

RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ POUR LES CONJOINTS (RAIC)

Veillez noter qu'en cas de divergence entre le présent document et le contrat de la police d'assurance n°901107, les dispositions dans le contrat anglais prévaudront. Ce document est fourni à titre de référence seulement et ne doit pas être considéré comme définitif.

1. Définitions

Les termes suivants ont la signification qui leur est donnée ci-dessous :

- a. « Membre » désigne un membre des Forces canadiennes appartenant à la Force régulière ou à la Force de réserve en service de réserve de classe A, B ou C, au cadre des instructeurs des cadets ou aux Rangers canadiens, ou un membre libéré des Forces canadiennes ou le conjoint d'un membre décédé libéré des Forces canadiennes qui satisfait aux dispositions d'admissibilité et aux exigences d'adhésion de cette politique.
- b. « Personne à charge » comprend un « conjoint » ou un « enfant », tels qu'ils sont définis dans la présente police, mais ne comprend pas un « ex-conjoint ».
- c. « Conjoint » désigne une personne mariée à un membre dans le cadre d'une cérémonie civile ou religieuse valide. En outre, le conjoint d'un membre désigne une personne à l'égard de laquelle le membre a produit une déclaration écrite établissant que cette personne est son conjoint, car il habite avec elle de façon continue et présente cette personne comme son conjoint. Si le membre a plus d'un conjoint répondant aux critères susmentionnés, seul le conjoint le plus récent sera considéré « à ce titre » pour les besoins de la présente police.
- d. « Ex-conjoint » : signifie une personne qui a déjà été le conjoint d'un membre, selon la définition du paragraphe 1.c. et qui est légalement divorcée du membre ou qui a cessé d'habiter avec le membre, dans le cas d'un conjoint qui n'était pas marié au membre dans le cadre d'une cérémonie civile ou religieuse valide, mais qui a habité avec le membre pendant un minimum de 12 mois consécutifs.
- e. « Enfant » désigne un enfant naturel d'un membre, un enfant à charge du conjoint du membre, un enfant adopté légalement par le membre et un enfant pour lequel le membre tient lieu de parent. La définition s'applique à partir de la naissance de l'enfant jusqu'à son 18^e anniversaire, ou son 25^e anniversaire de naissance si l'enfant fréquente une école ou une université à plein temps. Aucune limite d'âge ne s'applique si l'enfant est à la charge complète et continue d'un membre et ne peut pourvoir à ses propres besoins en raison d'une déficience physique ou mentale.

Un enfant est considéré comme une personne à charge :

- (i) s'il n'est pas marié et n'a pas un travail régulier à plein temps;
- (ii) s'il n'est pas admissible à l'assurance en tant que membre en vertu de la présente police;
- (iii) s'il est à la charge d'un membre vivant.

- f. « Titulaire du contrat » désigne le Chef d'état-major de la Défense des Forces canadiennes.
- g. « Assuré » désigne une personne assurée par la présente police.
- h. « Preuve d'assurabilité » désigne notamment une attestation médicale d'assurabilité et une attestation des besoins financiers de l'assuré proposé.
- i. Aux termes de la présente police, les noms ou pronoms masculins englobent le féminin.
- j. « Invalidité totale » signifie que l'assuré souffre d'une maladie, d'une blessure ou d'un problème de santé grave et prolongé pour lequel on a pu établir un diagnostic, confirmé par un examen médical ou psychiatrique accepté, et qui a occasionné des déficiences qui répondent à tous les critères suivants :
 - (i) on peut mesurer la déficience au moyen d'un examen médical ou psychiatrique accepté et par le biais d'une procédure diagnostique, d'un test et d'une enquête;
 - (ii) le médecin spécialiste de l'assuré a confirmé ce qui suit par écrit à l'Assureur :
 - (a) l'assuré souffre d'une déficience depuis une période d'au moins six mois consécutifs;
 - (b) la mise en application de directives médicales établies permet d'arriver à la conclusion que la déficience pourrait durer pendant au moins douze mois consécutifs de plus;
 - (iii) les traitements, les médicaments et l'aide appropriés ont été prescrits, suivis et utilisés comme il se doit par l'assuré et n'ont pas réussi à produire une amélioration suffisante de la déficience qui permettrait de modifier la situation concernant l'invalidité totale;
 - (iv) lorsque la déficience est physique :
 - (a) l'assuré ne peut participer à aucune des activités décrites dans au moins deux des « Catégories d'activités » énumérées au paragraphe 1(vi);
 - (b) l'assuré est paraplégique, quadriplégique ou hémiparaplégique.

- (v) lorsque la déficience est mentale :
- (a) l'assuré ne peut comprendre et traiter des renseignements pertinents à la prise de décision concernant ses propres soins de santé, son alimentation, son logement, son habillement, son hygiène et sa situation financière, et il est également incapable d'évaluer les conséquences relativement prévisibles d'une décision ou d'une absence de décision;
 - (b) la déficience mentale correspond aux critères diagnostiques d'un état mental reconnu dans la plus récente version du MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX.

(vi) Voici des catégories d'activités :

Catégorie A : soins personnels – alimentation, habillement et hygiène personnelle tels que ces termes sont définis;

Catégorie B : mobilité – la capacité de marcher, en ayant recours à une aide s'il y a lieu, sur une distance d'au moins 50 m sur un sol horizontal;

Catégorie C : activités ménagères – garde d'un enfant, entretien de maison et préparation des aliments tels que ces termes sont définis.

(vii) « S'habiller » signifie la capacité de retirer des vêtements des placards et tiroirs, de les enfiler et de les enlever, y compris des sous-vêtements et des vêtements d'extérieur, d'utiliser des dispositifs de fixation et appareils orthopédiques et de mettre et d'enlever des membres artificiels, s'il y a lieu.

(viii) « S'alimenter » signifie la capacité de se nourrir une fois le repas préparé et servi. Plus précisément, il s'agit de la capacité d'apporter de la nourriture et des boissons à la bouche, de mastiquer et d'avaler. Cette définition n'englobe pas la préparation des aliments.

(ix) « Hygiène personnelle » signifie la capacité de maintenir des conditions d'hygiène et de propreté raisonnables. La définition comprend aussi la capacité de continence, soit la capacité de contrôler la vessie et les selles, y compris la capacité d'utiliser des fournitures pour incontinence et ostomie ou d'autres dispositifs tels que les cathéters.

(x) « Garde d'enfant » signifie la capacité d'offrir des soins physiques, par exemple, d'habiller, de nourrir et de donner le bain à un enfant qui est incapable de subvenir à ses propres besoins.

(xi) « Entretien de maison » signifie l'accomplissement de tâches ménagères générales, y compris, sans toutefois s'y limiter, faire le marché, passer l'aspirateur, épousseter, faire la vaisselle et la lessive, etc.

- (xii) « Préparation des aliments » signifie la capacité de préparer et de servir de simples repas.
- k. « Déficience » signifie la perte ou l'abnormalité de la structure du corps ou des fonctions physiologiques ou psychologiques.

2. Admissibilité

- a. Un membre et son conjoint sont admissibles au RAIC dans les cas suivants :
 - (i) l'assuré est âgé de moins de 65 ans;
 - (ii) l'assuré est un membre ou un conjoint selon les définitions aux paragraphes 1.a. et 1.c.;
 - (iii) l'assuré n'est pas un membre des FC (Force régulière ou Réserve) pendant qu'il est en service de classe A, B ou C.
- b. Un membre peut maintenir la couverture offerte dans le cadre du RAIC pour un ex-conjoint selon la définition du paragraphe 1.d. dans les cas suivants :
 - (i) le membre a souscrit l'assurance avant de se séparer ou de divorcer de son conjoint;
 - (ii) le membre a des enfants à charge envers lesquels il a le devoir légal d'assurer la sécurité financière;
 - (iii) le membre ne maintient pas de couverture pour un conjoint.

Dans le cas où des primes sont versées pour maintenir la couverture offerte dans le cadre du RAIC d'un assuré alors que ce dernier n'est plus admissible à cette couverture ou à une partie de celle-ci, et où l'assuré est atteint d'invalidité totale ou décède pendant la période où il n'est plus admissible, l'Assureur est tenu de rembourser seulement les primes versées en trop pendant la période d'admissibilité.

3. Comment un membre ou son conjoint admissible devient-il assuré?

Un membre peut faire une demande d'adhésion au RAIC pour son conjoint admissible ou lui-même, à condition d'être admissible, en remplissant les documents suivants et en les transmettant au Titulaire du contrat ou à l'Assureur :

- a. un formulaire de demande d'adhésion au RAIC;
- b. une preuve d'assurabilité de l'assuré proposé, à la satisfaction de l'Assureur;
- c. une délégation de solde indiquant le montant de la prime requise ou toute autre forme de paiement que l'Assureur et le Titulaire du contrat jugent acceptable.

4. Entrée en vigueur de la protection

La couverture entre en vigueur à la date à laquelle l'Assureur approuve la demande. Le RAIC ne comporte aucune couverture conditionnelle avant l'approbation de l'Assureur.

5. Montant des prestations et modalités de paiement

Dans le cadre de ce régime, l'assuré reçoit une indemnité forfaitaire unique de 100 000 \$. En cas d'invalidité, l'Assureur verse à l'assuré une indemnité forfaitaire unique, à condition qu'il soit atteint d'invalidité totale selon la définition du paragraphe 1.j. de la présente police. Une preuve écrite du sinistre qui satisfait l'Assureur, précisant la date de l'accident, sa nature et l'étendue de la perte pour laquelle est faite la demande de prestation, doit être fournie à l'Assureur dans les 120 jours suivant la date à laquelle l'assuré est atteint d'invalidité totale. Lorsqu'on déclare par ordonnance du tribunal que l'assuré est frappé d'incapacité mentale et par conséquent, qu'il ne peut endosser des chèques et utiliser l'argent, l'indemnité est versée aux personnes nommées pour s'occuper des biens de l'assuré selon l'ordonnance du tribunal. Lorsqu'il n'existe aucune ordonnance du tribunal et l'assuré a désigné une personne ou plus pour s'occuper de ses biens par le biais d'une procuration, l'indemnité est versée à la personne désignée.

6. Droit de l'Assureur d'exiger un examen

L'Assureur se réserve le droit d'exiger, à sa discrétion, que l'assuré se fasse examiner par un médecin indépendant choisi par l'Assureur, selon les besoins, en vue de toute demande de prestation présentée en vertu de la présente police.

7. Prestations maximales à vie

Le montant maximal des prestations à vie payable en vertu de cette police est de 100 000 \$.

8. Limites et exclusions

Aucune prestation ne doit être versée pour une invalidité :

- a. survenant au cours des douze premiers mois suivant le début de la couverture d'une maladie, d'une blessure ou d'un état de santé pour lequel l'assuré a consulté un médecin au cours des 24 mois précédant immédiatement la présentation d'une demande d'adhésion à l'Assureur ou au Titulaire du contrat;
- b. résultant d'un abus de substances intoxicantes y compris, entre autres, l'alcool et les drogues;
- c. résultant de la participation ou de la tentative de participation du membre à un acte criminel;
- d. résultant d'une blessure ou d'une maladie volontaire ou d'une tentative d'autodestruction alors que l'assuré est sain d'esprit ou non;
- e. au sujet de laquelle on ne dispose d'aucune preuve médicale claire et objective permettant de confirmer que l'assuré est atteint d'une maladie, a subi une blessure ou présente un état de santé sous-jacent quelconque.

Lorsqu'on a refusé une demande de prestation sous prétexte qu'elle relève ni de la définition de l'invalidité ni des limites et exclusions de la police, l'Assureur n'étudiera aucune autre demande de prestation pour la même déficience, malgré le niveau de sévérité de dégénérescence, avant l'expiration d'une période de trois (3) ans à compter de la date du refus de la demande de prestation antérieure. Aucune disposition de la présente police n'empêche l'assuré de présenter, pendant cette période de trois (3) ans, une demande de prestation en raison d'une invalidité totale occasionnée par une déficience liée directement ou indirectement à la déficience en raison de laquelle la demande de prestation a été refusée.

9. Procédure d'appel

L'assuré qui désire faire appel contre le refus d'une demande de règlement pour invalidité doit envoyer un avis par écrit à l'Assureur présentant en détail les motifs de l'appel dans les soixante (60) jours de la date de l'avis de refus. Des documents médicaux et d'autres preuves à l'appui de l'appel doivent être soumis à l'Assureur dans les six mois suivant la date de l'avis de refus. Toute dépense engagée en raison de l'appel et de l'obtention de documents à l'appui est à la charge de l'assuré.

10. Cessation de la protection

La couverture offerte à l'assuré dans le cadre du Régime d'assurance invalidité pour les conjoints prend fin automatiquement à la date qui survient en premier parmi les suivantes :

- a. au du décès de l'assuré;

- b. au 65^e anniversaire de l'assuré;
- c. à la date à laquelle l'assuré devient membre des Forces canadiennes et appartient à la Force régulière ou à la Force de réserve en service de réserve de classe A, B ou C;
- d. à la fin de la période pour laquelle les primes ont été payées;
- e. à la date à laquelle le Titulaire du contrat ou l'Assureur reçoit un avis écrit de l'assuré demandant qu'on mette fin au contrat;
- f. à la date d'expiration de la police
- g. à la date à laquelle l'assuré n'est plus considéré comme un conjoint (à moins que la clause concernant les ex-conjoints soit en vigueur);
- h. en ce qui concerne les ex-conjoints, à la date à laquelle débute la couverture du conjoint du membre en vertu de la présente police;
- i. à la date à laquelle les prestations sont versées dans le cadre de la présente police.

11. Privilèges de transformation

Le RAIC n'est assorti d'aucun privilège de transformation.

12. Renseignements requis

- a. Le Titulaire du contrat doit fournir à l'Assureur tous les renseignements disponibles que l'Assureur pourrait exiger afin d'être en mesure d'administrer le régime d'assurance, d'évaluer les demandes et d'établir les primes exigées.
- b. Le Titulaire du contrat ou l'Assureur doit tenir un dossier d'assurance suffisant pour permettre d'établir la situation au point de vue de l'assurance de chaque personne assurée en vertu de la présente police.
- c. L'Assureur doit être en mesure, à tout moment raisonnable, d'inspecter tous les dossiers du Titulaire du contrat concernant la présente police ou toute autre assurance en vertu de la présente police, et vice versa.
- d. Une erreur administrative ne doit pas porter préjudice aux droits de l'Assureur.

13. Certificats

Des certificats seront délivrés aux assurés.

14. Erreur sur l'âge

Si une erreur a été commise quant au classement par âge d'un assuré, les primes de ce dernier feront l'objet d'un ajustement équitable, à condition que l'assuré ait moins de 65 ans. Si on découvre une erreur à l'égard du classement de l'âge au moment du dépôt d'une plainte et si l'ajustement équitable des primes de l'assuré révèle que celui-ci doit verser des primes additionnelles, l'Assureur déduira ce montant de l'indemnité versée.

15. Contestabilité

Si la protection d'assurance est en vigueur depuis une période de deux ans pendant la vie de la personne assurée, tout défaut de divulguer un fait important ou toute fausse déclaration quant au risque ne peut entraîner l'annulation de la police par l'Assureur, sauf s'il y a fraude.

16. Conformité avec la loi pertinente

Si une disposition de la présente police est en conflit avec les dispositions de la loi pertinente en vigueur dans la juridiction de délivrance (province de l'Ontario), cette disposition est modifiée de manière à se conformer aux exigences minimales de cette loi, si possible, et si cela est impossible, elle est retranchée du reste de la police sans incidence sur la validité des autres dispositions de la police.

17. Modification, renouvellement et expiration

- a. La présente police peut être modifiée à tout moment à la suite d'une entente écrite convenue entre l'Assureur et le Titulaire du contrat;
- b. Les ententes écrites convenues entre l'Assureur et le Titulaire du contrat avant et après les modifications apportées à la présente police demeurent en vigueur, sauf si elles sont annulées ou autrement modifiées par suite d'un consentement mutuel ou conformément aux dispositions des ententes;
- c. Le Titulaire du contrat peut, à tout moment, annuler la présente police (conformément à l'Amended Terminal Accounting Agreement [Entente comptable finale modifiée]), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1990, et ses modifications, en faisant parvenir un avis d'annulation au siège social de l'Assureur, mais la date d'annulation ne doit pas être antérieure à 180 jours à compter de la date de réception d'un tel avis par l'Assureur, sauf si une date antérieure a été convenue par écrit entre l'Assureur et le Titulaire du contrat;
- d. L'Assureur peut annuler la présente police à compter du dernier jour du mois. L'annulation doit être signifiée au Titulaire du contrat sous la forme d'un avis écrit délivré au moins 180 jours précédant la date d'annulation;
- e. La présente police est renouvelée automatiquement pour une période d'un an à compter du jour de l'anniversaire de la police, sauf si le Titulaire du contrat ou

l'Assureur a signifié par écrit à l'autre partie l'annulation de la police conformément aux dispositions des paragraphes précédents;

- f. La modification, le renouvellement ou l'expiration de la présente police ne doit pas nécessiter le consentement du membre, du bénéficiaire ou d'une autre personne, ni l'envoi d'un avis écrit à l'une de ces personnes;
- g. Seul le président, un vice-président, le secrétaire ou un actuaire possède le pouvoir de modifier ou d'annuler la présente police au nom de l'Assureur. Aucun agent n'est autorisé à modifier le contenu de la présente police ou à résilier l'une de ses dispositions;
- h. Seul le président des SF RARM ou une autorité supérieure autorisée par le Titulaire du contrat possède le pouvoir de modifier ou d'annuler la présente police au nom du Titulaire du contrat. Aucun agent n'est autorisé à modifier le contenu de la présente police ou à résilier l'une de ses dispositions.

18. Subrogation

Si l'invalidité totale de l'assuré donnant droit aux prestations en vertu de la présente police est causée par un acte préjudiciable d'une tierce partie, l'assuré subroge son droit à poursuivre une telle tierce partie à l'Assureur et convient d'exécuter tout document requis pour parfaire la subrogation.

19. Cession

Aucun assuré n'a le droit de céder, d'aliéner, de charger ou de transformer des indemnités versées dans le cadre de la présente police.

20. Recours en justice

Aucune action en justice ou en équité ne doit être intentée afin d'obtenir règlement d'un sinistre en vertu de la présente police avant l'expiration du délai de 30 jours suivant la réception de la preuve écrite de l'invalidité totale conformément aux exigences de la présente police. Aucune telle action ne doit être intentée après l'expiration du délai d'un an suivant la réception de la preuve écrite de l'invalidité totale conformément aux exigences de la présente police, ni plus de six (6) ans après la date de survenance du sinistre pour lequel l'indemnité doit être versée, selon la première période expirée.

Si le délai prescrit dans la présente police pour ce qui concerne une action en justice ou en équité intentée afin d'obtenir règlement d'un sinistre en vertu de la présente police est inférieur à celui autorisé par la loi dans la province de compétence où réside l'assuré au moment du début de l'invalidité sur laquelle se fonde la demande de prestation, ce délai est prolongé afin de se conformer au délai minimal autorisé par la loi.

21. Devises canadiennes

Tous les montants payables en vertu de la présente police doivent être versés en devises canadiennes.

22. Non-résiliation des dispositions de la police

Si l'Assureur ne se prévaut pas d'une disposition de la présente police à un moment ou à un autre, cela ne doit pas conduire à la résiliation ou à la modification de ladite disposition, ni à la rendre inexécutable en tout autre temps.

23. Titulaire du contrat non représentant de l'Assureur

Pour les besoins de la présente police, le Titulaire du contrat n'est pas le représentant ou l'agent de l'Assureur et l'Assureur n'est pas le représentant ou l'agent du Titulaire du contrat.

24. Tarification annuelle personnalisée

À la date d'anniversaire de toute police, et en conformité avec les méthodes convenues entre le Titulaire du contrat et l'Assureur concernant la « tarification personnalisée », l'Assureur peut déclarer un crédit d'expérience correspondant à un montant qu'il peut lui-même déterminer. Le montant correspondant à chaque crédit d'expérience que déclare l'Assureur sera laissé en garde chez l'Assureur et l'intérêt couru conformément aux règlements de l'Assureur concernant de tels dépôts en vigueur à ce moment, ou dans les quatre-vingt-dix (90) jours précédant l'envoi d'un avis par écrit du Titulaire du contrat, seront remboursés au Titulaire du contrat. Le paiement des participations que verse l'Assureur au Titulaire du contrat libère complètement l'Assureur de toute obligation à l'égard de la somme ainsi versée.

25. Contrat complet

La présente police et les demandes individuelles des assurés constituent le contrat complet entre le Titulaire du contrat et l'Assureur.