



### **Ligne directrice LD3**

## **ASSURANCES COLLECTIVES VIE ET MALADIE**

*La présente ligne directrice a été approuvée par le Conseil d'administration de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP). Il est entendu que les sociétés membres l'adoptent, compte tenu de leur structure d'entreprise, de leurs produits et de leurs processus d'affaires, canaux de distribution compris. Il leur est en outre fortement recommandé de l'incorporer à leur programme de conformité.*

---

## **Ligne directrice LD3**

### **ASSURANCES COLLECTIVES VIE ET MALADIE**

---

#### **1. INTRODUCTION**

Les assurances collectives vie et maladie sont souscrites par des preneurs de contrats à titre facultatif à l'intention des membres d'un groupe - les Participants - afin de procurer à ces derniers et aux personnes qu'elles ont à charge une protection face aux événements, prévus ou non, de la vie.

Advenant une quelconque divergence entre la présente ligne directrice et une loi applicable, c'est la loi qui fait autorité.

#### **2. OBJECTIF**

La présente ligne directrice vise à assurer la cohérence des pratiques des sociétés membres relatives à l'administration des contrats d'assurance collective, en ce qui concerne les aspects suivants :

- a) la description du régime d'assurance collective à l'intention des Participants;
- b) le droit de transformation de l'assurance vie;
- c) le maintien en vigueur de l'assurance vie ou de l'assurance invalidité d'un Participant en invalidité;
- d) le changement d'assureur; et
- e) la coordination avec l'ajustement au coût de la vie des prestations des régimes gouvernementaux.

#### **3. PORTÉE**

La ligne directrice s'applique aux assurances collectives vie et maladie (p. ex., garanties décès ou mutilation par accident, invalidité, soins dentaires et médicaments).

Elle ne s'applique pas aux rentes, à l'assurance crédit collective, à l'assurance individuelle contre les accidents et la maladie (établie p. ex. pour les clients des émetteurs de cartes de crédit), ni aux régimes non assurés.

#### **4. DÉFINITIONS**

Dans la présente ligne directrice, on entend par

- a) « **assurance collective** » une assurance vie ou maladie couvrant un groupe de personnes aux termes d'un ou de plusieurs contrats conclus entre un assureur et un Titulaire de contrat collectif;
- b) « **contrat de remplacement** » un contrat d'Assurance collective établi par le même ou un autre assureur et qui :

- entre en vigueur au plus tard 31 jours après que prend fin un autre contrat d'Assurance collective (le « Contrat remplacé »),
  - couvre le même groupe ou une partie du groupe qui était assuré par le Contrat remplacé, et
  - comporte au moins une des garanties d'assurance vie ou d'assurance maladie (décès ou mutilation par accident, invalidité, soins dentaires et médicaments, p. ex.) qui étaient prévues au Contrat remplacé;
- c) « **contrat remplacé** », lors de l'établissement d'un Contrat de remplacement, le contrat d'Assurance collective qui était en vigueur immédiatement avant le Contrat de remplacement;
- d) « **garantie d'exonération de primes** » la clause d'un contrat d'Assurance collective sur la vie selon laquelle l'assureur renonce aux primes exigibles relativement au Participant, ou à toute autre personne couverte par le contrat par l'entremise de ce dernier, en cas d'invalidité et pendant l'invalidité du Participant;
- e) « **indemnités d'invalidité** » les sommes versées périodiquement par l'assureur à un Participant en cas d'invalidité, en exécution de la garantie prévue à un contrat d'Assurance collective;
- f) « **participant** » une personne assurée par le contrat d'Assurance collective, tel un employé, un membre d'un syndicat ou d'une association, mais non une personne assurée par l'entremise de cette dernière;
- g) « **titulaire de contrat collectif** » l'entité juridique qui souscrit un contrat d'Assurance collective auprès d'un assureur à l'intention des membres d'un groupe.
- h) « **traitement, traiter, traité** » s'entend d'un acte médical prescrit, posé ou recommandé par un médecin en lien avec un problème de santé. Comprend, sans s'y limiter, la prescription de médicaments, les tests médicaux à des fins d'investigation, et les interventions chirurgicales.
- i) « **urgence** » s'entend d'une affection soudaine et imprévue qui nécessite un traitement immédiat. La situation d'urgence se termine lorsqu'il est établi que la personne assurée n'a besoin d'aucun autre traitement à l'extérieur de sa province ou son territoire de résidence ou du Canada, ou qu'elle est en mesure de retourner dans sa province ou son territoire de résidence pour y recevoir d'autres traitements.

## 5. DESCRIPTION DU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE À L'INTENTION DES PARTICIPANTS

L'assureur devrait remettre ou faire remettre au Titulaire de contrat collectif, qui le remettra à chaque Participant, un certificat ou un autre document (p. ex., une description ou une brochure explicative) sur support papier ou électronique, renfermant les renseignements ci-dessous :

- a) le nom de l'assureur et des données suffisantes pour identifier le contrat d'Assurance collective;
- b) le nom du titulaire du contrat (peuvent être précisées la division, la filiale ou la société affiliée dont il relève);
- c) les sommes assurées ou la méthode de calcul des sommes assurées pour le Participant ainsi que toute autre personne couverte par l'Assurance collective par l'entremise du Participant;
- d) une description de toute exclusion ou restriction applicable;
- e) une mention à l'effet que le document vise à résumer certaines dispositions du contrat, et qu'advenant une divergence entre le libellé du document et celui du contrat, c'est ce dernier qui fera autorité dans la mesure prévue par la loi;
- f) les circonstances dans lesquelles prend fin l'assurance ainsi que, le cas échéant et s'il y a lieu, les droits du Participant et de toute autre personne couverte par l'entremise du Participant;
- g) une mention bien visible à l'effet que le document renferme des renseignements importants et doit être conservé en lieu sûr;
- h) la marche à suivre pour présenter une demande de règlement, notamment :
  - i) à qui l'adresser et où l'envoyer;
  - ii) le délai imparti pour la présenter, ou pour soumettre un avis ou une preuve de sinistre;
  - iii) comment se procurer le formulaire; et
  - iv) où et auprès de qui le Participant peut obtenir de plus amples renseignements sur les garanties et les dispositions du contrat d'Assurance collective qui le concernent.

## **6. DROIT DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE**

Au Québec, la loi décrit les modalités selon lesquelles un Participant peut transformer son assurance vie collective en une assurance vie individuelle, pour lui-même et pour toute autre personne assurée par son entremise, lorsque prend fin le contrat d'Assurance collective ou l'adhésion du Participant à ce dernier.

Partout ailleurs au Canada, les modalités suivantes s'appliquent :

- a) Tout contrat d'Assurance collective sur la vie doit stipuler qu'un Participant de 65 ans ou moins peut transformer, sans preuve d'assurabilité, son assurance vie en une assurance vie individuelle d'un montant pouvant atteindre la moins élevée des sommes suivantes :
  - i) le capital de l'assurance vie qui a pris fin,

- ii) la partie du capital-décès que n'assure plus aucun contrat d'Assurance collective sur la vie, ou
- iii) 200 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'Assurance collective sur la vie du Participant.

Toutefois, si dans le cadre d'une transformation un Participant souhaitait souscrire un capital assuré inférieur à celui de l'assurance qui a pris fin, l'assureur peut exiger que ce capital respecte la somme minimale qu'il accepte normalement de prendre en charge.

- b) Aux fins de la transformation, l'assureur devrait au moins offrir un contrat individuel temporaire d'une durée d'un an ou expirant à 65 ans. L'assureur peut également proposer tout autre contrat de son choix, à ses taux en vigueur pour l'assurance individuelle.
- c) Si l'adhésion à l'Assurance collective était subordonnée à la présentation d'une preuve d'assurabilité et au paiement d'une surprime, une surprime comparable peut être appliquée au contrat individuel résultant de la transformation.
- d) La proposition d'assurance individuelle doit être présentée dans un délai de 31 jours suivant la date à laquelle l'assurance vie collective du Participant a pris fin.
- e) Le contrat d'Assurance collective sur la vie n'a pas à stipuler que le droit de transformation s'applique aux réductions ou à la cessation de la couverture qui prennent effet à des âges précisés ou à la retraite du Participant, et qui sont prévues par le contrat d'Assurance collective.
- f) Le droit de transformation dont il est question dans la présente ligne directrice s'applique également à l'Assurance collective sur la vie d'un Participant en invalidité qui est maintenue en vigueur grâce à une Garantie d'exonération de primes, et ce, même si le Participant se rétablit et ne retourne pas au travail, cessant par conséquent de faire partie du groupe. En cas de changement d'assureur, l'assureur qui a maintenu l'assurance en vigueur aux termes de la Garantie d'exonération de primes devrait accorder la transformation.

## **7. MAINTIEN EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE VIE OU DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ D'UN PARTICIPANT EN INVALIDITÉ LORSQUE PREND FIN LE CONTRAT OU LA GARANTIE - SANS REMPLACEMENT DU CONTRAT**

Afin de protéger un Participant en invalidité contre la perte de son assurance vie ou de ses Indemnités d'invalidité :

- a) Tout contrat d'Assurance collective sur la vie comportant une Garantie d'exonération de primes devrait stipuler que, lorsque prend fin le contrat ou la garantie, l'assurance vie d'un Participant invalide conformément à la définition d'invalidité énoncée dans le contrat d'Assurance collective au moment où ce dernier prend fin, sera maintenue en vigueur comme si le contrat ou l'assurance était pleinement en vigueur. Cette disposition s'applique si l'invalidité du Participant est déclarée à l'assureur dans un délai de 180 jours suivant le début

de celle-ci, ou au cours du délai ininterrompu stipulé dans le contrat s'il est plus long, ou selon ce que prévoit la loi applicable.

- b) Tout contrat d'Assurance collective comportant une garantie prévoyant des Indemnités d'invalidité devrait stipuler que, lorsque prend fin le contrat ou la garantie, les Indemnités d'invalidité d'un Participant invalide conformément à la définition d'invalidité énoncée dans le contrat d'Assurance collective au moment où ce dernier prend fin, se poursuivront comme si le contrat ou la garantie était pleinement en vigueur. Cette disposition s'applique si l'invalidité du Participant est déclarée à l'assureur dans un délai de 180 jours suivant le début de celle-ci, ou au cours du délai ininterrompu stipulé dans le contrat s'il est plus long, ou selon ce que prévoit la loi applicable.
- c) Dans le cas de l'assurance invalidité de courte durée, telle qu'elle est prévue au contrat, l'assureur qui a établi le contrat devrait verser les Indemnités d'invalidité à l'égard de l'invalidité ayant débuté avant que ne prenne fin le contrat d'Assurance collective ou la garantie, si une récurrence survient à l'intérieur d'un délai de 14 jours, ou du délai stipulé dans le contrat s'il est plus long, à partir du moment où le Participant a cessé d'être invalide.

Dans le cas de l'assurance invalidité de longue durée, telle qu'elle est prévue au contrat, l'assureur qui a établi le contrat devrait verser les Indemnités d'invalidité à l'égard de l'invalidité ayant débuté avant que ne prenne fin le contrat d'Assurance collective ou la garantie, si une récurrence survient à l'intérieur d'un délai de 180 jours, ou du délai stipulé dans le contrat s'il est plus long, à partir du moment où le Participant a cessé d'être invalide.

- d) L'assureur qui a établi le contrat devrait appliquer la Garantie d'exonération de primes à l'égard d'une invalidité ayant débuté avant que ne prenne fin le contrat d'Assurance collective ou la garantie, si une récurrence survient à l'intérieur d'un délai de 180 jours, ou du délai stipulé dans le contrat s'il est plus long, à partir du moment où le Participant a cessé d'être invalide.

## **8. CHANGEMENT D'ASSUREUR**

Le Participant devrait être protégé contre la perte de son assurance du seul fait que le titulaire de police a changé d'assureur, ou que le Participant n'était pas effectivement au travail quand le changement s'est effectué. Cela ne s'applique pas à une quelconque modification de la couverture ou des garanties se reflétant dans le Contrat de remplacement et faite à la demande ou avec le consentement du titulaire du contrat collectif.

- 1) Le Contrat de remplacement devrait stipuler ce qui suit :
  - a) Le Participant ou toute autre personne qui, par l'entremise de ce dernier, était assurée par le contrat quand il a pris fin,
    - i) dont l'assurance a pris fin uniquement parce que le Contrat remplacé a pris fin, et
    - ii) qui est admissible à l'assurance, conformément aux dispositions du Contrat de remplacement,

devrait être assuré par le Contrat de remplacement, sous réserve du paiement des primes.

- b) La somme assurée au Participant ou à toute autre personne couverte par le Contrat de remplacement par l'entremise du Participant devrait correspondre à la moins élevée des sommes suivantes :
    - i) la somme à laquelle le Participant est admissible aux termes du Contrat de remplacement;
    - ii) la somme assurée au Participant par le Contrat remplacé, y compris par les garanties facultatives.
  - c) L'assurance du Participant ou de toute autre personne couverte par le Contrat de remplacement par l'entremise du Participant devrait entrer en vigueur à la plus éloignée des dates suivantes :
    - i) la date à laquelle prend fin l'assurance du Participant aux termes du Contrat remplacé;
    - ii) la date à laquelle le Contrat de remplacement entre en vigueur.
  - d) Aucun Participant ni aucune autre personne qui, par l'entremise du Participant, était assurée par le Contrat remplacé à la date à laquelle il a pris fin ne devrait être exclu du Contrat de remplacement du seul fait que le Participant n'était pas effectivement au travail à la date d'entrée en vigueur du Contrat de remplacement.
- 2) Lorsque, en raison d'un accident ou d'une maladie, un Participant qui était assuré par le Contrat remplacé n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle prend fin ce dernier, les règles ci-dessous devraient s'appliquer.
- a) Une demande d'Indemnités d'invalidité devrait être traitée par l'assureur comme si le contrat était demeuré en vigueur, à la condition qu'un avis de sinistre lui soit présenté dans un délai de 180 jours suivant le début de l'invalidité, ou au cours du délai ininterrompu stipulé dans le Contrat remplacé s'il est plus long, ou selon ce que prévoit la loi applicable.
  - b) Dans le cas d'un contrat d'Assurance collective sur la vie comportant une Garantie d'exonération de primes :
    - i) La demande d'exonération devrait être traitée par l'assureur ayant établi le Contrat remplacé comme si celui-ci était demeuré en vigueur, à la condition qu'un avis de sinistre lui soit présenté dans un délai de 180 jours suivant le début de l'invalidité, ou au cours du délai ininterrompu stipulé dans le Contrat remplacé s'il est plus long, ou selon ce que prévoit la loi applicable.
    - ii) Si le Participant décède – de quelque cause que ce soit – au cours du délai de carence au titre de la Garantie d'exonération de primes ou du délai imparti pour présenter une demande d'exonération, et qu'une telle demande n'ait pas été présentée, l'assureur ayant établi le Contrat remplacé devrait appliquer la Garantie d'exonération de primes comme si :

1. le délai de carence au titre de la Garantie d'exonération de primes avait été satisfait, et
2. une demande d'exonération avait été présentée.

Par conséquent, tant que les autres conditions au titre de la Garantie d'exonération de primes ont été remplies, l'assureur ayant établi le Contrat remplacé est responsable du règlement des sommes prévues par l'assurance vie.

- c) En ce qui concerne la garantie prévoyant des Indemnités d'invalidité traitée aux points a) et b) ci-dessus, l'assureur établissant le Contrat de remplacement peut encaisser les primes jusqu'à ce que l'assureur ayant établi le Contrat remplacé ait pris sa décision concernant la demande de règlement. Dans le cas d'un contrat d'Assurance collective sur la vie comportant une Garantie d'exonération de primes tel qu'indiqué ci-dessus, l'assureur établissant le Contrat de remplacement devrait encaisser les primes jusqu'à ce que l'assureur ayant établi le Contrat remplacé ait pris sa décision concernant la demande de règlement.
  - d) Les sommes prévues par l'assurance vie devraient être versées par l'assureur établissant le Contrat de remplacement en contrepartie du paiement des primes :
    - i) lorsque le Contrat remplacé est un contrat d'Assurance collective sur la vie n'offrant pas de Garantie d'exonération de primes au Participant ou à toute personne couverte par lui, ou
    - ii) lorsque le Participant n'a pas droit au maintien en vigueur de l'assurance conformément à la Garantie d'exonération de primes du Contrat remplacé en raison de son âge, ou parce que son état ne correspond pas à la définition d'invalidité, ou encore parce qu'il n'a pas présenté sa demande dans les délais indiqués en b) ci-dessus.
  - e) Aucun Participant touchant des prestations en vertu du Contrat remplacé ne peut également toucher des prestations aux termes du Contrat de remplacement.
- 3) Les demandes de règlement du Participant au titre de l'assurance maladie de voyage pour les sinistres survenus à l'extérieur du Canada ou de sa province ou son territoire de résidence, ou de toute autre personne assurée aux termes d'un contrat d'Assurance collective du Participant et découlant d'une Urgence devraient être réglées par l'assureur ayant établi le contrat d'Assurance Collective qui était en vigueur au moment où est survenue l'Urgence. Les demandes de règlement au titre de l'assurance maladie de voyage résultant d'un suivi en lien avec une Urgence devraient, elles aussi, être réglées par l'assureur dont un tel contrat était en vigueur au moment où est survenue l'Urgence.

S'il y a eu un changement d'assureur durant la période où survient l'Urgence, l'assureur ayant établi le Contrat remplacé devrait traiter les demandes de règlement au titre de l'assurance maladie de voyage comme si le contrat était resté en vigueur pendant la durée de l'Urgence.



Un Participant ou toute autre personne assurée aux termes d'un contrat d'Assurance collective par l'entremise du Participant qui choisit de poursuivre son voyage, sans retourner dans sa province ou son territoire de résidence à la suite d'une Urgence, peut ne plus être assuré pour les sinistres qui en découlent.

- 4) L'assureur devrait s'efforcer de déterminer si le contrat d'Assurance collective qu'il se propose d'établir est un Contrat de remplacement et, si c'est le cas, quelles sont les responsabilités qui lui incombent conformément à la présente ligne directrice ou à la loi applicable. Tant que l'assureur exerce cette vigilance, rien dans la présente ligne directrice ne lui interdit de mettre fin à un contrat d'Assurance collective ou de réviser ses primes si on lui a fourni des renseignements erronés ou s'il a été induit en erreur quant aux sommes assurées ou à d'autres données relatives au risque en cause.
- 5) Lorsqu'il décide s'il établira ou non un Contrat de remplacement, un assureur peut exiger des preuves d'assurabilité satisfaisantes pour n'importe quelle garantie d'assurance. Toutefois, le cas échéant, le Contrat de remplacement n'entre pas en vigueur avant que les preuves d'assurabilité exigées aient été approuvées par ledit assureur.
- 6) Rien dans la présente ligne directrice ne devrait interdire à un assureur d'établir, après entente avec le titulaire de police, un Contrat de remplacement dont les conditions diffèrent de celles du Contrat remplacé. Notamment, le Contrat de remplacement n'a pas à fournir à tous les Participants et à toutes les personnes assurées par leur entremise, en toutes circonstances, toutes les garanties du Contrat remplacé.
- 7) Les prestations payables par l'assureur qui a établi le Contrat remplacé conformément à la présente ligne directrice peuvent être réglées, en tout ou en partie, par l'assureur établissant le Contrat de remplacement. Si cette mesure fait l'objet d'une disposition dans le Contrat de remplacement, l'assureur qui a établi le Contrat remplacé n'est pas responsable du règlement des prestations.
- 8) Quand l'assureur qui a établi le Contrat remplacé est tenu de payer des prestations, l'assureur établissant le Contrat de remplacement n'est pas responsable du règlement de ces prestations.

## 9. TECHNOLOGIES SANS PAPIER

Un assureur peut permettre que soient utilisées des technologies (signatures, propositions et autres documents électroniques, enregistrements vocaux, etc.) à la place de documents sur support papier.

## 10. COORDINATION AVEC L'AJUSTEMENT AU COÛT DE LA VIE DES PRESTATIONS DES RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

- 1) Dans la présente partie, « **ajustement au coût de la vie des prestations des régimes ou programmes gouvernementaux** » s'entend de la majoration des prestations au titre d'un régime ou d'un programme gouvernemental pour tenir compte de l'augmentation du coût de la vie telle qu'elle est établie par

- l'organisme gouvernemental compétent, mais non de la modification de la formule de calcul des prestations prévues par ledit régime ou programme.
- 2) Si le contrat ne prévoit pas l'ajustement au coût de la vie des Indemnités d'invalidité, les Indemnités d'invalidité payables ne devraient pas être réduites en raison d'un ajustement au coût de la vie des prestations d'un régime ou programme gouvernemental effectué après la date à laquelle lesdites Indemnités d'invalidité sont payables.
  - 3) Si le contrat prévoit l'ajustement au coût de la vie des Indemnités d'invalidité, lesdites Indemnités d'invalidité peuvent être réduites de la moins élevée des sommes suivantes :
    - a) l'ajustement au coût de la vie du régime ou programme gouvernemental en cause effectué après la date à laquelle les Indemnités d'invalidité sont payables aux termes du contrat d'Assurance collective;
    - b) le montant visé au point 3 a) multiplié par le pourcentage de l'ajustement au coût de la vie prévu par le contrat d'Assurance collective pour la même période divisé par le pourcentage de l'ajustement au coût de la vie du régime ou programme gouvernemental en cause.