge d'admissibilité prévue au paragraphe 4.d): de 14 jours à 55 ans.

Le montant assurable est établi selon un multiple de 1 000\$, jusqu'à un maximum de 25 000\$.

La prime annuelle est déterminée selon l'âge atteint à chaque renouvellement de contrat jusqu'à l'âge de 55 ans.

Au renouvellement, la **GARANTIE D'ASSURANCE-VIE** des adhérents de 55 ans prend fin et la protection en vigueur peut être transformée en un contrat d'assurance-vie individuelle à prime nivelée jusqu'à l'âge de 100 ans. À cette date, la protection est libérée du paiement de toute prime subséquente.

La Garantie cesse pour les Adhérents qui ont atteint 55 ans à la date du renouvellement du contrat si l'Adhérent n'a pas transformé sa protection en contrat individuel à prime nivelée.

L'ensemble des protections d'assurance-vie détenu par un Adhérent auprès de la Société Saint-Jean-Baptiste du Centre du Québec ne peut excéder 25 000\$.

B. GARANTIE OPTIONNELLE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

Cette Garantie verse une indemnité supplémentaire à la **GARANTIE D'ASSURANCE-VIE** lors du décès de l'Adhérent si les conditions suivantes sont remplies :

- Le décès est la résultante d'un accident; et
- Le décès survient dans les 365 jours de l'accident; et
- La Garantie est toujours en vigueur au moment du décès.

Âge d'admissibilité prévue au paragraphe 4.d) : de 14 jours à 69 ans.

Condition d'admissibilité supplémentaire

En plus des conditions prévues au paragraphe 4, pour être admissible à la garantie optionnelle décès accidentel, l'Adhérent doit détenir la Garantie d'assurance vie du

programme Sécuriaide ou d'un contrat d'assurance-vie Individuelle résultant d'une transformation du programme Sécuriaide.

Le montant assurable est établi selon un multiple de 1 000\$, sujet à un minimum de 5 000\$ jusqu'à un maximum équivalent au montant de la protection de l'Adhérent sous de la **GARANTIE D'ASSURANCE-VIE** du Programme Sécuriaide ou du montant du contrat d'assurance-vie individuelle transformé toujours en vigueur.

La prime annuelle est déterminée selon l'âge atteint à chaque renouvellement du contrat jusqu'à l'âge de 69 ans.

La Garantie cesse pour les Adhérents qui ont atteint 69 ans à la date de renouvellement du contrat.

9. PROGRAMME ACCIAIDE

Le programme AcciAide est composé d'une Garantie de base offrant diverses assurances en cas d'accident, à laquelle une Garantie optionnelle de rente hebdomadaire en cas d'Invalidité Totale à la suite d'un accident peut être ajoutée.

A. GARANTIE DE BASE

Âge d'admissibilité prévue au paragraphe 4.d) : de 14 jours à 64 ans.

a. ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS, DE MUTILATION OU DE PERTE D'USAGE À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Lorsque l'Adhérent subit l'une des pertes suivantes à la suite d'un Accident, l'Assureur verse l'Indemnité correspondante :

Pertes	Indemnité
Décès Accidentel	
Décès accidentel dans un transport public	10 000\$
Décès accidentel – tout autre circonstance	5 000\$
Mutilation ou perte d'usage	
Des deux (2) mains ou deux (2) pieds	25 000\$
De la vue d'un (1) œil et d'une (1) main	25 000\$
De la vue d'un (1) œil et d'un (1) pied	25 000\$
De la vue des deux (2) yeux	25 000\$
De l'ouïe des deux (2) oreilles et de la parole	25 000\$
D'une (1) main et d'un (1) pied	25 000\$
D'un (1) bras ou d'une (1) jambe	15 000\$
De l'ouïe des deux (2) oreilles ou de la parole	12 500\$
D'une (1) main ou d'un (1) pied	12 500\$
De l'ouïe d'une (1) oreille	3 000\$
De la vue d'un (1) œil	3 000\$
D'un doigt ou d'un orteil	500\$

Les pertes doivent résulter d'un Accident et survenir dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'Accident.

Définition de Mutilation et perte d'usage

De la vue signifie la perte entière et irrémédiable de la vue d'un œil i.e. acuité visuelle de vingt sur deux cents (20/200) ou moins ou champs de vision de moins de vingt (20) degrés.

De l'ouïe signifie la perte total et irréversible de l'ouïe avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus dans un seuil de la parole de 500 à 3000 cycles par seconde, confirmée par un oto-rhino-laryngologiste dument autorisé à exercer sa profession au Canada.

D'une main ou d'un pied signifie l'amputation à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus ou perte totale et définitive de l'usage de la main ou du pied.

D'un bras ou d'une jambe signifie l'amputation à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus ou perte totale et définitive de l'usage du bras ou de la jambe.

Perte d'un doigt ou d'un orteil signifie l'amputation complète d'au moins deux (2) phalanges du même doigt ou du même orteil.

b. ASSURANCE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS HOSPITALIERS ET PARAMÉDICAUX

L'Assureur rembourse les Frais Usuels et coutumiers pour les soins, services et articles médicaux suivants engagé par l'Adhérent à la suite d'un Accident :

- 1) Le coût d'une chambre dans un Hôpital situé au Canada, jusqu'à concurrence de 30\$ par jour sujet à une durée maximale de 30 jours par accidents;
- 2) Les frais pour soins d'un infirmier autorisé ou d'un infirmier auxiliaire autorisé, s'ils sont prescrits par le médecin traitant, jusqu'à un maximum viager de 3 000\$;
- 3) Les frais des médicaments prescrits à la suite de l'Accident, ne pouvant s'obtenir que sur ordonnance et non couverts par un régime gouvernemental d'assurance médicament, jusqu'à un maximum viager de 1 000\$;
- 4) Les frais engagés qui servent à couvrir la franchise et la coassurance des médicaments prescrits à la suite de l'Accident, couverts par un régime gouvernemental d'assurance médicament;

- 5) Les frais de transport à l'Hôpital dans une ambulance dûment autorisée à cette fin en cas d'urgence survenue immédiatement après l'Accident dans la province de résidence;
- 6) Location ou achat d'un modèle de base, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, d'une chaise roulante non motorisés, béquilles, cannes ou marchettes requis temporairement pour fins thérapeutiques. L'Adhérent doit obtenir l'autorisation préalable de l'Assureur avant tout achat ou toute location et à défaut d'obtenir cette autorisation, l'Assureur peut refuser la demande de règlement;
- 7) Les frais d'achat d'une prothèse initiale oculaire, auditive ou orthopédiques, jusqu'à un Maximum Viager de 500\$ pour l'ensemble des prothèses;
- 8) Le remplacement d'une lunette cassée comportant un verre ophtalmique jusqu'à un maximum de 50\$;
- 9) Si l'adhérent est un résident canadien couvert en vertu des régimes gouvernementaux d'assurance-maladie et d'assurance hospitalisation : les frais hospitaliers et médicaux engagés par l'Adhérent et qui lui sont nécessaires à la suite d'un accident survenu à l'extérieur de sa province de résidence, jusqu'à un maximum viager de 5 000\$;
- 10) Les frais engagés pour des honoraires d'un chiropraticien, d'un ostéopathe ou d'un physiothérapeute jusqu' à maximum de 15\$ par Traitement et un maximum de 250\$ (incluant les frais de radiographie) par accident pour l'ensemble de ces professionnels sujet à un maximum de 500\$ viager. Le professionnel doit être membre en règle de son association professionnelle.

c. ASSURANCE SOINS DENTAIRES

L'Assureur rembourse les Frais Usuels et Coutumiers des soins dentaire suivants engagés par l'Adhérent à la suite d'un Accident :

1. Traitement ou remplacement de dent qui était saine et naturel avant l'Accident, jusqu'à un maximum de 250\$ par dent;
2. Réparation ou le remplacement d'une prothèse dentaire jusqu'à un maximum de 250\$.

d. ASSURANCE POUR FRAIS DE TRANSPORT ET DE SÉJOUR

L'Assureur rembourse les Frais Usuels et Coutumiers pour le transport ou le séjour de l'Adhérent et d'une personne accompagnatrice lorsque des traitements médicaux sont nécessaires à la suite d'un Accident et ne peuvent être obtenus dans un rayon de 50 kilomètres du lieu de son domicile (sur la base d'un aller simple le plus court), jusqu'à un maximum de 500\$ par Accident.

e. ASSURANCE POUR HOSPITALISATION

L'Assureur versera une indemnité journalière de 30\$ à compter du 1^{er} jour d'Hospitalisation et ce jusqu'à un maximum de 5 jours d'Hospitalisation par accident lorsque l'Adhérent doit être hospitalisé à la suite d'un Accident.

f. ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITÉ TOTAL

L'assureur versera une indemnité forfaitaire de 1 000\$ à l'Adhérent s'il devient Totalement Invalide et si les conditions suivantes sont remplies:

- L'Invalidité Totale résulte d'un Accident; et
- L'Invalidité Totale persiste au-delà de 9 mois consécutifs et continus après la date de l'Accident.

g. ASSURANCE POUR LE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE RÉADAPTATION

Lorsque l'Assureur verse une indemnité de mutilation ou perte d'usage en vertu de l'**ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS, DE MUTILATION OU DE PERTE D'USAGE À LA SUITE D'UN ACCIDENT** pendant que l'Adhérent fréquente à plein temps un établissement d'enseignement reconnu par le ministère de l'Éducation, l'Assureur remboursera les Frais Usuels et Coutumiers suivants jusqu'à concurrence d'un maximum viager global de 3 000\$:

1. Cours privés

Un Adhérent qui est dans l'incapacité de poursuivre ses études pendant une période d'au moins 30 jours consécutifs à la suite d'un Accident et doit suivre des cours privés afin de poursuivre son programme d'étude pour lequel il est dument inscrit, il est admissible à un remboursement par l'Assureur des frais engagés pour ces cours privés à un taux maximum de 20\$/heure jusqu'à un Maximum Viager de 500\$.

Ces cours doivent être dispensés par un professeur ayant un certificat ou diplôme d'enseignement reconnu et valide.

2. Transport scolaire

Un adhérent Totalement Invalide à la suite d'un accident qui ne peut utiliser son moyen de transport habituel pour voyager aller/retour entre son domicile et son établissement d'enseignement, est admissible à un remboursement par l'Assureur de ses frais raisonnables de transport

engagés pour effectuer ces déplacements, sujet à un maximum de 10\$ par jour et jusqu'à un Maximum Viager de 500\$.

3. Formation ou rééducation

Un Adhérent qui abandonne ses études en cours à cause d'une Invalidité Totale à la suite d'un Accident est admissible à un remboursement par l'Assureur de ses frais de formation pour lui permettre d'exercer un travail autre que celui auquel il se destinait avant l'Accident et ce jusqu'à un maximum viager de 2 000\$. Les frais de formation doivent être préalablement approuvés par l'Assureur.

Les frais pour des vêtements et leur entretien, le logement, les repas ou le transport autre que Transport scolaire prévu à cette assurance ne sont pas des frais admissibles.

h. ASSURANCE EN CAS DE FRACTURE ACCIDENTELLE

Indemnité en cas de fracture accidentelle

Si l'Adhérent subit une Fracture accidentelle, l'Assureur s'engage à payer une indemnité selon le type de fracture subit sous réserve de l'application des exclusions prévues :

Type de fracture	Indemnité
Crâne, colonne vertébrale, bassin ou fémur	5 000\$
Côte, sternum, larynx, trachée, omoplate, humérus, rotule, tibia ou péroné	1 500\$
Tout autre fracture d'un os	750\$

Lorsque l'assuré subit plus d'une Fracture à la suite d'un même accident, l'Assureur verse une seule indemnité correspondant au type de fracture donnant droit au montant le plus élevé.

Indemnité supplémentaire en cas de fracture accidentelle

L'indemnité en cas de Fracture accidentelle versée par l'Assureur est majorée de 10% si les conditions suivantes sont remplies :

- La fracture résulte d'un accident impliquant des véhicules terrestres motorisés; et
- L'Adhérent portait sa ceinture de sécurité au moment de l'accident.

L'indemnité en cas de Fracture accidentelle versée par l'Assureur est majorée de 100% (doublée) si l'Accident qui a entraîné la Fracture est subi dans l'une des situations suivantes :

- Au cours d'un voyage auquel l'Adhérent participe à titre de passager à bord d'un Transporteur Public;

- Lors de l'utilisation par l'Adhérent d'un escalier roulant ou d'un ascenseur public réservé à l'usage exclusif des personnes;
- Lors de l'incendie d'un édifice public ou lors de l'écroulement de l'un de ses murs extérieurs, pourvu que l'assuré se trouve à l'intérieur de l'édifice au début de l'incendie ou lorsque le mur s'écroule;
- Par l'effet de la foudre, d'un ouragan, ou d'un cyclone rapporté par le bureau météorologique de la région où l'Accident a lieu.

B. GARANTIE OPTIONNELLE – RENTE HEBDOMADAIRE EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Âge d'admissibilité prévue au paragraphe 4.d) : de 18 à 64 ans.

L'Assureur verse une rente hebdomadaire à l'Adhérent s'il devient Totalement Invalide à la suite d'un accident.

Admissibilité au versement

L'adhérent doit avoir consulté un médecin dans les 48 heures suivant l'Accident

Modalité du versement

- Délai de Carence : 60 jours
- Début du versement de la rente : 61 ième jour d'Invalidité Totale
- Montant de la rente hebdomadaire : 200\$ avec ajustement s'il y a lieu
- Ajustement de la rente : 1/7 du montant de la rente hebdomadaire pour chaque jour d'Invalidité Totale

Cessation du versement

Le versement des indemnités cesse à la date du premier évènement suivant lorsque l'Adhérent :

- Ne satisfait plus à la définition d'Invalidité Totale;
- Occupe un travail rémunérateur;
- A été Totalement Invalide pendant une période consécutive de 52 semaines;
- Refuse ou omet de soumettre les preuves satisfaisantes de son Invalidité Totale lorsqu'exigé par l'Assureur;
- À son décès

10. RENOUVELLEMENT DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT

Pour tous les Adhérents, le renouvellement s'effectue à la date de renouvellement du contrat.

11. RENOUELEMENT DU CONTRAT

Ce contrat est émis pour la période qui débute à la date d'entrée en vigueur et qui se termine à la date d'anniversaire ou la date d'expiration du contrat. Le premier renouvellement survient à la date d'expiration du contrat stipulée aux présentes.

À moins d'avis écrit contraire de l'Assureur transmis au preneur au plus tard cent vingt (120) jours avant la date de renouvellement ou d'anniversaire, et ce, sous réserve du paiement des primes requises avant la fin du délai de grâce ou de toute autre entente particulière, le contrat est renouvelé pour une période de douze (12) mois.

12. TERMINAISON DE L'ASSURANCE D'UN ADHÉRENT

L'assurance d'un Adhérent, en vertu du présent contrat ou de l'une de ses Garanties, prend fin à la première des dates suivantes, à 24:00 heures:

- a) La date de résiliation du présent contrat ou de la Garantie concernée;
- b) La date où l'Adhérent cesse d'être un membre en règle de la Société;
- c) La date à laquelle l'Adhérent atteint l'âge maximum prévu pour la garantie concernée;
- d) La date de l'expiration du délai de grâce de 30 jours si la totalité de la prime n'est toujours pas acquittée;
- e) Pour la Garantie d'Assurance-Vie du Programme SécuriAide :

La première des dates suivantes :

- a. La date de renouvellement suivant son 55 ième anniversaire de l'adhérent;
- b. La date où l'Adhérent s'est prévalu de son droit de transformation du présent contrat pour transformer sa protection d'assurance collective en un contrat d'assurance individuel.
- f) Pour la Garantie Optionnelle de Décès Accidentel du Programme SécuriAide, la date de renouvellement suivant son 69 ième anniversaire de l'Adhérent.
- g) Pour les Garanties du Programme AcciAide la date de renouvellement suivant son 65 ième anniversaire de l'Adhérent.

13. TERMINAISON DU CONTRAT

Le preneur peut mettre fin au contrat à toute date de renouvellement ou d'anniversaire par un préavis écrit à l'Assureur avec un délai minimum de quatre-vingt-dix (60) jours.

L'Assureur peut mettre fin au contrat à toute date de renouvellement ou d'anniversaire par un préavis écrit au preneur avec un délai minimum de cent vingt (120) jours.

Le contrat se termine en tout temps sur avis de l'Assureur lorsqu'une prime échue est toujours due et impayée par le Preneur après l'expiration du délai de grâce. Toutefois, le paiement de la prime est exigé pour les jours de grâce proportionnels.

La fin du contrat n'est opposable à aucune demande de prestations fondée sur un événement garanti au moment de sa survenance.

14. PROGRAMME SÉCURITAIRE - REMISE EN VIGUEUR

Si l'assurance de l'Adhérent est terminée en raison du non-paiement de la prime, il peut, de son vivant, demander la remise en vigueur de son assurance dans les vingt-quatre (24) mois qui suivent la terminaison de sa protection.

L'Adhérent doit acquitter les primes en souffrance et compléter un nouveau formulaire d'adhésion et répondre aux critères d'admissibilité.

15. PRIMES

a) ÉCHÉANCE DE LA PRIME

La prime calculée par l'Assureur pour un mois donné est payable le premier jour de ce mois.

b) NOUVEL ADHÉRENT OU AUGMENTATION DU MONTANT D'ASSURANCE

Tout adhérent qui devient admissible ou demande une augmentation du montant d'assurance prévue au présent contrat doit verser une prime annuelle au prorata de la période entre sa date de mise en vigueur et la date de renouvellement du contrat.

c) DÉLAI DE GRÂCE

L'Adhérent et le Preneur ont un délai de grâce de trente (30) jours pour acquitter toute prime due, à l'exception de la première. Pendant le délai de grâce, le contrat demeure en vigueur et l'Adhérent est redevable de la prime due.

d) DURÉE DES TAUX DE PRIME

Les taux de prime établis à la date d'entrée en vigueur pour chaque garantie sont valables jusqu'à la date d'expiration du contrat ou la date d'anniversaire. Par la suite, à chaque date de renouvellement du contrat, l'Assureur peut modifier les taux de prime, moyennant un préavis écrit au preneur d'au moins cent vingt (120) jours.

Toutefois, l'Assureur se réserve le droit de modifier les taux à toute date où:

- 1) Le contrat est modifié à la demande du preneur;
- 2) Des changements aux règlements ou aux lois ont pour effet de modifier la fiscalité ou les taxes applicables aux taux.

e) PRIME PROPORTIONNELLE

En cas de terminaison du contrat, le Preneur est redevable à l'Assureur d'une prime proportionnelle pour le temps couru depuis la dernière remise.

16. TAUX DE PRIMES

Les taux de primes sont présentés à l'Annexe A

17. PROGRAMME SÉCURITAIRE - AUGMENTATION DU MONTANT D'ASSURANCE

Un Adhérent qui n'est pas assuré pour le maximum prévu peut augmenter son montant d'assurance jusqu'à concurrence de ce maximum s'il :

- Est d'âge d'au plus de 55 ans révolus et répond aux conditions d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur pour la Garantie d'Assurance-Vie;
- Est d'âge d'au plus de 69 ans révolus pour la Garantie Optionnelle d'Assurance-Vie en Cas de Décès par Accident

Les montants d'assurance additionnelle disponibles sont par tranche de 1 000\$ d'assurance.

Une prime annuelle supplémentaire est exigée. La prime est déterminée selon l'âge atteint révolu de l'Adhérent au moment de sa demande d'augmentation, tel qu'indiqué à l'Annexe 1.

18. PRESTATIONS

a) AVIS DE SINISTRE

Tout sinistre donnant droit à une prestation en vertu de ce contrat doit être rapporté par écrit à l'Assureur dans les six (6) mois qui suivent.

b) PREUVES

Les preuves requises doivent être transmises à l'Assureur dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent l'avis de sinistre. Ces preuves doivent être jugées satisfaisantes et nécessaires par l'Assureur au règlement du sinistre, notamment relatives à la date de naissance de l'Adhérent, à la nature de la demande de prestations, les circonstances donnant lieu à la réclamation ou tous autres documents, rapports et renseignements de nature médicale ou non.

L'Assureur se réserve le droit d'exiger des examens médicaux à la fréquence qu'il juge nécessaires et ce, par un médecin de son choix.

Les frais reliés à l'obtention des preuves sont à la charge de l'assuré ou des bénéficiaires.

c) DÉLAI SUPPLÉMENTAIRE

Le défaut de transmettre à l'Assureur l'avis de sinistre ou les preuves requises dans les délais indiqués n'invalide pas le droit aux prestations, pourvu que l'avis de sinistre soit transmis à l'Assureur dans les douze (12) mois suivant le sinistre donnant droit aux prestations et pourvu qu'il soit démontré que l'avis a été produit et que les preuves ont été fournies aussitôt qu'il a été raisonnablement possible de le faire.

d) PAIEMENT

L'Assureur paie les prestations dues dans les quarante-cinq (45) jours qui suivent la date de réception de toutes les preuves requises.

Tout montant payable du vivant de l'Adhérent est payé à l'Adhérent et tout montant payable après le décès de l'Adhérent est payé au bénéficiaire de l'Adhérent.

e) BÉNÉFICIAIRE

Pourvu que la loi ne s'y oppose pas et en l'absence d'une désignation d'un bénéficiaire irrévocable, un assuré peut, en donnant un avis écrit à l'Assureur, faire toute nomination ou révocation de bénéficiaire qu'il juge à propos.

L'Assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité d'une désignation de bénéficiaire.

En l'absence d'une nomination de bénéficiaire, les sommes payables au décès sont versées à la succession de l'Adhérent.

f) TERMINAISON DE L'ASSURANCE

En cas de terminaison de l'assurance d'un Adhérent ou du contrat, l'Assureur n'est responsable d'aucune demande de prestations présentée plus de 12 mois suivant cette terminaison.

19. GARANTIE D'ASSURANCE-VIE - DROIT AU PAIEMENT ANTICIPÉ

Un Adhérent a le droit de recevoir un paiement anticipé de cinquante pour cent (50%) du montant d'assurance vie en vigueur si les conditions suivantes sont remplies :

- Il est assuré depuis au moins vingt-quatre (24); et
- Sa protection est de 15 000\$ et plus pour l'ensemble des protections d'Assurance-Vie détenu auprès de la Société; et
- son espérance de vie est de moins de douze (12) mois,.

La demande écrite à l'Assureur doit être accompagnée de preuves satisfaisantes démontrant que l'espérance de vie d'un Adhérent est d'au plus douze (12) mois à la date de sa demande.

Lors du décès d'un Adhérent, le montant autrement payable par l'Assureur au bénéficiaire est réduit du montant payé à l'Adhérent en vertu du présent droit, augmenté des intérêts courus au taux légal depuis la date du paiement anticipé.

Aucun intérêt n'est payable si le décès survient à l'intérieur d'un (1) an de la date du versement du paiement anticipé.

20. GARANTIE D'ASSURANCE-VIE - DROIT DE TRANSFORMATION

Tout Adhérent de moins de soixante-cinq (65) ans dont la vie cesse d'être assurée aux termes de la présente garantie parce qu'il cesse d'appartenir au groupe d'assurés peut transformer en tout ou en partie le montant d'assurance ainsi perdu en une police individuelle d'assurance vie, sans avoir à justifier de son assurabilité.

Le montant d'assurance ainsi transformable doit cependant être limité à la différence entre le montant d'assurance perdu sous le présent contrat et le montant

d'assurance prévu par un autre contrat d'assurance collective auquel l'Adhérent est devenu éligible au moment d'exercer son droit de transformation.

Pour effectuer la transformation, l'Adhérent doit en faire la demande par écrit, sur un formulaire fourni à cet effet par l'Assureur, et verser à l'Assureur le montant de la prime afférente à la police projetée, dans le délai de trente et un (31) jours à compter de la cessation de l'assurance.

Si un Adhérent meurt au cours de la période de trente et un (31) jours pendant laquelle il aurait été en droit d'exercer son droit de transformation, le montant maximum d'assurance vie qu'il aurait été en droit de transformer est payable.

L'Adhérent souscrit à son choix, un contrat d'assurance individuel selon l'une des combinaisons suivantes:

- 1) une assurance temporaire d'un (1) an, transformable à la fin de l'année en une assurance temporaire à soixante-cinq (65) ans ou en une assurance vie entière;
- 2) une assurance temporaire à soixante-cinq (65) ans;
- 3) une assurance vie entière.

Le taux de prime pour le contrat d'assurance individuel est celui alors en usage par l'Assureur selon la combinaison choisie, le montant transformé, le sexe et l'âge de l'Adhérent lors de la transformation. Lorsque l'Adhérent est déjà assujéti à une surprime ou à une exclusion en vertu de la présente garantie, l'Assureur augmente la prime ou reconduit l'exclusion pour l'assurance individuelle d'une façon similaire. Tous les modes de paiement de prime habituellement offerts par l'Assureur peuvent être choisis. Durant la première année de la transformation, les primes d'assurance peuvent être versées trimestriellement. Le contrat individuel prend effet trente et un (31) jours après la cessation de l'assurance en vertu du présent contrat.

Une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie d'assurés ne donne pas droit à la transformation.

L'Adhérent qui s'est prévalu de son droit de transformation n'est plus admissible à l'assurance en vertu du présent contrat, à moins de fournir des preuves d'assurabilité jugées acceptables par l'Assureur. L'Adhérent qui s'est prévalu une fois de ce droit ne peut plus s'en prévaloir.

21. SUICIDE

Durant les deux (2) premières années qui suivent la date d'entrée en vigueur de la protection d'assurance vie d'un Adhérent ou de sa remise en vigueur, la responsabilité de l'Assureur se limite au remboursement des primes versées advenant le suicide intentionnel ou non de l'Adhérent.

Ce délai de deux (2) ans s'applique également à toute augmentation d'un montant d'assurance à compter de la date d'entrée en vigueur de l'assurance supplémentaire.

22. MONNAIE

Tout montant dû en vertu des stipulations du présent contrat soit à l'Assureur, soit par l'Assureur, est payable en monnaie ayant cours légal au Canada.

23. CONTRAT SANS PARTICIPATION

Le présent contrat ne donne pas droit aux participations qui peuvent être réparties de temps à autre par l'Assureur.

24. ERREUR ET FAUSSE DÉCLARATION

La fausse déclaration sur l'âge de l'assuré n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Dans ce cas, la date réelle de la naissance, établie à la satisfaction de l'Assureur, sert de base au calcul de la prime et il est fait un réajustement équitable des primes et des montants assurés au contrat, s'il y a lieu.

L'Assureur est fondé à demander la nullité de l'assurance vie lorsque l'âge de l'assuré se trouve, au moment où se forme le certificat d'assurance, hors des limites d'âge fixées par les tarifs de l'Assureur. L'Assureur est tenu d'agir dans les trois (3) ans de la conclusion du certificat d'assurance d'un assuré, pourvu qu'il le fasse du vivant de l'assuré et dans les soixante (60) jours de la connaissance de l'erreur par l'Assureur.

Aucune erreur d'âge ne peut avoir pour effet de prolonger tout montant d'assurance au-delà de la date à laquelle ces montants se seraient terminés, tenant compte de l'âge réel d'un assuré.

25. INCONTESTABILITÉ

En l'absence de fraude, la fausse déclaration ou la réticence portant sur le risque ne peut fonder la nullité ou la réduction de l'assurance qui a été en vigueur pendant deux (2) ans.

Un Garantie peut être annulée en tout temps si l'Adhérent déclare frauduleusement des faits sur sa demande d'Adhésion.

26. HYPOTHÈQUE ET CESSIION

Ce contrat ne peut faire l'objet de cession ni d'hypothèque, autant par le Preneur que par l'Adhérent.

27. RÉDUCTION APPLICABLE À LA GARANTIE OPTIONNELLE – RENTE HEBDOMADAIRE EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Si l'Adhérent reçoit des revenus pendant son Invalidité Totale, la rente hebdomadaire payable de la Garantie sera alors réduite de façon que la somme des revenus pendant l'invalidité ne dépasse pas 85% de son salaire hebdomadaire brut au début de l'invalidité.

L'Assureur tient compte des revenus initiaux de base payables ou seraient payables s'il en avait fait la demande, sans égard aux augmentations ultérieures dues à l'indexation, suivants:

- a. Toute rente hebdomadaire payable en vertu de la présente Garantie;

- b. Toute rémunération versée par un employeur en vertu d'une politique de continuation de salaire, de vacances, de congés de maladie ou de tout régime d'avantages sociaux établi par l'employeur;
- c. Toute prestation payable en vertu d'un contrat d'assurance ou d'un régime de retraite
- d. Toutes rentes, prestations ou indemnités payables en vertu des lois suivantes:
 - Loi du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pension du Canada, incluant des prestations pour personnes à charge
 - Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou d'une loi similaire;
 - Loi provinciale de l'assurance automobile sans égard à la responsabilité;
 - Loi d'indemnisation des victimes d'actes criminels;
 - Loi de l'Assurance emploi;
 - Toutes autres Lois.

28. LIMITATIONS

Le montant maximal d'assurance vie détenu par un Adhérent auprès de la Société ne peut dépasser 25 000\$ et ce pour l'ensemble des produits disponibles.

Dans le cas d'une personne non assuré par un régime gouvernemental d'assurance-hospitalisation ou d'assurance maladie en vigueur au Canada, l'Assureur ne rembourse que la partie des frais qu'il aurait remboursé dans le cas d'une personne assuré.

En cas de perte multiple lors d'un même accident, l'Assureur verse une seule indemnité donnant droit au montant le plus élevé lors d'une perte subit sous **ASSURANCE EN CAS DE FRACTURE ACCIDENTELLE** et **ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS, DE MUTILATION OU DE PERTE D'USAGE À LA SUITE D'UN ACCIDENT**.

29. EXCLUSIONS

Aucune indemnité n'est payable dans le cas d'une perte résultant directement ou indirectement:

- a) D'un Accident survenu alors que l'Adhérent n'était pas assuré en vertu du présent contrat;
- b) De la participation d'un Adhérent à un acte ou tentative d'acte criminel ou illégal;
- c) De la participation active d'un Adhérent à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non;

- d) De la participation d'un Adhérent à une envolée aérienne à tout autre titre que celui de passager individuel payant sur un vol régulier ou nolisé;
- e) Du suicide ou de blessures qu'un Adhérent s'est infligées, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- f) Du fait qu'un Adhérent est décédé ou a subi des lésions corporelles en conduisant ou à la suite de la conduite d'un véhicule de toute sorte, quand ses facultés étaient affectées par des drogues, stupéfiants, médicaments ou alors que la concentration d'alcool dans son sang excède la limite légale;
- g) De la participation d'un Adhérent à tout sport ou toute activité dangereuse tel que mais non limité à : courses de véhicules motorisés, terrestres ou aquatiques, plongée sous-marine, vol plané ou à voile, alpinisme, parachutisme en chute libre ou non, sauts à l'élastique (bungee), sports de neige hors-piste, sports de combat, ou toutes autres activités ou sports dangereux similaires. En général, les sports jugés dangereux sont les sports extrêmes, de contact ou d'aventure. Ces sports peuvent se pratiquer sur mer, dans le ciel ou sur terre. Ils impliquent habituellement de la vitesse, du matériel spécialisé, des cascades ou des contacts physiques et comportent un plus haut risque d'Accident ou de blessure;
- h) D'une intoxication par ou sous l'influence de l'alcool, de drogue ou de stupéfiants;
- i) Du service avec ou dans les forces militaires, navales ou aériennes ou toutes autres forces armées ou auxiliaires de tout pays, que la guerre soit déclarée ou non;
- j) D'un traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'un procédé anesthésique;

Aucune indemnité n'est payable lorsque :

- a. Le service, soin ou traitement est rendu par une personne ayant un lien de parenté avec l'Adhérent ou résidant avec lui;
- b. Le décès accidentel, la mutilation ou perte d'usage à la suite d'un accident survient plus de 365 jours après l'Accident;
- c. La fracture est diagnostiquée plus de 31 jours suivants la date de l'Accident;
- d. L'Adhérent décède dans les 31 jours suivants l'Accident ouvrant droit à l'Indemnité **ASSURANCE EN CAS DE FRACTURE ACCIDENTELLE**.

Aucun frais n'est payable sous **ASSURANCE HOSPITALISATION, PARAMÉDICAUX ET AUTRES FRAIS MÉDICAUX** et sous **ASSURANCE SOINS DENTAIRES** lorsque :

- 1. Les frais sont engagés plus de de 365 jours après l'Accident; ou

2. Les frais sont couverts en vertu d'un autre contrat d'assurance, d'un régime, d'une commission ou d'un organisme gouvernemental ou privé.