

5.

Institutions financières

- 5.1 Avis et communiqués
 - 5.2 Réglementation et lignes directrices
 - 5.3 Autres consultations
 - 5.4 Modifications aux registres de permis des assureurs, des sociétés de fiducie et sociétés d'épargne et des statuts des coopératives de services financiers
 - 5.5 Sanctions administratives
 - 5.6 Autres décisions
-

5.1 AVIS ET COMMUNIQUÉS

Aucune information.

5.2 RÉGLEMENTATION ET LIGNES DIRECTRICES

5.2.1 Consultation

Publication d'un projet de règlement à la Gazette officielle du Québec pour consultation – Règlement d'application de la Loi sur les assurances¹

Vous trouverez, ci-dessous, le projet de règlement suivant, en versions française et anglaise :

- *Règlement d'application de la Loi sur les assurances.*

Ce projet de règlement a été publié, par le gouvernement du Québec, dans la Partie 2 de la *Gazette officielle du Québec* du 12 novembre 2008 (140^e année, n 46). Le texte du projet pourra être approuvé avec ou sans modification par le gouvernement à l'expiration du délai de 45 jours à compter de sa publication dans la *Gazette officielle du Québec* le 12 novembre 2008.

Toute personne intéressée ayant des commentaires à formuler à ce sujet est priée de les faire parvenir par écrit à l'adresse mentionnée dans l'avis, avant l'expiration du délai de 45 jours à compter de la publication à la *Gazette officielle du Québec*.

Le 14 novembre 2008

¹ Diffusion autorisée par Les Publications du Québec

Projets de règlement

Projet de règlement

Loi sur les assurances
(L.R.Q., c. A-32)

Règlement d'application

Avis est donné par les présentes, conformément aux articles 10 et 11 de la Loi sur les règlements (L.R.Q., c. R-18.1), que le «Règlement d'application de la Loi sur les assurances», dont le texte apparaît ci-dessous, pourra être édicté par le gouvernement, à l'expiration d'un délai de 45 jours à compter de la présente publication.

Ce projet de règlement a pour but de remplacer le Règlement d'application de la Loi sur les assurances (R.R.Q., 1981, c. A-32, r.1) qui n'a pas été révisé en profondeur depuis 1974. Depuis ce temps, le Code civil a été adopté en 1991 et la Loi sur les assurances a été révisée à quelques reprises notamment par la réforme apportée par le chapitre 70 des lois de 2002. Ce projet de règlement vise donc à en mettre à jour les dispositions de ce règlement pour tenir compte de ces législations. Il vise également à harmoniser les pratiques d'assurance au Québec avec celles applicables dans les autres provinces canadiennes, notamment en révisant les catégories d'assurance que les assureurs sont autorisés à pratiquer et en actualisant les pratiques en matière d'assurance collective. Il prévoit enfin des dispositions qui accroîtront la protection du public.

Ce projet de règlement qui constitue un exercice d'allègement réglementaire important, n'aura pas de conséquences négatives sur les citoyens ni sur les entreprises, en particulier les PME.

Des renseignements additionnels peuvent être obtenus sur le projet de règlement dans le délai de publication de 45 jours, en s'adressant à monsieur Pierre Rhéaume, directeur général de l'encadrement du secteur financier et des personnes morales, ministère des Finances, 8, rue Cook, 4^e Étage, Québec (Québec) G1R 0A4, par téléphone au numéro (418) 646-7572, par télécopieur au numéro (418) 646-5744 ou par courrier électronique à l'adresse suivante : pierre.rheaume@finances.gouv.qc.ca

Toute personne intéressée ayant des commentaires à formuler au sujet de ce projet de règlement est priée de les faire parvenir par écrit avant l'expiration du délai de 45 jours mentionné ci-dessus à la ministre des Finances, 12, rue Saint-Louis, 1^{er} étage, Québec (Québec) G1R 5L3.

La ministre des Finances,
MONIQUE JÉRÔME-FORGET

Règlement d'application de la Loi sur les assurances

Loi sur les assurances
(L.R.Q., c. A-32, a. 420, 420.1 et 420.2; 2008, c. 7, a. 50)

CHAPITRE I CONSTITUTION, CONTINUATION ET MODIFICATION DE STATUTS DES COMPAGNIES D'ASSURANCE

SECTION I DEMANDE DE CONSTITUTION

1. La demande de constitution d'une compagnie d'assurance doit être accompagnée des documents suivants :

1^o le curriculum vitae des personnes proposées comme administrateurs ;

2^o les règlements généraux projetés ;

3^o la description de la composition et du fonctionnement du comité de déontologie, du comité de vérification et, le cas échéant, du comité exécutif, du comité de placement et de tout autre comité projeté ainsi que le nom des personnes proposées comme membres de ces comités ;

4^o les règles de déontologie projetées à l'égard des administrateurs ;

5^o la description de ses liens avec des institutions financières qui sont des personnes morales affiliées au sens des articles 1.2 à 1.4 de la Loi sur les assurances (L.R.Q., c. A-32) ;

6^o la description des produits qui seront offerts ;

7^o un exemplaire des polices d'assurance et avenants projetés ;

8° la politique projetée de commercialisation et de distribution des produits et de règlement des demandes d'indemnités;

9° la politique de placement projetée;

10° un exemplaire des contrats de réassurance projetés;

11° le nom et l'adresse de la personne proposée comme vérificateur;

12° le nom et l'adresse de la personne proposée comme actuaire;

13° la liste des détenteurs d'actions de plus de 10 % du capital-actions avec droits de vote.

Ces documents sont transmis au ministre et à l'Autorité des marchés financiers.

2. La demande de constitution d'une compagnie d'assurance doit également être accompagnée d'un plan d'affaires comprenant les états financiers d'ouverture, les prévisions financières quinquennales et une description de la structure organisationnelle.

Ce plan d'affaires est appuyé d'une projection actuarielle, sur une période d'au moins 5 ans, du bilan, de l'état des résultats, de l'état des bénéfices non répartis et de la suffisance de capital.

La projection actuarielle contient une description des hypothèses de calcul retenues. Elle est établie par un actuaire membre (*fellow*) de l'Institut canadien des actuaires exerçant sa profession en assurance de personnes ou en assurance de dommages, selon les activités que la compagnie d'assurance se propose d'exercer.

Ces documents sont transmis au ministre et à l'Autorité des marchés financiers.

SECTION II MODIFICATION DE STATUTS OU CONTINUATION

3. Une compagnie d'assurance qui demande une autorisation requise par les articles 35.2 et 37 de la Loi sur les assurances doit transmettre à l'Autorité des marchés financiers les documents suivants :

1° l'acte constitutif de la compagnie et ses modifications;

2° les statuts projetés de modification;

3° une copie certifiée conforme de ses règlements généraux;

4° une copie certifiée conforme du règlement adopté par les administrateurs de la compagnie relativement aux modifications projetées;

5° l'attestation du secrétaire de la compagnie établissant que le règlement visé au paragraphe 40 a été ratifié par l'assemblée générale des actionnaires ainsi que l'avis de convocation de cette assemblée;

6° la description des modifications apportées, le cas échéant, au capital-actions de la compagnie et, s'il s'agit d'une réduction du capital-actions, une attestation du vérificateur de la compagnie indiquant que les états financiers de celle-ci permettent cette réduction eu égard aux exigences de la Loi sur les compagnies ou, selon le cas, de la Loi sur les pouvoirs spéciaux des personnes morales (L.R.Q., c. P-16);

7° un exemplaire de l'avis mentionné au paragraphe 20 de l'article 38 de la Loi sur les assurances, le cas échéant.

4. Une compagnie d'assurance qui demande une confirmation d'un règlement de continuation requise par l'article 200.0.15 de la Loi sur les assurances ou une autorisation requise par l'article 200.0.16 de cette loi doit transmettre au ministre et à l'Autorité des marchés financiers les documents suivants :

1° l'acte constitutif de la compagnie et ses modifications;

2° les statuts projetés de continuation;

3° une copie certifiée conforme de ses règlements généraux;

4° une copie certifiée conforme du règlement adopté par les administrateurs de la compagnie relativement à la continuation de son existence en vertu de la partie IA de la Loi sur les compagnies (L.R.Q., c. C-38);

5° l'attestation du secrétaire de la compagnie établissant que le règlement visé au paragraphe 40 a été ratifié par l'assemblée générale des actionnaires ainsi que l'avis de convocation de cette assemblée;

6° la description des modifications apportées, le cas échéant, au capital-actions de la compagnie et, s'il s'agit d'une réduction du capital-actions, une attestation du vérificateur de la compagnie indiquant que les états financiers de celle-ci permettent cette réduction eu égard aux exigences de la Loi sur les compagnies ou, selon le cas, de la Loi sur les pouvoirs spéciaux des personnes morales (L.R.Q., c. P-16).

SECTION III

DISPOSITION PARTICULIÈRE

5. Pour l'application de l'article 88.1 de la Loi sur les assurances, le membre d'une compagnie mutuelle d'assurance qui a reçu l'appui de 5 membres habiles à voter peut donner avis à la compagnie des propositions qu'il entend présenter à l'assemblée annuelle.

CHAPITRE II

CONSTITUTION DES SOCIÉTÉS MUTUELLES D'ASSURANCE, FÉDÉRATIONS DE SOCIÉTÉS MUTUELLES D'ASSURANCE ET FONDS DE GARANTIE

SECTION I

DEMANDE DE CONSTITUTION

6. La demande de constitution d'une société mutuelle d'assurance doit être accompagnée, outre les statuts de la société et les documents exigés par l'article 93.18 de la Loi sur les assurances, des documents suivants :

1° le curriculum vitae des personnes proposées comme administrateurs ;

2° le règlement intérieur projeté ;

3° la description de la composition et du fonctionnement du comité de déontologie, du comité de vérification et, le cas échéant, du comité exécutif et du comité de placement ainsi que le nom des personnes proposées comme membres ;

4° les règles de déontologie projetées à l'égard des administrateurs ;

5° la description des produits qui seront offerts ;

6° un exemplaire des polices d'assurance et avenants projetés ;

7° la politique projetée de commercialisation et de distribution des produits et de règlement des demandes d'indemnités ;

8° la politique de placement projetée ;

9° un exemplaire des contrats de réassurance projetés ;

10° l'autorisation de la fédération d'exercer les activités projetées ;

11° la description de la structure organisationnelle ;

12° le plan d'affaires, pour une période d'au moins 3 ans, comprenant les états financiers d'ouverture et les prévisions financières.

Le plan d'affaires est appuyé d'une projection actuarielle, pour une période d'au moins 3 ans, du bilan, de l'état des résultats et de l'état des bénéfices non répartis et de la suffisance du capital.

La projection actuarielle contient la description des hypothèses de calcul retenues. Elle est établie par un actuaire membre (*fellow*) de l'Institut canadien des actuaires exerçant sa profession en assurance de dommages.

7. La demande de constitution d'une fédération de sociétés mutuelles d'assurance doit être accompagnée, outre les statuts de la fédération et des documents exigés par l'article 93.121 de la Loi sur les assurances, des documents suivants :

1° le curriculum vitae des personnes proposées comme administrateurs ;

2° le règlement intérieur projeté ;

3° la description du mode de fonctionnement du comité de déontologie, du comité de vérification et, le cas échéant, du comité exécutif, du comité de placement et de tout autre comité projeté ainsi que le nom des personnes proposées comme membres de ces comités ;

4° les règles de déontologie projetées à l'égard des administrateurs ;

5° le nom et l'adresse de la personne proposée comme vérificateur ;

6° une copie certifiée conforme de la résolution du conseil d'administration de chacune des sociétés mutuelles d'assurance dûment ratifiée par les membres, autorisant les fondateurs à demander la constitution de la fédération ;

7° un plan de développement établissant, pour une période de 5 ans, les activités projetées de la fédération et précisant la nature des services qu'elle offrira à ses membres, les moyens utilisés pour instaurer et assurer le fonctionnement de ses services comprenant une estimation des coûts, la formation qu'elle donnera à son personnel et la politique de placement qu'elle utilisera relativement à son fonds de placement, le cas échéant.

8. La demande de constitution d'un fonds de garantie doit être accompagnée, outre les statuts du fonds et des documents exigés par l'article 93.218 de la Loi sur les assurances, des documents suivants :

1° le curriculum vitae des personnes proposées comme administrateurs ;

2° le nom et l'adresse de la personne proposée comme vérificateur ;

3° le règlement intérieur projeté ;

4° un état vérifié indiquant le montant souscrit et payé par chacune des sociétés mutuelles fondatrices aux fins de constituer le capital du fonds de garantie.

SECTION II NOM D'UNE SOCIÉTÉ MUTUELLE D'ASSURANCE

9. Aux fins de l'application du paragraphe 60 de l'article 93.22 de la Loi sur les assurances, sont des autorités publiques celles visées à l'article 1 du Règlement sur les dénominations sociales des compagnies régies par la partie IA de la Loi sur les compagnies édicté par le décret n^o 1857-93 du 15 décembre 1993.

10. Les cas où le nom d'une société mutuelle d'assurance laisse croire qu'elle est liée à une autre personne, société ou groupement sont ceux mentionnés à l'article 3 du Règlement sur les dénominations sociales des compagnies régies par la partie IA de la Loi sur les compagnies.

Les critères dont il faut tenir compte pour déterminer si le nom d'une telle société laisse croire qu'elle est ainsi liée ou prête à confusion avec le nom utilisé par une autre personne, une autre société ou un autre groupement sont ceux prévus aux articles 4 et 5 de ce règlement.

CHAPITRE III CATÉGORIES D'ASSURANCE

SECTION I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

11. Toute catégorie d'assurance comprenant une assurance contre les pertes matérielles comprend également une assurance contre la privation de jouissance en résultant.

12. Aucune catégorie d'assurance ne comprend de protection contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité pour le préjudice causé à autrui à moins qu'une telle assurance n'y soit expressément prévue.

SECTION II ASSURANCE DE PERSONNES

13. La catégorie « assurance sur la vie » est celle en vertu de laquelle l'assureur s'engage à payer une somme convenue au décès de l'assuré. Cette assurance peut aussi comporter l'engagement de payer une somme du vivant de l'assuré, que celui-ci soit encore en vie à une époque déterminée ou qu'un événement touchant son existence arrive. Cette catégorie comprend en outre les rentes viagères et à terme pratiquées par les assureurs.

14. La catégorie « assurance contre la maladie ou les accidents » est celle en vertu de laquelle l'assureur offre une ou plusieurs des protections suivantes :

1° le paiement d'une indemnité en cas d'atteinte corporelle, y compris le décès, résultant d'un accident subi par une personne assurée ;

2° le paiement d'une indemnité en cas de maladie ou d'invalidité d'une personne assurée ;

3° le remboursement des frais engagés à la suite d'une maladie ou d'un accident dont une personne assurée est victime.

SECTION III ASSURANCE DE DOMMAGES

15. La catégorie « assurance automobile » est celle en vertu de laquelle l'assureur s'engage à indemniser l'assuré des pertes ou des dommages matériels résultant d'un événement impliquant un véhicule automobile, selon les termes des polices d'assurance approuvées par l'Autorité des marchés financiers en vertu de l'article 422 de la Loi sur les assurances.

Elle comprend une protection contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité pour le préjudice corporel ou matériel causé à autrui par le fait d'un véhicule automobile;

Y est assimilée l'assurance prévoyant le paiement d'une indemnité en cas d'atteinte corporelle, y compris le décès, résultant d'un accident impliquant un véhicule automobile, dès lors qu'elle fait partie d'un contrat comportant une assurance de responsabilité civile automobile.

16. La catégorie «assurance aviation» est celle en vertu de laquelle l'assureur s'engage à indemniser l'assuré des pertes ou des dommages matériels résultant d'un événement impliquant un aéronef. Elle comprend une protection contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité pour le préjudice corporel ou matériel causé à autrui par le fait d'un aéronef.

17. La catégorie «assurance de biens», est celle en vertu de laquelle l'assureur s'engage à indemniser l'assuré de la perte de biens ou des dommages causés à ceux-ci, dans la mesure où cette assurance ne vise pas des biens qui sont plus spécifiquement couverts par une autre catégorie d'assurance.

18. La catégorie «assurance des chaudières et des machines» est celle qui comprend une ou plusieurs des protections suivantes :

1^o une protection en vertu de laquelle l'assureur s'engage à indemniser l'assuré des pertes ou des dommages matériels qu'il subit en raison de l'explosion ou de la rupture d'une chaudière ou de tout autre appareil sous pression, y compris tout mécanisme, composante ou accessoire utile à son fonctionnement ou ceux découlant d'un accident survenant à l'occasion de son fonctionnement ;

2^o une protection contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité pour le préjudice corporel ou matériel causé à autrui par l'explosion ou la rupture d'une chaudière ou de tout autre appareil sous pression, y compris tout mécanisme, composante ou accessoire utile à son fonctionnement, ou par un accident survenant à l'occasion de son fonctionnement ;

3^o une protection en vertu de laquelle l'assureur s'engage à indemniser l'assuré des pertes ou des dommages matériels qu'il subit en raison de l'utilisation, du bris ou de la panne d'une machine ;

4^o une protection contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité pour le préjudice corporel ou matériel causé à autrui par le fait d'une machine.

19. La catégorie «assurance cautionnement» est celle en vertu de laquelle l'assureur garantit l'exécution d'une obligation ou le paiement d'une pénalité ou d'une indemnité si le débiteur de l'obligation n'y satisfait pas. Toutefois, cette assurance ne comprend pas l'assurance crédit, l'assurance protection de crédit et l'assurance hypothèque, lesquelles font toutes l'objet de catégories distinctes.

20. La catégorie «assurance crédit» est celle en vertu de laquelle l'assureur s'engage à indemniser un créancier, à titre d'assuré, de la perte résultant du défaut de son débiteur de le rembourser. Toutefois, cette catégorie ne comprend pas une indemnisation relative à une créance garantie par hypothèque.

21. La catégorie «assurance protection de crédit» est celle en vertu de laquelle l'assureur s'engage à indemniser un créancier de la perte résultant du défaut d'une personne physique assurée, débitrice de ce créancier, de le rembourser en raison de l'insuffisance de son revenu, jusqu'à concurrence de sa dette. Toutefois, cette catégorie ne comprend pas une protection visée par l'assurance hypothèque ou par l'assurance crédit.

22. La catégorie «assurance hypothèque» est celle en vertu de laquelle l'assureur s'engage à indemniser un créancier, à titre d'assuré, de la perte résultant du défaut d'un débiteur de rembourser un prêt garanti par une hypothèque mobilière ou immobilière.

23. La catégorie «assurance contre le détournement» est celle en vertu de laquelle l'assureur s'engage à indemniser l'assuré de la perte résultant du vol, de malversations ou d'abus de confiance commis par son préposé, son mandataire, son associé ou son dirigeant ou un de ses membres. Cette assurance est également celle en vertu de laquelle l'assureur s'engage à indemniser l'assuré en cas de défaut d'exécution ou d'une mauvaise exécution des fonctions exercées par l'une de ces personnes.

24. La catégorie «assurance de frais juridiques» est celle en vertu de laquelle l'assureur s'engage à rembourser les frais juridiques de l'assuré, y compris les honoraires ou autres frais reliés à la prestation de services juridiques.

25. La catégorie «assurance grêle» est celle en vertu de laquelle l'assureur s'engage à indemniser l'assuré des pertes matérielles causées par la grêle aux récoltes sur pied.

26. La catégorie «assurance contre l'incendie» est celle en vertu de laquelle l'assureur s'engage à indemniser l'assuré des pertes ou dommages qui sont une conséquence immédiate du feu ou de la combustion d'un bien assuré, quelle qu'en soit la cause, y compris la perte ou le dommage subi par le bien en cours de transport, ou occasionné par les moyens employés pour éteindre le feu.

27. La catégorie «assurance de responsabilité» est celle en vertu de laquelle l'assureur offre une protection contre les conséquences pécuniaires de l'obligation qui peut lui incomber, en raison d'un fait dommageable, de réparer le préjudice causé à autrui. Elle comprend l'assurance qui offre une ou plusieurs des protections suivantes :

1° une protection pour la responsabilité découlant de dommages corporels ou matériels subis par des tiers à l'exclusion des employés de l'assuré ;

2° une protection par laquelle l'assureur s'engage, sans égard à la faute de quiconque, à indemniser, en cas d'accident, le préjudice causé à une personne n'habitant ni avec l'assuré ni sur les lieux assurés, si une telle protection est prévue dans une police comportant également la protection visée au paragraphe 1° ;

3° une protection pour la responsabilité d'un employeur pour les dommages corporels subis par ses employés dans l'exécution de leurs fonctions ;

4° une protection par laquelle l'assureur s'engage, sans égard à la faute de l'employeur, à indemniser en cas d'accident le préjudice subi par ses employés dans l'exercice de leurs fonctions, si une telle protection est prévue dans une police comportant également la protection visée au paragraphe 3°.

Toutefois, cette catégorie d'assurance ne comprend pas la responsabilité couverte par l'assurance automobile, l'assurance aviation et l'assurance des chaudières et des machines.

28. La catégorie «assurance de titres» est celle en vertu de laquelle l'assureur s'engage à indemniser l'assuré de la perte ou du dommage résultant :

1° de l'existence d'une hypothèque, d'une priorité, d'une servitude ou de toute restriction au droit de propriété d'un bien ;

2° d'un vice entachant la validité d'un document attestant une hypothèque, une priorité ou une servitude ou d'une restriction au droit de propriété d'un bien ;

3° d'un vice entachant la validité d'un titre de propriété ;

4° de toute autre situation qui affecte le titre de propriété d'un bien ou qui affecte l'existence d'un autre droit réel, y compris le droit de jouir d'un bien.

SECTION IV ASSURANCE MARITIME

29. La catégorie «assurance maritime» est celle qui couvre les risques relatifs à une opération maritime. Cette assurance peut couvrir également les risques découlant d'opérations analogues aux opérations maritimes, les risques terrestres qui se rattachent à une opération maritime, de même que les risques relatifs à la construction, à la réparation et au lancement des navires.

Cette assurance comprend une protection contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité pour le préjudice corporel ou matériel causé à autrui par le fait des opérations couvertes.

CHAPITRE IV DEMANDE DE PERMIS D'ASSUREUR

30. Toute personne morale, autre qu'un ordre professionnel, qui demande un permis d'assurance doit fournir à l'Autorité des marchés financiers un projet de ses activités au Québec. Ce projet doit préciser :

1° la nature des contrats d'assurance qu'elle compte offrir au Québec ;

2° les méthodes de vente qu'elle utilisera ;

3° la formation qu'elle donnera à son personnel ;

4° les services de règlement des sinistres qu'elle mettra sur pied pour ses assurés au Québec ;

5° la politique de placement qu'elle mettra en œuvre pour les fonds détenus pour le bénéfice de ses assurés au Québec ;

6° la politique et les pratiques de réassurance qu'elle compte appliquer.

31. La demande de permis d'une personne morale exerçant des activités en assurance de personnes, autre qu'une personne morale dont les activités se limitent à la réassurance, doit être accompagnée de son engagement à être partie à un contrat d'adhésion avec Assuris et à respecter les conditions qui y sont stipulées, sauf lorsque cette personne morale est déjà partie à un tel contrat ou lorsqu'elle n'offre pas de polices garantissant, pour leur durée, les montants des prestations et des primes qui y sont fixés.

32. La demande de permis d'une personne morale exerçant des activités en assurance de dommages, autre qu'un ordre professionnel, une société mutuelle d'assurance ou une personne morale dont les activités se limitent à la réassurance, doit en outre être accompagnée de son engagement à être partie à un contrat d'adhésion avec la Société d'indemnisation en matière d'assurances IARD et à respecter les conditions qui y sont stipulées, sauf lorsque cette personne morale est déjà partie à un tel contrat ou lorsqu'elle n'entend offrir que des polices d'assurance qui ne font pas l'objet d'une indemnisation en vertu de ce contrat.

33. Toute personne morale constituée en vertu d'autres lois que celles du Québec qui demande un permis doit transmettre au ministre et à l'Autorité des marchés financiers les documents suivants :

1^o son certificat d'enregistrement ;

2^o son permis ou toute autre attestation semblable délivré par l'autorité du lieu de sa constitution ;

3^o ses états financiers arrêtés à la clôture de l'année financière précédant la demande de permis qu'elle est tenue de produire auprès de l'autorité du lieu de sa constitution ;

4^o le dernier rapport d'inspection qui lui a été remis par l'autorité du lieu de sa constitution et, le cas échéant, par toute autre autorité au Canada.

CHAPITRE V PRATIQUES COMMERCIALES ET DIVULGATION DES CONDITIONS DES CONTRATS D'ASSURANCE

34. L'assureur doit, en toutes circonstances, se présenter sous sa véritable identité et ne pas utiliser une formule pouvant prêter à confusion notamment en matière de marque de commerce ou de service, de slogan, de symbole ou de toute autre marque d'identification.

35. Dans toute offre d'assurance, l'assureur ne doit pas exagérer l'étendue des protections offertes ou le montant des prestations payables, ni en minimiser le coût. L'assureur doit également préciser les exclusions susceptibles d'affecter la nature ou la portée des protections offertes par le contrat. Il doit aussi exposer toute limitation résultant d'un délai de carence.

Lors d'un renouvellement, d'une annulation ou de la cessation d'un contrat, l'assureur doit mentionner les dispositions du contrat qui s'y rapportent.

36. Si l'assureur mentionne dans sa publicité que le contrat ne nécessite aucun examen médical préalable, il doit préciser si cette stipulation s'applique uniquement dans le cas de la proposition d'assurance ou si elle s'applique aussi au paiement des prestations. En outre, il doit indiquer les limites de couverture du contrat en cas de décès, de maladie ou d'invalidité résultant d'affections antérieures à la prise d'effet de l'assurance.

37. Aucune offre d'assurance ne doit faussement affirmer ou laisser entendre que l'assurance offerte constitue une protection spéciale et que le preneur pourra bénéficier de certains avantages supplémentaires s'il s'en prévaut, ou que cette assurance est limitée à un groupe déterminé de personnes.

CHAPITRE VI PLACEMENTS

SECTION I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

38. Un assureur peut acquérir en tout ou en partie les actions d'une personne morale dont l'activité principale est l'achat, l'administration, la vente ou la location d'immeubles, l'offre de participation dans un portefeuille de placements, le prêt et placement, l'affacturage, le crédit-bail ou l'offre de services informatiques, d'actuaire-conseil ou d'assistance-voyage.

39. Un assureur autre qu'une société mutuelle d'assurance peut acquérir la totalité ou une partie des actions ou des parts d'une personne morale qui exerce les activités d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

40. Une filiale nouvellement acquise par un assureur doit, aux fins de l'article 247.1 de la Loi sur les assurances, s'engager à :

1^o transmettre chaque année ses états financiers à l'Autorité des marchés financiers ;

2° transmettre tout document et fournir tout renseignement sur ses activités exigés par l'Autorité des marchés financiers pour lui permettre de s'assurer de la juste valeur marchande de ses placements et du respect des conditions prescrites au paragraphe 5° ;

3° transmettre tout document et fournir tout renseignement exigés par l'Autorité des marchés financiers en rapport avec sa situation financière ou celle d'une société de gestion de portefeuille qui la contrôle directement ou qui est contrôlée par elle, ainsi que tout document ou renseignement qui est relatif à l'application de la Loi sur les assurances ;

4° permettre à l'Autorité des marchés financiers ou à son représentant d'entrer à toute heure raisonnable dans son siège et dans ses autres établissements situés à l'extérieur du Québec afin :

a) d'examiner et de tirer copie des livres, registres, comptes, dossiers et autres documents en rapport avec sa situation financière ou celle d'une société de gestion de portefeuille qui la contrôle directement ou qui est contrôlée par elle ;

b) d'exiger tout renseignement relatif à l'application de la Loi sur les assurances, ainsi que la production de tout document s'y rapportant ;

c) d'exiger de toute personne qui a la garde, la possession ou le contrôle de ces livres, registres, comptes, dossiers et autres documents de lui en donner communication sur demande et de lui en faciliter l'examen ;

5° fournir à ses frais, à la demande de l'Autorité des marchés financiers, une évaluation par un expert indépendant de tout placement qu'elle veut effectuer si, selon l'Autorité des marchés financiers, l'évaluation faite par elle n'en reflète pas la valeur marchande ;

6° ne pas détenir plus de 30 % des actions avec droit de vote émises par une personne morale sauf :

a) si cette personne morale est un assureur, une banque, une société de fiducie, une société d'épargne, un cabinet au sens de la Loi sur la distribution de produits et services financiers (L.R.Q., c. D-9.2) ou un courtier ou conseiller en valeurs ;

b) si l'activité principale de cette personne morale est l'achat, l'administration, la vente ou la location d'immeubles, l'offre de participation dans un portefeuille de placements, le prêt et placement, l'affacturage, le crédit-bail ou l'offre de services informatiques, d'actuaire-conseil ou d'assistance-voyage.

SECTION II

PLACEMENTS PAR UNE FÉDÉRATION DE SOCIÉTÉS MUTUELLES D'ASSURANCE

41. Les placements suivants doivent être préalablement autorisés par le conseil d'administration d'une fédération de sociétés mutuelles d'assurance :

1° toute transaction ayant pour objet l'acquisition, à même le fonds de placement de la fédération, de titres émis par une personne intéressée par rapport à la fédération ou par une personne morale faisant partie du même groupe que la fédération ;

2° tout transfert d'actifs entre le fonds de placement de la fédération et une personne intéressée par rapport à la fédération ou par une personne morale faisant partie du même groupe que la fédération.

Les mauvaises créances, les actifs improductifs ou les actifs repris d'un débiteur en défaut ne peuvent toutefois être transférés au fonds de placement.

42. Le fonds de placement d'une fédération doit être évalué au moins une fois par année lors de la vérification des comptes de la fédération. Cette évaluation doit être réalisée conformément aux principes comptables généralement reconnus.

43. Une fédération doit, dans les deux mois qui suivent la fin de son exercice financier, transmettre à ses membres un état exposant, en comparaison avec celui de l'exercice précédent, la situation financière du fonds de placement et la valeur de leur participation à la fin de l'exercice financier.

CHAPITRE VII

ACTIVITÉS D'UNE SOCIÉTÉ DE FIDUCIE

44. Aux fins de l'application de l'article 33.2.1 de la Loi sur les assurances, les activités d'une société de fiducie qu'une compagnie d'assurance titulaire d'un permis délivré conformément à cette loi est autorisée à exercer sont les suivantes :

1° les activités de fiduciaire pour tout fonds ou régime de retraite, d'épargne-retraite, d'épargne-études, d'épargne-invalidité ou tout autre fonds, régime ou mécanisme de même nature qu'elle administre et dont l'enregistrement est prévu par la Loi sur les impôts (L.R.Q., c. I-3) ou par la Loi de l'impôt sur le revenu (L.R.C. (1985), ch. 1, (5^e suppl.)) ;

2° les activités de fiduciaire d'un fonds d'investissement, au sens de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., c. V-1.1), qu'elle administre;

3° les activités qu'une société de fiducie peut exercer en vertu de la Loi sur les sociétés de fiducie et les sociétés d'épargne (L.R.Q., c. S-29.01) à l'égard des contrats de rente qu'elle administre et des sommes assurées qu'elle conserve pour le bénéfice d'autrui.

CHAPITRE VIII ÉTATS ANNUELS

SECTION I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

45. Tout assureur exerçant des activités en assurance de personnes et en assurance de dommages doit produire des états annuels pour chacune de ces activités.

46. Tout assureur doit conserver pour inspection les documents, notamment les feuilles de travail, ayant servi à déterminer le solde de chacun des postes de l'état annuel.

47. Les sociétés de secours mutuels doivent transmettre, avec leur état annuel, une copie certifiée conforme de leurs règlements à l'Autorité des marchés financiers s'ils ont été modifiés durant le dernier exercice financier.

SECTION II ASSUREUR CONSTITUÉ EN VERTU DE LOIS AUTRES QUE CELLES DU QUÉBEC

48. Tout assureur constitué en vertu de lois autres que celles du Québec et qui exerce des activités en assurance au Québec doit transmettre à l'Autorité des marchés financiers, outre l'état annuel exigé aux articles 305 à 312 de la Loi sur les assurances, les états annuels ou provisoires qu'il est tenu de produire auprès d'une autre autorité au Canada.

49. Tout assureur constitué en vertu de lois autres que celles du Québec et qui exerce uniquement des activités en assurance maritime au Québec doit transmettre à l'Autorité des marchés financiers l'état annuel exigé par les articles 305 à 312 de la Loi sur les assurances.

CHAPITRE IX MÉTHODE D'ÉVALUATION DE L'ACTIF ET DU PASSIF D'UN ASSUREUR

SECTION I MÉTHODE GÉNÉRALE D'ÉVALUATION

50. Sous réserve des dispositions particulières du présent chapitre, les éléments constituant l'actif et le passif d'un assureur ou d'un fonds d'assurance dans le cas d'un ordre professionnel doivent être évalués et présentés dans leur état annuel conformément aux principes comptables généralement reconnus.

SECTION II PLACEMENTS DANS DES PERSONNES MORALES CONTRÔLÉES PAR UN ASSUREUR OPÉRANT EN ASSURANCES DE DOMMAGES

51. Les placements dans des personnes morales contrôlées par un assureur de dommages doivent être évalués à leur valeur de consolidation.

SECTION III FONDS DISTINCTS

52. Les éléments constituant l'actif des fonds distincts maintenus par un assureur qui exerce des activités en assurance de personnes et qui contracte des engagements variant selon la valeur marchande d'un groupe déterminé d'avoirs doivent être évalués conformément aux principes comptables généralement reconnus.

SECTION IV RÉSERVE MAINTENUE PAR UNE SOCIÉTÉ DE SECOURS MUTUELS

53. Sous réserve de l'article 54, la réserve de chacune des caisses établies par une société de secours mutuels doit être calculée de manière à ce qu'elle soit suffisante pour garantir le paiement à échéance des obligations de la société à l'égard de chacune des caisses.

Dans le calcul de la réserve, l'actuaire ne doit pas tenir compte d'une éventuelle réduction des secours mutuels ou augmentation des cotisations pouvant résulter d'une modification apportée aux règlements de la société de secours mutuels après la date d'évaluation.

54. Lorsque la société de secours mutuels émet des polices ou des certificats garantissant pour leur durée les montants des secours mutuels et des cotisations qui y sont fixés, la réserve doit être calculée, pour ces polices ou certificats, selon les méthodes applicables à tout assureur conformément à la Loi sur les assurances et au présent règlement.

CHAPITRE X EMPRUNTS

55. Tout assureur qui veut contracter un emprunt par l'émission d'obligations ou d'autres titres de créance non garantis doit y être autorisé par ses règlements généraux ou son règlement intérieur, selon le cas, et faire précéder toute émission d'une résolution du conseil d'administration en fixant les modalités et conditions.

56. La résolution prévue à l'article 55 doit indiquer :

1° le taux d'intérêt des obligations ou des autres titres de créance ou le fait que ce taux pourra être déterminé par le conseil d'administration ;

2° leur date d'échéance et, le cas échéant, la possibilité d'un remboursement anticipé ;

3° le privilège, le cas échéant, de convertir les obligations en actions du capital-actions ou la possibilité pour le conseil d'administration d'accorder un tel privilège ;

4° si la résolution autorise l'émission d'une ou de plusieurs séries d'obligations non garanties, leur désignation, les droits et les conditions se rapportant à chacune d'elles ou, le cas échéant, la mention que chaque série comporte les mêmes droits et conditions que les obligations de toute autre série, à l'exception du taux d'intérêt, du paiement des intérêts et de la date d'émission et de rachat de chacune des séries ;

5° la valeur nominale globale de la série ou des différentes séries ou, à défaut d'une telle valeur, la valeur nominale globale des obligations non garanties que l'assureur a l'intention d'émettre immédiatement, avec indication que ce montant ne pourra être dépassé que si l'assureur y est autorisé par une nouvelle résolution.

57. Les obligations non garanties doivent mentionner les droits, conditions et restrictions qui s'y rattachent.

58. Tout assureur qui veut contracter un emprunt par l'acceptation de prêts en sous-ordre doit y être autorisé par ses règlements généraux ou son règlement intérieur, selon le cas, et faire précéder tout emprunt d'une résolution du conseil d'administration en fixant les modalités et conditions, notamment :

1° son montant total ;

2° son taux d'intérêt ou la possibilité pour le conseil d'administration de le déterminer ;

3° la possibilité, le cas échéant, de convertir les prêts en sous-ordre en actions du capital-actions ou le pouvoir pour le conseil d'administration d'accorder un tel privilège.

CHAPITRE XI ASSURANCE COLLECTIVE DE PERSONNES

SECTION I CONDITIONS APPLICABLES AUX CONTRATS D'ASSURANCE COLLECTIVE DE PERSONNES

§1. Conditions générales

59. Un contrat d'assurance collective sur la vie ou un contrat d'assurance collective contre la maladie ou les accidents ne peuvent couvrir, en vertu d'un contrat-cadre, qu'un groupe déterminé de personnes et, dans certains cas, leur conjoint et les personnes à leur charge. Les membres du groupe qui participent à l'un de ces contrats sont des adhérents.

60. Un groupe déterminé de personnes est celui dont les membres ont en commun, avant même qu'une assurance collective ne leur soit offerte, des activités ou des intérêts, notamment des intérêts socio-économiques ou culturels.

Il peut notamment être constitué :

1° de personnes ayant ou ayant déjà eu un lien d'emploi avec un ou plusieurs employeurs ;

2° de personnes d'une même profession ou occupation habituelle ;

3° des membres d'une coopérative de services financiers ;

4° des membres d'une société mutuelle d'assurance.

Toutefois, nul ne peut constituer un groupe déterminé de personnes dans le seul but de conclure un contrat d'assurance collective. De plus, une assurance collective ne peut être offerte aux membres du groupe qu'à titre de bénéfice complémentaire à leur appartenance au groupe.

61. Le preneur d'un contrat d'assurance collective doit être en mesure de pourvoir à l'administration du contrat-cadre, notamment en percevant les primes pour l'assureur. Toutefois, lorsque le preneur est une association de salariés ou un syndicat professionnel, il peut conclure une entente avec l'employeur afin que celui-ci administre pour lui le contrat-cadre.

§2. Transformation du contrat d'assurance collective sur la vie

62. Tout contrat d'assurance collective sur la vie doit donner à l'adhérent qui cesse de faire partie du groupe la faculté de transformer en tout ou en partie sa protection d'assurance sur la vie ou, le cas échéant, celle de son conjoint et des personnes à sa charge, en une assurance individuelle sur la vie. Toutefois le montant de la protection de l'assurance transformée doit être d'au moins 10 000 \$ pour l'adhérent et de 5 000 \$ pour son conjoint et pour chacune des personnes à sa charge.

Cette faculté peut être exercée par l'adhérent dans les 31 jours de son départ du groupe, sans avoir à justifier de son assurabilité ni, le cas échéant, de celle de son conjoint et des personnes à sa charge. La protection offerte par le contrat d'assurance collective demeure en vigueur durant ce délai ou, le cas échéant, jusqu'au jour de sa transformation en une assurance individuelle.

La faculté de transformation ne s'applique pas à une assurance contre la maladie ou les accidents qui est accessoire au contrat d'assurance sur la vie.

63. L'assureur doit offrir à l'adhérent qui quitte le groupe, sans qu'il ait à justifier de son assurabilité, le choix entre :

1^o une assurance individuelle sur la vie, temporaire ou permanente, au gré de l'assuré, comportant une protection comparable à celle offerte par le contrat d'assurance collective, tant pour le montant que pour la durée ;

2^o une assurance individuelle sur la vie d'une durée d'un an, comportant une protection comparable à celle offerte par le contrat d'assurance collective, mais transformable à la fin de l'année, au gré de l'assuré, en une assurance visée au paragraphe 1^o.

La prime de la première année de l'assurance visée au paragraphe 1^o du premier alinéa ne doit pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an.

64. Les primes de tout contrat d'assurance individuelle sur la vie découlant d'une transformation doivent être uniformes pendant la durée du contrat, sauf celles de la première année. Elles sont établies selon l'âge de l'assuré conformément au tarif prévu pour les risques habituels, applicable au moment de la transformation.

Toutefois, l'assureur peut appliquer à un adhérent assujéti à une surprime avant la transformation de son assurance collective une majoration de prime comparable pour son assurance individuelle.

65. L'assureur doit permettre à l'adhérent qui souscrit une assurance individuelle sur la vie en application de l'article 63 d'acquitter les primes de la première année par trimestre ou selon d'autres modalités convenues entre eux.

66. Tout contrat d'assurance collective sur la vie doit donner à la personne qui est adhérent depuis au moins 5 ans la faculté de transformer, en tout ou en partie, sa protection d'assurance sur la vie en une assurance individuelle sur sa vie dans les 31 jours de l'échéance du contrat-cadre si ce contrat n'est pas remplacé ou si le contrat de remplacement prévoit un montant d'assurance moindre.

Le montant d'assurance pouvant être transformé doit être d'au moins 10 000 \$ ou 25 % du montant d'assurance sur la vie de l'adhérent à l'échéance du contrat-cadre, selon le plus élevé des deux.

L'adhérent n'a pas à justifier de son assurabilité et l'assureur est tenu de respecter les articles 63 à 65.

La faculté de transformation ne s'applique pas à une assurance contre la maladie ou les accidents accessoire au contrat d'assurance collective sur la vie.

67. Pour l'application des articles 63, 70, et 71, deux protections sont comparables si elles procurent la même couverture, même s'il existe des différences entre le montant de l'assurance, le montant des primes dont l'assuré est exonéré ou les conditions d'admissibilité.

§3. Stipulations obligatoires

68. Il doit être stipulé dans tout contrat d'assurance collective sur la vie que son échéance ou l'annulation de l'une de ses protections n'est opposable à aucune demande d'indemnité fondée sur un événement survenu alors que le contrat était en vigueur ou sur un décès consécutif à une invalidité survenue alors que le contrat était en vigueur.

69. Il doit être stipulé dans tout contrat d'assurance collective contre la maladie ou les accidents :

1^o que son échéance ou l'annulation de l'une de ses protections n'est opposable à aucune demande d'indemnité fondée :

a) sur le décès ou la mutilation résultant d'un accident survenu alors que le contrat était en vigueur ;

b) sur une maladie contractée alors que le contrat était en vigueur ;

2° que l'assureur demeure tenu d'indemniser l'adhérent de la perte de salaire lorsque l'invalidité subsiste après l'expiration du contrat.

70. Malgré les articles 68 et 69, l'assureur n'est pas tenu d'indemniser l'adhérent lors d'une rechute de l'affection invalidante survenue après l'expiration du contrat si l'invalidité a cessé depuis plus de 180 jours.

Dans tous les cas, la protection cesse dès que l'adhérent est pris en charge par un autre assureur aux termes d'un contrat d'assurance collective comportant des protections comparables.

71. Lorsqu'un contrat d'assurance collective sur la vie ou un contrat d'assurance collective contre la maladie ou les accidents est résilié et qu'il est remplacé dans les 31 jours par un contrat comportant une protection comparable couvrant en tout ou en partie le même groupe, le nouveau contrat d'assurance collective doit stipuler que :

1° toute personne assurée aux termes du contrat précédent ne peut voir son adhésion refusée ni être privée de prestations uniquement en raison d'une exclusion pour cause d'antécédents médicaux qui a été inopérante ou qui n'était pas prévue dans ce contrat ou parce que la personne n'est pas au travail à la date de l'entrée en vigueur du nouveau contrat ;

2° toute personne assurée aux termes du contrat précédent est couverte de plein droit par le nouveau contrat à compter de la résiliation du précédent si la cessation de son assurance n'est attribuable qu'à cette résiliation et que cette personne appartient à une catégorie d'adhérents couverts par le nouveau contrat.

72. Malgré les articles 68 et 69, le nouvel assureur prend en charge l'assuré qui souffre d'une affection invalidante survenue pendant que le contrat précédent s'appliquait mais déclarée au premier assureur plus de 180 jours après sa survenance, pendant le nouveau contrat.

De plus, même si, dans les 180 jours de la cessation de la première invalidité, l'assuré est de nouveau atteint d'une invalidité reconnue par le nouveau contrat, le contrat précédent cesse de s'appliquer et le nouveau s'applique dès que l'adhérent compte, à partir de l'échéance du précédent, 30 jours de travail à plein temps dans des fonctions d'une catégorie couverte par le nouveau contrat.

Si l'invalidité couverte par le nouveau contrat d'assurance collective est assujettie à des conditions de reconnaissance plus restrictives, le nouvel assureur ne peut tenir compte, pour l'application de ces conditions, d'aucune période d'invalidité courue alors que le contrat précédent s'appliquait.

73. L'adhérent au nouveau contrat est exempté de tout délai de carence, si les conditions suivantes sont réunies :

1° la nouvelle période d'invalidité est attribuable aux mêmes causes que celles qui ont justifié le versement d'indemnités aux termes du contrat précédent ou à des causes connexes ;

2° moins de 180 jours se sont écoulés entre l'échéance de la dernière prestation ou de la dernière prime pour laquelle il y a eu exonération et le début de la nouvelle période d'invalidité.

74. Les indemnités dues en raison de décès ou mutilation couverts par le contrat précédent conformément aux articles 68 et 69 ne sont pas pris en charge par le nouvel assureur.

Cependant, le contrat précédent cesse de s'appliquer et le nouveau commence à produire ses effets dès que l'assuré compte, à partir de l'échéance du contrat précédent, 30 jours de travail à plein temps dans des fonctions d'une catégorie couverte par le nouveau contrat.

SECTION II CONDITIONS APPLICABLES AUX CONTRATS D'ASSURANCE COLLECTIVE SUR LA VIE OU SUR LA SANTÉ DES DÉBITEURS ET SUR LA VIE DES ÉPARGNANTS

§1. Dispositions générales

75. En assurance collective sur la vie ou la santé des débiteurs ou sur la vie des épargnants, le formulaire d'adhésion doit indiquer les primes exigées pour acquitter en tout ou en partie le coût de l'assurance sur la vie ou le coût de l'assurance contre la maladie ou les accidents. Dans le cas où le coût des primes est déterminé par un taux d'intérêt additionnel au taux d'intérêt du prêt, le formulaire d'adhésion doit indiquer le pourcentage d'intérêt additionnel que représente la prime.

Toute question ou restriction ayant trait à l'état de santé en tant que condition d'assurabilité doit être clairement énoncée dans le formulaire d'adhésion.

Le preneur doit, au moment de la signature du formulaire d'adhésion par l'adhérent lui en remettre un exemplaire dûment rempli et signé.

Constitue un formulaire d'adhésion tout formulaire utilisé dans le cours des affaires du preneur et comportant une demande d'assurance.

§2. Conditions applicables aux assurances collectives sur la vie ou sur la santé des débiteurs

76. Sous réserve des dispositions de la présente sous-section, tout créancier peut souscrire un contrat d'assurance collective sur la vie ou sur la santé de ses débiteurs, produisant ses effets à concurrence des sommes dues.

Cette assurance peut aussi couvrir la vie ou la santé de personnes autres que des débiteurs, mais seulement lorsque le créancier a un intérêt pécuniaire dans leur vie ou dans leur santé.

77. Le créancier ne cesse pas d'agir à titre de preneur du fait qu'il cède sa créance à un tiers. Toutefois, en pareil cas, le capital payable en vertu du contrat doit être versé au cessionnaire.

78. Le capital payable en vertu de tout contrat d'assurance collective sur la vie des débiteurs se limite à la dette nette au moment du décès du débiteur.

79. Malgré les articles 76 et 78, un contrat d'assurance collective sur la vie ou sur la santé des débiteurs peut, au choix de ces derniers, prévoir un capital payable égal au montant de leur prêt ou, dans le cas d'un contrat de crédit variable, au montant du crédit variable autorisé par le créancier.

Toutefois, la somme maximale payable au créancier se limite à la dette nette du débiteur, le solde étant versé au bénéficiaire désigné ou, à défaut, à sa succession.

80. Pour l'application des articles 78 et 79, les mots « dette nette » signifient le montant de la créance originale, à l'exclusion du coût de crédit, augmenté de la partie du coût de crédit courue jusqu'à la date du décès et diminué des versements effectués par le débiteur.

81. Le contrat d'assurance collective sur la vie des débiteurs et toute documentation remise au débiteur doivent indiquer clairement le montant des prestations payables par l'assureur ou la façon de le déterminer.

82. Lorsque les débiteurs sont tenus d'assumer entièrement les primes d'assurance, elles doivent être établies au contrat-cadre et ne pas être supérieures à celles que le preneur remet à l'assureur.

83. Le contrat-cadre doit également stipuler que toutes les primes d'assurance perçues par le preneur doivent être remises sans délai à l'assureur.

84. Aucune participation aux profits ni aucune ristourne basée sur l'expérience des régimes ne peuvent être versées, directement ou indirectement, au preneur d'un contrat d'assurance collective sur la vie ou sur la santé des débiteurs, que ce soit pendant la durée du contrat ou après son échéance, sauf lorsque les primes sont entièrement payées par le preneur.

Toutefois, le contrat-cadre peut stipuler que des ristournes sur l'expérience ou des participations aux profits sont payables rétroactivement aux adhérents, qu'elles peuvent servir à réduire les primes ou qu'elles sont laissées en dépôt chez l'assureur dans le but de réduire les primes futures.

85. En assurance collective sur la vie ou sur la santé des débiteurs, le contrat-cadre ne doit prévoir aucune rémunération pour le preneur autre que le remboursement des frais réellement engagés par lui pour l'administration du contrat.

Ces frais ne peuvent être calculés selon un pourcentage des primes ni être autrement liés à celles-ci à l'exception de ceux encourus pour la perception des primes.

§3. Conditions applicables aux assurances collectives d'épargnants

86. Sous réserve des dispositions de la présente sous-section, toute banque, coopérative de services financiers, société de fiducie, personne morale qui administre des fonds communs de placement ou toute autre personne morale exerçant des activités semblables peut souscrire un contrat d'assurance collective sur la vie des épargnants produisant ses effets à concurrence des sommes déposées ou investies chez elle, ou des sommes que l'épargnant s'est engagé à déposer ou à investir chez elle.

87. Le capital payable au décès de l'adhérent en vertu d'un contrat d'assurance collective sur la vie des épargnants ne doit pas excéder le plus élevé des montants suivants :

1° le solde en dépôt ou le montant investi chez le preneur ;

2° les sommes que l'épargnant s'est engagé à déposer ou à investir chez le preneur ;

3° le capital déterminé ou déterminable payable à l'échéance lorsque l'épargnant a pris l'engagement de payer comptant un tel capital à une date précise ou à déterminer ;

4° un montant de 25 000 \$ dans le cas d'une assurance offerte à une coopérative de services financiers.

Le montant prévu au paragraphe 40 du premier alinéa est indexé par la suite annuellement selon l'augmentation en pourcentage de la moyenne de l'indice des prix à la consommation du Canada, publié par Statistique Canada en vertu de la Loi sur la statistique (L.R.C. (1985), chapitre S-19), pour les 12 mois de l'année précédente par rapport aux 12 mois de l'année antérieure à cette dernière.

Si une moyenne annuelle ou le pourcentage calculé en application du deuxième alinéa ou si le montant ainsi indexé comporte plus de deux décimales, les deux premières seulement sont retenues et la deuxième est augmentée d'une unité si la troisième est égale ou supérieure à cinq.

CHAPITRE XII TARIF DES DROITS

88. Les droits exigibles en vertu du présent règlement sont ceux prévus dans le tableau qui suit :

Acte	Droits payables	
	à l'Autorité des marchés financiers	au ministre du Revenu
Constitution d'une compagnie d'assurance	5 000 \$	
Constitution d'une société mutuelle d'assurance	5 000 \$	
Constitution d'une fédération de sociétés mutuelles d'assurance	5 000 \$	
Constitution d'un fonds de garantie	5 000 \$	
Constitution d'un fonds pour assurer la responsabilité professionnelle des membres d'un ordre professionnel régi par le Code des professions	5 000 \$	
Dépôt de statuts et délivrance d'un certificat de constitution d'une compagnie d'assurance		500 \$

Acte	Droits payables	
	à l'Autorité des marchés financiers	au ministre du Revenu
Délivrance de lettres patentes supplémentaires à une compagnie d'assurance	2 500 \$	500 \$
Dépôt des statuts de modification d'une compagnie d'assurance et délivrance d'un certificat de modification	2 500 \$	500 \$
Modification des statuts d'une société mutuelle d'assurance et délivrance d'un certificat de modification	2 500 \$	
Modification des statuts d'une fédération de sociétés mutuelles d'assurance	2 500 \$	
Modification des statuts d'un fonds de garantie	2 500 \$	
Modification des statuts d'une société de secours mutuels	2 500 \$	
Fusion ou conversion d'une compagnie d'assurance ou d'une société mutuelle d'assurance	2 500 \$	
Dépôt de statuts de fusion ou de conversion d'une compagnie d'assurance et délivrance d'un certificat de fusion ou de conversion		500 \$
Dépôt de statuts de continuation d'une compagnie d'assurance et délivrance d'un certificat de continuation conformément aux articles 200.0.15, 200.0.16 ou 200.6 de la Loi sur les assurances	2 500 \$	500 \$

Acte	Tarif	
	Droits payables	
	à l'Autorité des marchés financiers	au ministre du Revenu
Délivrance d'un permis initial à une compagnie d'assurance, à une société mutuelle d'assurance, à un ordre professionnel	2 500 \$	
Délivrance d'un permis initial à une société de secours mutuel après fusion	2 500 \$	
Délivrance d'un permis modifié pour y indiquer les catégories d'assurance	500 \$	
Examen de la demande et remise en vigueur d'un permis d'assureur	2 500 \$	
Copie certifiée d'un permis d'assureur	75 \$	
Copie certifiée de la désignation d'un représentant au Québec ou d'un fondé de pouvoir	75 \$	
Changement de désignation d'un représentant au Québec ou d'un fondé de pouvoir	200 \$	
Attestation d'un document par l'Autorité des marchés financiers	100 \$	

89. Les droits prévus par le présent règlement sont les seuls exigibles.

90. Tout chèque en paiement des droits prévus dans le présent chapitre doit être transmis avec la demande à laquelle il se rattache à l'Autorité des marchés financiers ou, s'ils sont payables au ministre du Revenu, au registraire des entreprises.

CHAPITRE XIII DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

91. L'assureur qui est titulaire d'un permis l'autorisant à exercer des activités en assurance garantie conformément au Règlement d'application de la Loi sur les assurances (R.R.Q., 1981, c. A-32, r.1) tel qu'il se lisait le (*indiquer ici la date qui précède celle de l'entrée en vigueur du présent article*) est réputé être titulaire d'un permis l'autorisant à exercer des activités en assurance cautionnement et en assurance contre le détournement conformément au présent règlement, à moins de restrictions contraires spécifiées au permis.

92. L'assureur qui est titulaire d'un permis l'autorisant à exercer des activités en assurance de biens conformément au Règlement d'application de la Loi sur les assurances (R.R.Q., 1981, c. A-32, r.1) tel qu'il se lisait le (*indiquer ici la date qui précède celle de l'entrée en vigueur du présent article*) est réputé être titulaire d'un permis l'autorisant à exercer des activités en assurance de biens en plus d'un permis l'autorisant à exercer en assurance contre l'incendie conformément au présent règlement, à moins de restrictions contraires spécifiées au permis.

93. L'assureur qui, le 18 décembre 2002, était titulaire d'un permis l'autorisant à exercer des activités en assurance de dommages peut exercer des activités en assurance de personnes s'il est autorisé à exercer des activités en assurance automobile ou en assurance de responsabilité mais seulement dans les limites permises par ces catégories d'assurance.

94. Le présent règlement remplace le Règlement d'application de la Loi sur les assurances (R.R.Q., 1981, c. A-32, r.1).

95. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

50825

**Publication of draft Regulation in the *Gazette officielle du Québec* for comment –
Regulation under the Act respecting insurance¹**

Below are the English and French versions of the following draft Regulation:

- *Regulation under the Act respecting insurance.*

This draft Regulation was published in Part 2 of the *Gazette officielle du Québec* dated November 12, 2008 (Vol. 140, No. 46). The text of the draft Regulation may be approved by the government, with or without amendment, after 45 days have elapsed since its publication in the *Gazette officielle du Québec* on November 12, 2008.

Comments regarding the above may be made in writing to the address given in the notice before the expiry of the 45-day period from the date of publication in the *Gazette officielle du Québec*.

November 14, 2008

¹ Publication authorized by *Les Publications du Québec*

Draft Regulations

Draft Regulation

An Act respecting insurance
(R.S.Q., c. A-32)

Act Respecting insurance — Regulation under

Notice is hereby given, in accordance with sections 10 and 11 of the Regulations Act (R.S.Q., c. R-18.1), that the Regulation under the Act respecting insurance, appearing below, may be made by the Government on the expiry of 45 days following this publication.

The draft Regulation replaces the Regulation respecting the application of the Act respecting insurance (R.R.Q., 1981, c. A-32, r.1) which has not been comprehensively revised since 1974. The Civil Code was subsequently enacted in 1991 and various amendments to the Act respecting insurance have been made over the years, including the more extensive reform brought about by chapter 70 of the Statutes of 2002. In response, the draft Regulation proposes to update the regulatory provisions to reflect those legislative developments. As well, it harmonizes insurance practices in Québec with those prevalent in the other Canadian provinces, in particular by revising the classes of insurance that insurers may transact and updating group insurance practices. The draft Regulation also contains provisions that increase the protection of the public.

The draft Regulation, considerably more streamlined than the former Regulation, will have no negative impact on the public or enterprises, including small and medium-sized businesses.

Further information on the draft Regulation may be obtained within the 45-day period by contacting Pierre Rhéaume, Director General, Encadrement du secteur financier et des personnes morales, Ministère des Finances, 8, rue Cook, 4^e étage, Québec (Québec) G1R OA4; telephone: 418 646-7572; fax: 418 646-5744; e-mail: pierre.rheaume@finances.gouv.qc.ca

Any interested person wishing to comment on the draft Regulation is requested to submit written comments within the 45-day period to the Minister of Finance, 12, rue Saint-Louis, 1^{er} étage, Québec (Québec) G1R 5L3.

MONIQUE JÉRÔME-FORGET,
Minister of Finance

Regulation under the Act respecting insurance

An Act respecting insurance
(R.S.Q., c. A-32, ss. 420, 420.1 and 420.2; 2008, c. 7, s. 50)

CHAPTER I CONSTITUTION, CONTINUANCE AND AMENDMENT OF THE ARTICLES OF INSURANCE COMPANIES

DIVISION I APPLICATION FOR CONSTITUTION

1. An application for the constitution of an insurance company must be accompanied by the following documents:

- (1) the résumés of the persons proposed as directors;
- (2) the proposed general by-laws;
- (3) a description of the composition and operation of the committee on ethics, the audit committee and, if applicable, the executive committee, the investment committee and any other proposed committee, as well as the names of the persons proposed as members of those committees;
- (4) the proposed rules of ethics applicable to directors;
- (5) a description of its links with financial institutions that are affiliated legal persons within the meaning of sections 1.2 to 1.4 of the Act respecting insurance (R.S.Q., c. A-32);
- (6) a description of the products that will be offered;
- (7) copies of the proposed insurance policies and riders;
- (8) the proposed product marketing and distribution policy and claim settlement policy;
- (9) the proposed investment policy;
- (10) copies of the proposed reinsurance contracts;
- (11) the name and address of the person proposed as auditor;

(12) the name and address of the person proposed as actuary; and

(13) a list of the shareholders having more than a 10% voting equity interest.

The documents must be sent to the Minister and to the Autorité des marchés financiers.

2. An application for the constitution of an insurance company must also be accompanied by a business plan that contains opening financial statements, five-year financial forecasts and a description of the organizational structure.

The business plan must be supported by a minimum five-year actuarial projection pertaining to the balance sheet, income statement and statement of retained earnings, and capital adequacy.

The actuarial projection must contain a description of the calculation assumptions used, and be drawn up by an actuary who is a Fellow of the Canadian Institute of Actuaries practising in the insurance of persons or damage insurance, depending on the type of insurance to be transacted by the company.

The documents must be sent to the Minister and to the Autorité des marchés financiers.

DIVISION II AMENDMENT OF ARTICLES OR CONTINUANCE

3. An insurance company that applies for the authorization required by sections 35.2 and 37 of the Act respecting insurance must send the following documents to the Autorité des marchés financiers:

(1) the constituting act of the company and amendments;

(2) the proposed articles of amendment;

(3) a certified true copy of its general by-laws;

(4) a certified true copy of the by-law adopted by the directors of the company regarding the proposed amendments;

(5) an attestation by the secretary of the company that the by-law referred to in paragraph 4 was approved at the general meeting of shareholders, and the notice calling that meeting;

(6) a description of any change in the capital stock of the company and, if the capital stock has been reduced, an attestation by the auditor of the company that the company's financial statements permit the reduction having regard to the requirements of the Companies Act or, as the case may be, the Act respecting the special powers of legal persons (R.S.Q., c. P-16); and

(7) if applicable, a copy of the notice mentioned in paragraph 2 of section 38 of the Act respecting insurance.

4. An insurance company that requests confirmation of a continuance by-law pursuant to section 200.0.15 of the Act respecting insurance or the authorization required by section 200.0.16 of the Act must send the following documents to the Minister and to the Autorité des marchés financiers:

(1) the constituting act of the company and amendments;

(2) the proposed articles of continuance;

(3) a certified true copy of its general by-laws;

(4) a certified true copy of the by-law adopted by the directors of the company regarding its continuance under Part IA of the Companies Act (R.S.Q., c. C-38);

(5) an attestation by the secretary of the company that the by-law referred to in paragraph 4 was approved at the general meeting of shareholders, and the notice calling that meeting; and

(6) a description of any change in the capital stock of the company and, if the capital stock has been reduced, an attestation by the auditor of the company that the company's financial statements permit the reduction having regard to the requirements of the Companies Act or, as the case may be, the Act respecting the special powers of legal persons (R.S.Q., c. P-16).

DIVISION III SPECIAL PROVISION

5. For the purposes of section 88.1 of the Act respecting insurance, a member of a mutual insurance company who has received the support of 5 voting members may give notice to the company of the proposals that the member intends to submit to the annual meeting.

CHAPTER II
CONSTITUTION OF MUTUAL INSURANCE
ASSOCIATIONS, FEDERATIONS OF MUTUAL
INSURANCE ASSOCIATIONS AND
GUARANTEE FUNDS

DIVISION I
APPLICATION FOR CONSTITUTION

6. An application for the constitution of a mutual insurance association must be accompanied by the following documents, in addition to the articles of the association and the documents required by section 93.18 of the Act respecting insurance:

- (1) the résumés of the persons proposed as directors;
- (2) the proposed internal by-laws;
- (3) a description of the composition and operation of the committee on ethics, the audit committee and, if applicable, the executive committee and the investment committee, as well as the names of the persons proposed as members;
- (4) the proposed rules of ethics applicable to directors;
- (5) a description of the products that will be offered;
- (6) copies of the proposed insurance policies and riders;
- (7) the proposed product marketing and distribution policy and claim settlement policy;
- (8) the proposed investment policy;
- (9) copies of the proposed reinsurance contracts;
- (10) the authorization of the federation to carry on the proposed activities;
- (11) a description of the organizational structure; and
- (12) a minimum three-year business plan that contains opening financial statements and financial forecasts.

The business plan must be supported by a minimum three-year actuarial projection pertaining to the balance sheet, income statement and statement of retained earnings, and capital adequacy.

The actuarial projection must contain a description of the calculation assumptions used, and be drawn up by an actuary who is a Fellow of the Canadian Institute of Actuaries practising in damage insurance.

7. An application for the constitution of a federation of mutual insurance associations must be accompanied by the following documents, in addition to the articles of the federation and the documents required by section 93.121 of the Act respecting insurance:

- (1) the résumés of the persons proposed as directors;
- (2) the proposed internal by-law;
- (3) a description of the composition and operation of the committee on ethics, the audit committee and, if applicable, the executive committee, the investment committee and any other proposed committee, as well as the names of the persons proposed as members;
- (4) the proposed rules of ethics applicable to directors;
- (5) the name and address of the person proposed as auditor;
- (6) a certified true copy of the resolution of the board of directors of each of the mutual insurance associations, duly confirmed by the members, authorizing the founders to apply for the constitution of the federation; and
- (7) a development plan describing the proposed activities of the federation over a period of five years, specifying the nature of the services that it will offer to its members, the means to be used to establish and maintain its services, including an estimate of costs, the training it will provide to its personnel and, if applicable, its investment policy for the investment fund.

8. An application for the constitution of a guarantee fund must be accompanied by the following documents, in addition to the articles of the fund and the documents required by section 93.218 of the Act respecting insurance:

- (1) the résumés of the persons proposed as directors;
- (2) the name and address of the person proposed as auditor;
- (3) the proposed internal by-law; and

(4) an audited statement showing the amount subscribed and paid up by each of the founding mutual associations to constitute the capital of the guarantee fund.

DIVISION II
NAME OF A MUTUAL INSURANCE
ASSOCIATION

9. For the purposes of paragraph 6 of section 93.22 of the Act respecting insurance, public authorities are those listed in section 1 of the Regulation respecting the corporate names of companies governed by Part IA of the Companies Act, made by Order in Council 1857-93 dated 15 December 1993.

10. The cases in which the name of a mutual insurance association suggests that the association is related to another person, partnership or group are those mentioned in section 3 of the Regulation respecting the corporate names of companies governed by Part IA of the Companies Act.

The criteria to be taken into account to determine whether the name of an association suggests that the association is so related or leads to confusion with the name used by another person, partnership or group are those set out in sections 4 and 5 of that Regulation.

CHAPTER III
CLASSES OF INSURANCE

DIVISION I
GENERAL

11. A class of insurance that includes insurance against loss of property also includes insurance against loss of enjoyment resulting therefrom.

12. No class of insurance includes insurance against the financial consequences of liability arising out of damage unless specifically mentioned therein.

DIVISION II
INSURANCE OF PERSONS

13. Insurance in the “life insurance” class is insurance whereby the insurer undertakes to pay an agreed amount on the death of the insured. Such insurance may also include an undertaking to pay an amount during the life of the insured, depending on the insured being still alive at a specified time or on the occurrence of an event affecting the existence of the insured. Life and fixed-term annuities transacted by insurers are also included in this class.

14. Insurance in the “accident and sickness insurance” class is insurance whereby the insurer offers one or more of the following protections:

(1) payment of an indemnity in the event of bodily injury, including death, resulting from an accident sustained by an insured;

(2) payment of an indemnity in the event of sickness or disability of an insured;

(3) reimbursement for expenses incurred as a result of the sickness of or an accident sustained by an insured.

DIVISION III
DAMAGE INSURANCE

15. Insurance in the “automobile insurance” class is insurance whereby the insurer undertakes to indemnify the insured against material loss or damage resulting from an event involving a motor vehicle, under the terms of the insurance policies approved by the Autorité des marchés financiers under section 422 of the Act respecting insurance.

It includes protection against the financial consequences of liability arising out of bodily injury or damage to property caused by a motor vehicle or the use or operation of a motor vehicle.

Insurance providing for payment of an indemnity in the event of bodily injury, including death, resulting from an accident involving a motor vehicle is also included in this class, provided that such insurance is part of a motor vehicle liability insurance contract.

16. Insurance in the “aircraft insurance” class is insurance whereby the insurer undertakes to indemnify the insured against material loss or damage resulting from an event involving an aircraft. It includes protection against the financial consequences of liability arising out of bodily injury or damage to property caused by an aircraft or the use of it.

17. Insurance in the “property insurance” class is insurance whereby the insurer undertakes to indemnify the insured against loss of or damage to property, to the extent that the insurance does not cover property that is more specifically covered by another class of insurance.

18. Insurance in the “boiler and machinery insurance” class is insurance providing one or more of the following protections:

(1) insurance whereby the insurer undertakes to indemnify the insured against material loss or damage sustained by the insured by reason of the explosion or rupture of a boiler or any other pressure vessel, including any mechanism, component or accessory incidental to its operation, or material loss or damage resulting from an accident in the course of its operation;

(2) insurance against the financial consequences of liability arising out of bodily injury or damage to property caused by the explosion or rupture of a boiler or any other pressure vessel, including any mechanism, component or accessory incidental to its operation, or by an accident in the course of its operation;

(3) insurance whereby the insurer undertakes to indemnify the insured against material loss or damage sustained by the insured by reason of the use, breakage or breakdown of machinery;

(4) insurance against the financial consequences of liability arising out of bodily injury or damage to property caused by the use or operation of machinery.

19. Insurance in the “surety insurance” class is insurance whereby the insurer undertakes to guarantee the performance of an obligation or the payment of a penalty or indemnity for default on the part of the debtor. It does not include credit insurance, credit protection insurance or hypothec insurance, which are distinct classes.

20. Insurance in the “credit insurance” class is insurance whereby the insurer undertakes to indemnify an insured creditor against loss resulting from failure on the part of a debtor to repay the insured creditor. This class does not include an indemnity in relation to a claim secured by hypothec.

21. Insurance in the “credit protection insurance” class is insurance whereby the insurer undertakes to indemnify a creditor against loss resulting from failure on the part of an insured natural person owing a debt to the creditor to repay the latter by reason of insufficient income, up to the amount of the debt. This class does not include coverage under hypothec insurance or credit insurance.

22. Insurance in the “hypothec insurance” class is insurance whereby the insurer undertakes to indemnify an insured creditor against loss resulting from failure on the part of a debtor to repay a loan secured by a movable or immovable hypothec.

23. Insurance in the “fidelity insurance” class is insurance whereby the insurer undertakes to indemnify the insured against loss resulting from theft, embezzlement or breach of trust committed by an employee, a mandatary, a partner, an officer or a member. It includes insurance whereby the insurer undertakes to indemnify the insured should any of those persons fail to perform duties or perform them inappropriately.

24. Insurance in the “legal expenses insurance” class means insurance whereby the insurer undertakes to reimburse the legal costs of the insured, including fees and other costs incurred in respect of the provision of the legal services.

25. Insurance in the “hail insurance” class is insurance whereby the insurer undertakes to indemnify the insured against material loss caused by hail to crops in the field.

26. Insurance in the “fire insurance” class is insurance whereby the insurer undertakes to indemnify the insured against loss or damage that is the direct consequence of fire or the burning of insured property, regardless of the cause, including loss of or damage to property during transportation or resulting from the methods used to extinguish the fire.

27. Insurance in the “liability insurance” class is insurance whereby the insurer offers protection against the financial consequences of liability incurred for damage to a third person by reason of an injurious act. It includes insurance providing one or more of the following protections:

(1) protection against liability arising out of bodily injury or damage to property sustained by third persons, excluding the employees of the insured;

(2) protection whereby the insurer undertakes to indemnify in the event of an accident, whether liability exists or not, against damage sustained by a person neither living with the insured or on the insured premises, if the protection is provided for in a policy that also includes the protection referred to in subparagraph 1;

(3) protection against the liability of an employer arising out of bodily injury sustained by employees in the performance of their duties;

(4) protection whereby the insurer undertakes to indemnify in the event of an accident, whether liability exists or not, against damage sustained by employees in the performance of their duties, if the protection is provided for in a policy that also includes the protection referred to in subparagraph 3.

This class of insurance does not include liability covered by automobile insurance, aircraft insurance or boiler and machinery insurance.

28. Insurance in the “title insurance” class is insurance whereby the insurer undertakes to indemnify the insured against loss or damage resulting from

(1) the existence of a hypothec, a prior claim, a servitude or any other restriction on the right of ownership of property;

(2) a defect in a document that evidences a hypothec, a prior claim or a servitude or in a restriction on the right of ownership of property;

(3) a defect in the title to property; or

(4) any other situation affecting title to property or the existence of another real right, including the right to the enjoyment of property.

DIVISION IV **MARINE INSURANCE**

29. Insurance in the “marine insurance” class is insurance covering the risks incident to a marine adventure and may cover the risks of any adventure analogous to a marine adventure, land risks incidental to a marine adventure and risks incident to the building, repair and launch of a ship.

It includes protection against the financial consequences of liability arising out of bodily injury or damage to property arising out of such an adventure.

CHAPTER IV **APPLICATION FOR AN INSURER’S LICENCE**

30. Every legal person, other than a professional order, that applies for an insurer’s licence must provide the Autorité des marchés financiers with a plan of its activities in Québec. The plan must set out

(1) the nature of the insurance contracts it proposes to offer in Québec;

(2) the sales methods to be used;

(3) the training to be given to its personnel;

(4) the claim settlement services to be set up for its insured in Québec;

(5) the investment policy to be implemented for the funds held for the benefit of its insured in Québec; and

(6) the reinsurance policy and practices to be applied.

31. A licence application made by a legal person transacting insurance of persons, other than a legal person engaged exclusively in reinsurance, must be accompanied by an undertaking to be a party to a contract of adhesion with Assuris and to comply with the conditions stipulated therein, except if the legal person is already a party to such a contract or does not issue policies that guarantee for their duration the amounts of the benefits and premiums fixed in them.

32. A licence application made by a legal person transacting damage insurance, other than a professional order, a mutual insurance association or a legal person engaged exclusively in reinsurance, must also be accompanied by an undertaking to be a party to a contract of adhesion with the Property and Casualty Insurance Compensation Corporation (PACICC) and to comply with the conditions stipulated therein, except if the legal person is already a party to such a contract or intends to issue only insurance policies that are not subject to compensation under the contract.

33. Every legal person constituted under laws other than the laws of Québec that applies for a licence must send to the Minister and to the Autorité des marchés financiers the following documents:

(1) its certificate of registration;

(2) its licence or any other similar document issued by the authority in the place where it was constituted;

(3) its financial statements, as they stood at the close of the fiscal year preceding the licence application, that the legal person is required to file with the authority in the place where it was constituted; and

(4) the last inspection report submitted to it by the authority in the place where it was constituted and, if applicable, by any other authority in Canada.

CHAPTER V **COMMERCIAL PRACTICES AND DISCLOSURE** **OF CONDITIONS OF INSURANCE CONTRACTS**

34. Insurers must, in all circumstances, present themselves under their true identity and not use a phrase that could cause confusion, particularly as regards trademarks or service marks, slogans, symbols or any other identification marks.

35. An insurer may not, in any insurance offer, exaggerate the extent of the coverage offered or the amount of payable benefits, nor minimize the cost thereof. An insurer must also specify the exclusions likely to affect the nature or scope of the coverage under the contract. The insurer must also expose any limitation resulting from a waiting period.

Upon renewal, cancellation or termination of a contract, the insurer must refer to the relevant provisions in the contract.

36. An insurer advertising that no prior medical examination is required under the contract must specify whether the stipulation applies to the insurance application only, or also to the payment of benefits. The insurer must also indicate the limits to coverage under the contract in the case of death, illness or disability resulting from conditions existing prior to the effective date of the insurance.

37. No insurance offer may falsely claim or suggest that the insurance offered constitutes special coverage and that the policyholder will be able to benefit from certain additional advantages if the insurance is taken out, or that the insurance is limited to a determined group of persons.

CHAPTER VI INVESTMENTS

DIVISION I GENERAL

38. An insurer may acquire all or any of the shares of a legal person whose principal activity is the purchase, management, sale or leasing of immovables, the offering of shares in investment portfolios, the making of loans and investments, factoring, leasing, or the offering of computing services, actuarial advisory services or travel assistance services.

39. An insurer other than a mutual insurance association may acquire all or any of the shares of a legal person operating a residential and long-term care centre.

40. For the purposes of section 247.1 of the Act respecting insurance, a subsidiary newly acquired by an insurer must undertake

(1) to submit its financial statements each year to the Autorité des marchés financiers;

(2) to submit any document and provide any information on its affairs required by the Autorité des marchés financiers to enable the Authority to verify the fair market value of the investments and whether the conditions set out in paragraph 5 are complied with;

(3) to submit any document and provide any information required by the Autorité des marchés financiers relating to its financial situation or the financial situation of a holding company directly controlling the subsidiary or controlled by the subsidiary, as well as any document or information related to the application of the Act respecting insurance;

(4) to permit the Autorité des marchés financiers or its representative to enter its head office and other establishments outside Québec at any reasonable time so that the Authority or its representative may

(a) examine and make copies of the books, registers, accounts, records and other documents relating to its financial situation or the financial situation of a holding company directly controlling the subsidiary or controlled by the subsidiary;

(b) require any information relating to the administration of the Act respecting insurance and the production of any related document; and

(c) require every person having the custody, possession or control of the books, registers, accounts, records and other documents to allow access to and facilitate examination of them;

(5) to provide, at its own expense, on request by the Autorité des marchés financiers, an assessment made by an independent expert of any proposed investment if, in the opinion of the Autorité des marchés financiers, the assessment made by the subsidiary does not reflect market value; and

(6) to not hold more than 30% of the voting shares issued by a legal person unless

(a) the legal person is an insurer, a bank, a trust company, a savings company, a firm within the meaning of the Act respecting the distribution of financial products and services (R.S.Q., c. D-9.2) or a securities dealer or adviser; or

(b) the principal activity of the legal person is the purchase, management, sale or leasing of immovables, the offering of shares in investment portfolios, the making of loans and investments, factoring, leasing, or the offering of computing services, actuarial advisory services or travel assistance services.

DIVISION II
INVESTMENTS BY A FEDERATION OF
MUTUAL INSURANCE ASSOCIATIONS

41. The following investments must be authorized in advance by the board of directors of a federation of mutual insurance associations:

(1) any transaction for the purpose of acquiring, using the federation's investment fund, securities issued by a restricted party in respect of the federation or by a legal person belonging to the same group as the federation; and

(2) any transfer of assets between the federation's investment fund and a restricted party in respect of the federation or by a legal person belonging to the same group as the federation.

Bad debts, unproductive assets and assets repossessed from a debtor in default may not be transferred to the investment fund.

42. The investment fund of a federation must be valued at least once a year at the time the accounts of the federation are audited. The valuation must be effected in accordance with generally accepted accounting principles.

43. A federation must, within two months after the end of its fiscal year, send a statement to its members setting forth, in comparison with the statement of the preceding year, the financial situation of the investment fund and the value of their participation as at the end of the fiscal year.

CHAPTER VII
ACTIVITIES OF A TRUST COMPANY

44. For the purposes of section 33.2.1 of the Act respecting insurance, the activities of a trust company that an insurance company holding a licence issued under the Act is authorized to carry on are

(1) acting as trustee for any retirement plan, retirement savings plan, education savings plan, disability savings plan or any other plan, fund or mechanism of the same nature administered by the insurance company and registered under the Taxation Act (R.S.Q., c. I-3) or the Income Tax Act (R.S.C., 1985, c. 1, (5th Supp.)) ;

(2) acting as trustee of an investment fund within the meaning of the Securities Act (R.S.Q., c. V-1.1) administered by the insurance company; and

(3) the activities that a trust company may carry on under the Act respecting trust companies and savings companies (R.S.Q., c. S-29.01) in respect of the annuity contracts administered by the insurance company and the insured amounts kept by it for the benefit of others.

CHAPTER VIII
ANNUAL STATEMENTS

DIVISION I
GENERAL

45. Every insurer that transacts insurance of persons and damage insurance must file annual statements for each of those activities.

46. Every insurer must keep, for inspection purposes, all documents including the working sheets used in determining the balance for each item in the annual statement.

47. Mutual benefit associations must send to the Autorité des marchés financiers, along with their annual statement, a true copy of their by-laws if they were amended in the last fiscal year.

DIVISION II
INSURER CONSTITUTED UNDER LAWS
OTHER THAN THE LAWS OF QUÉBEC

48. Every insurer constituted under laws other than the laws of Québec that transacts insurance in Québec must send to the Autorité des marchés financiers, in addition to the annual statement required by sections 305 to 312 of the Act respecting insurance, any annual or interim statements required to be filed with another authority in Canada.

49. Every insurer constituted under laws other than the laws of Québec that transacts only marine insurance in Québec must send to the Autorité des marchés financiers the annual statement required by sections 305 to 312 of the Act respecting insurance.

CHAPTER IX
METHODS FOR THE VALUATION OF THE
ASSETS AND LIABILITIES OF INSURERS

DIVISION I
GENERAL VALUATION METHOD

50. Subject to the special provisions in this chapter, the assets and liabilities of an insurer or of an insurance fund in the case of a professional order must be valued and presented in their annual statement in accordance with generally accepted accounting principles.

DIVISION II
INVESTMENTS IN LEGAL PERSONS
CONTROLLED BY AN INSURER
TRANSACTING DAMAGE INSURANCE

51. Investments in legal persons controlled by an insurer transacting damage insurance must be valued on an equity basis.

DIVISION III
SEPARATE FUNDS

52. The assets of separate funds maintained by an insurer transacting insurance of persons and contracting obligations that vary according to the market value of a specified group of assets must be valued in accordance with generally accepted accounting principles.

DIVISION IV
RESERVES MAINTAINED BY MUTUAL
BENEFIT ASSOCIATIONS

53. Subject to section 54, the reserve of each of the funds established by a mutual benefit association must be calculated so that it is sufficient to guarantee payment at maturity of the association's obligations in respect of each of the funds.

In calculating the reserve, the actuary must not take into account a possible reduction in mutual benefits or increase in assessments arising from an amendment to the by-laws of the mutual benefit association after the valuation date.

54. If the mutual benefit association issues policies or certificates guaranteeing, for their duration, the amounts of the mutual benefits and assessments fixed in them, the reserve must be calculated in respect of the policies or certificates according to the methods applicable to every insurer under the Act respecting insurance and this Regulation.

CHAPTER X
LOANS

55. Every insurer proposing to contract a loan by issuing bonds or other unsecured evidences of indebtedness must be authorized to do so by its general by-laws or its internal by-law, as the case may be, and by a resolution of the board of directors fixing the terms and conditions of the issue.

56. The resolution required by section 55 must indicate

(1) the rate of interest on the bonds or other evidences of indebtedness or the fact that the rate may be determined by the board of directors;

(2) the due date and, if applicable, the possibility of pre-payment;

(3) the privilege, if applicable, to convert bonds into shares of the capital stock or that the board of directors is authorized to grant such a privilege;

(4) if the resolution authorizes the issue of one or more series of unsecured bonds, their designation, the rights and the conditions attached to each of them or, as the case may be, that each series has the same rights and conditions as the bonds of any other series, with the exception of the rate of interest, the payment of interest and the dates of issue and redemption for each series; and

(5) the total par value of the series or various series or, in the absence of such a value, the total par value of the unsecured bonds that the insurer proposes to issue immediately, with a statement that the amount may be exceeded only if the insurer is authorized to do so by a new resolution.

57. Unsecured bonds must mention the rights, conditions and restrictions attached to them.

58. Every insurer proposing to contract a loan by accepting subordinated loans must be authorized to do so by its general by-laws or its internal management by-law, as the case may be, and by a resolution of the board of directors fixing the terms and conditions, in particular

(1) the total amount;

(2) the rate of interest or authority for the board of directors to determine it; and

(3) if applicable, the privilege to convert subordinated loans into shares in the capital stock or the authority for the board of directors to grant such a privilege.

CHAPTER XI
GROUP INSURANCE OF PERSONS

DIVISION I
CONDITIONS APPLICABLE TO CONTRACTS
FOR GROUP INSURANCE OF PERSONS

§1. General

59. A group life insurance contract or a group sickness or accident insurance contract may be issued under a master policy solely to cover a specified group of persons and, in certain cases, their spouses and dependants. The members of the group who are parties to one of the contract are participants.

60. A specified group of persons is a group whose members share common activities or interests before a group insurance plan is offered to them, including socio-economic or cultural interests.

The group may be composed of such persons as, for example,

- (1) persons currently or formerly employed by one or more employers;
- (2) persons having the same profession or usual occupation;
- (3) the members of a financial services cooperative;
- (4) the members of a mutual insurance association.

Despite the foregoing, a specified group of persons may not be constituted for the sole purpose of entering into a group insurance contract, and group insurance may be offered to the members of the group only as a benefit complementary to membership.

61. The policyholder of a group insurance contract must be able to provide for the management of the master policy, in particular the collection of the premiums for the insurer. If the policyholder is an association of employees or a professional syndicate, it may enter into an agreement with the employer so that the employer manages the master policy in the name of the policyholder.

§2. Conversion of a group life insurance contract

62. Every group life insurance contract must give a participant who ceases to belong to the group the option to convert all or part of the participant's life insurance coverage or, as the case may be, that of the spouse and

dependants, into an individual life insurance contract. The amount of the converted protection must be at least \$10,000 for the participant and \$5,000 for the spouse and each of the dependants.

The conversion option may be exercised by the participant within 31 days after leaving the group, without the participant having to provide evidence of insurability, including for the spouse and dependants. The group insurance coverage remains in force during that period or until converted into individual insurance.

That option does not apply to sickness or accident insurance incidental to the life insurance contract.

63. The insurer must give a participant who leaves the group either of the following options without the participant having to provide evidence of insurability:

(1) individual life insurance, temporary or permanent, at the participant's option, providing coverage comparable to that provided under the group insurance contract both as to amount and term; or

(2) individual life insurance for one year, providing coverage comparable to that provided under the group insurance contract, but convertible at the end of the year, at the participant's option, into insurance described in subparagraph 1.

The premium for the first year of the insurance described in subparagraph 1 of the first paragraph may not exceed the premium for temporary one-year insurance.

64. The premiums for an individual life insurance contract resulting from a conversion must be uniform for the term of the contract, except the premiums for the first year. The premiums are established on the basis of the age of the insured in accordance with the rate for standard risks that applies at the time of conversion.

Despite the foregoing, the insurer may, in respect of a participant subject to an extra premium before the conversion of the group insurance, apply a comparable increase at the time the premium for the individual insurance is established.

65. The insurer must allow a participant who opts for individual life insurance under section 63 to pay the premiums for the first year on a quarterly basis or on other terms agreed on.

66. A group life insurance contract must give a person who has been a participant for at least 5 years the option to convert all or part of the life insurance coverage into individual life insurance within 31 days after the expiry

of the master policy if the master policy is not replaced or the replacement contract provides for a lesser amount of insurance.

The amount of insurance that may be converted must be at least \$10,000 or 25% of the amount of the participant's life insurance on the expiry of the master policy, whichever amount is greater.

The participant is not required to provide evidence of insurability and the insurer must comply with sections 63 to 65.

The conversion option does not apply to sickness or accident insurance incidental to the group life insurance contract.

67. For the purposes of sections 63, 70 and 71, coverage is comparable if the content is the same despite differences in the amounts of insurance, the amounts of premium waivers or the conditions of eligibility.

§3. *Compulsory clauses*

68. Every group life insurance contract must stipulate that its expiry or the cancellation of any contract coverage may not be set up against a claim based on an event that occurred while the contract was in force or on a death resulting from a disability that arose while the contract was in force.

69. Every group sickness or accident insurance contract must stipulate

(1) that its expiry or the cancellation of any coverage may not be set up against a claim based on

(a) death or mutilation resulting from an accident that occurred while the contract was in force; or

(b) a sickness contracted while the contract was in force; and

(2) that the insurer remains bound to compensate the participant for salary loss if the participant is still disabled after the contract expires.

70. Despite sections 68 and 69, the insurer is not bound to compensate the participant in the event of recurrence of the disabling affliction after the expiry of the contract if the participant has not been disabled for more than 180 days.

In all other cases, coverage ceases as soon as the participant becomes covered by another insurer under a group insurance contract having comparable provisions.

71. If a group life insurance contract or a group sickness or accident insurance contract is terminated and replaced within 31 days by a contract providing comparable coverage for all or part of the same group, the new group insurance contract must stipulate that

(1) a person insured under the former contract may not be excluded from the new contract or be denied benefits solely because of a pre-existing condition limitation that was not applicable or that did not exist in the former contract, or because the person is not at work on the date of coming into force of the new contract; and

(2) every person insured under the former contract is covered *pleno jure* by the new contract on the termination of the former contract if the cessation of insurance is exclusively attributable to the termination and the person belongs to a class of participant covered by the new contract.

72. Despite sections 68 and 69, the new insurer must cover an insured who suffers from a disabling affliction that arose under the former contract but was declared to the first insurer more than 180 days after it arose, during the new contract.

In addition, even if the insured again has a disability covered by the new contract within 180 days after the end of the first disability, the former contract ceases to apply and the new contract applies as soon as the participant has accumulated 30 days of full-time work after the expiry of the former contract in duties in a class covered by the new contract.

If the disability covered by the new group insurance contract is subject to more restrictive coverage conditions, in applying the conditions, the new insurer may not take into account any period of disability occurring while the former contract was in force.

73. A participant in the new contract is exempt from any waiting period if

(1) the new disability period is attributable to the same or related causes that gave rise to the payment of benefits under the former contract; and

(2) a period of less than 180 days has elapsed since the due date of the last benefit or the last premium for which there was waiver and the beginning of the new disability period.

74. Benefits owing by reason of death or mutilation covered by the former contract under sections 68 and 69 are not covered by the new insurer.

Despite the foregoing, the former contract ceases to apply and the new contract applies as soon as the insured has accumulated 30 days of full-time work after the expiry of the former contract in duties in a class covered by the new contract.

DIVISION II

CONDITIONS APPLICABLE TO GROUP INSURANCE CONTRACTS ON THE LIFE OR HEALTH OF DEBTORS AND ON THE LIFE OF DEPOSITORS

§1. General

75. In group insurance on the life or health of debtors and on the life of depositors, the enrollment form must indicate the premiums required to cover all or part of the cost of the life insurance or sickness or accident insurance. If the cost of the premiums is determined by a rate of interest added to the rate of interest for the loan, the enrollment form must indicate the percentage of added interest that constitutes the premium.

All questions or limitations regarding state of health as a condition of eligibility must be clearly specified on the enrollment form.

The policyholder must, at the time the enrollment form is signed by the participant, give a duly completed and signed copy of the form to the participant.

Any form used in the policyholder's business that contains an application for insurance constitutes an enrollment form.

§2. Conditions applicable to group insurance on the life or health of debtors

76. Subject to the provisions of this subdivision, any creditor may underwrite a group insurance contract on the life or health of debtors that provides coverage up to the amounts loaned.

The insurance may also cover the life or health of persons other than debtors, but only if the creditor has a pecuniary interest in their life or health.

77. A creditor does not cease to act as the policyholder by reason of the assignment of the claim to a third person except that, in such a case, the amount payable under the contract must be paid to the assignee.

78. The amount payable under a group insurance contract on the life of debtors is limited to the net debt at the time of the death of the debtor.

79. Despite sections 76 and 78, a group insurance contract on the life or health of debtors may, at the debtors' option, provide for an amount payable that is equal to the amount of their loan or, in the case of a contract extending variable credit, equal to the amount of the variable credit authorized by the creditor.

The maximum amount payable to the creditor is limited to the net debt of the debtor, the balance being paid to the designated beneficiary or, if applicable, to that person's succession.

80. For the purposes of sections 78 and 79, "net debt" means the amount of the original claim, excluding credit charges, increased by the portion of the credit charges accrued up to the time of death, and decreased by the payments made by the debtor.

81. The group insurance contract on the life of debtors and all documents given to the debtor must clearly indicate the amount of the benefits payable by the insurer or how that amount is determined.

82. If the debtors are responsible for payment in full of the insurance premiums, the master policy must state the amount of the premiums; the amount may not be greater than the amount remitted by the policyholder to the insurer.

83. The master policy must also stipulate that all the insurance premiums collected by the policyholder must be promptly remitted to the insurer.

84. No experience rebate or dividend may be directly or indirectly paid to the policyholder of a group insurance contract on the life or health of debtors, either during the contract or after its expiry, unless the premiums are paid in full by the policyholder.

Despite the foregoing, the master policy may stipulate that experience rebates and dividends are payable retroactively to the participants, that they may be applied to reduce premiums or that they are deposited with the insurer for the purpose of reducing future premiums.

85. In group insurance on the life or health of debtors, the master policy may not provide for policyholder remuneration other than reimbursement for expenses actually incurred by the policyholder to administer the contract.

Those expenses may not be calculated as a percentage of the premiums or be otherwise associated with the premiums, except in the case of expenses incurred for the collection of the premiums.

§3. Conditions applicable to group depositor insurance

86. Subject to the provisions of this subdivision, any bank, financial services cooperative, trust company, legal person managing mutual funds or any other legal person carrying on similar activities may underwrite a group insurance contract on the life of depositors that provides coverage up to the amounts deposited or invested or up to the amounts to be deposited or invested by the depositor.

87. The amount payable on the death of a participant under a group insurance contract on the life of depositors may not exceed the greatest of

(1) the balance on deposit or the amount invested with the policyholder;

(2) the amounts to be deposited or invested by the depositor with the policyholder;

(3) the amount determined or to be determined, payable at maturity, if the depositor undertook to pay the amount in cash on a date that is specified or to be specified; and

(4) an amount of \$25,000 in the case of insurance issued to a financial services cooperative.

The amount in subparagraph 4 of the first paragraph is adjusted annually based on the percentage increase in the average of the Consumer Price Index for Canada, published by Statistics Canada under the Statistics Act (R.S.C., 1985, c. S-19), for the 12 months of the preceding year compared to the 12 months of the year prior to that year.

If an annual average or the percentage calculated pursuant to the second paragraph or the amount thus adjusted has more than two decimals, only the first two decimals are retained and the second is increased by one unit if the third decimal is equal to or greater than five.

**CHAPTER XII
TARIFF OF FEES**

88. The fees payable under this Regulation are those established in the following table:

Act	Tariff of fees	
	Fees payable	
	to the Autorité des marchés financiers	to the Minister of Revenue
Constitution of an insurance company	\$5,000	
Constitution of a mutual insurance association	\$5,000	
Constitution of a federation of mutual insurance associations	\$5,000	
Constitution of a guarantee fund	\$5,000	
Constitution of a fund to insure professional liability of members of a professional order governed by the Professional Code	\$5,000	
Filing of articles and issue of a certificate of constitution of an insurance company		\$500
Issue of supplementary letters patent to an insurance company	\$2,500	\$500
Filing of articles of amendment for an insurance company and issue of a certificate of amendment	\$2,500	\$500
Amendment to the articles of a mutual insurance association and issue of a certificate of amendment	\$2,500	
Amendment to the articles of a federation of mutual insurance associations	\$2,500	
Amendment to the articles of a guarantee fund	\$2,500	

Act	Tariff of fees	
	Fees payable	
	to the Autorité des marchés financiers	to the Minister of Revenue
Amendment to the articles of a mutual benefit association	\$2,500	
Amalgamation or conversion of an insurance company or mutual insurance association	\$2,500	
Filing of articles of amalgamation or conversion of an insurance company and issue of an amalgamation or conversion certificate		\$500
Filing of articles of continuance of an insurance company and issue of a certificate of continuance under section 200.0.15, 200.0.16 or 200.6 of the Act respecting insurance	\$2,500	\$500
Issue of a first permit to an insurance company, a mutual insurance association or a professional order	\$2,500	
Issue of a first licence to a mutual benefit association after amalgamation	\$2,500	
Issue of a licence amended to indicate the classes of insurance	\$500	
Examination of application and reinstatement of an insurer's licence	\$2,500	
True copy of an insurer's licence	\$75	

Act	Tariff of fees	
	Fees payable	
	to the Autorité des marchés financiers	to the Minister of Revenue
True copy of the appointment of a representative in Québec or a proxy	\$75	
Change in the appointment of a representative in Québec or a proxy	\$200	
Certification of a document by the Autorité des marchés financiers	\$100	

89. The fees under this Regulation are the only fees payable.

90. Every cheque in payment of fees under this chapter must be sent with the related application to the Autorité des marchés financiers or, if they are payable to the Minister of Revenue, to the enterprise registrar.

CHAPTER XIII TRANSITIONAL AND FINAL

91. An insurer who holds a licence to transact surety insurance under the Regulation respecting the application of the Act respecting insurance (R.R.Q., 1981, c. A-32, r.1), as it read on (*insert the date preceding the date of coming into force of this section*), is deemed to hold a licence to transact surety and fidelity insurance under this Regulation, unless restrictions to the contrary appear on the licence.

92. An insurer who holds a licence to transact property insurance under the Regulation respecting the application of the Act respecting insurance (R.R.Q., 1981, c. A-32, r.1), as it read on (*insert the date preceding the date of coming into force of this section*), is deemed to hold a licence to transact property insurance in addition to a licence to transact fire insurance under this Regulation, unless restrictions to the contrary appear on the licence.

93. An insurer that, on 18 December 2002, held a licence to transact damage insurance may transact insurance of persons if the insurer is authorized to transact automobile insurance or liability insurance, but only to the extent permitted by those classes of insurance.

94. This Regulation replaces the Regulation respecting the application of the Act respecting insurance (R.R.Q., 1981, c. A-32, r.1).

95. This Regulation comes into force on the fifteenth day following the date of its publication in the *Gazette officielle du Québec*.

9010

5.3 AUTRES CONSULTATIONS

Aucune information.

5.4 MODIFICATIONS AUX REGISTRES DE PERMIS DES ASSUREURS, DES SOCIÉTÉS DE FIDUCIE ET SOCIÉTÉS D'ÉPARGNE ET DES STATUTS DES COOPÉRATIVES DE SERVICES FINANCIERS

5.4.1 Assureurs

La Cie d'assurance commerciale AIG du Canada (autre nom utilisé par AIG Commercial Insurance Company of Canada)

Avis de modification de permis

Loi sur les assurances, L.R.Q., c. A-32

Avis est donné, par les présentes, que l'Autorité des marchés financiers a modifié, en date du 31 octobre 2008, le permis d'assureur de La Cie d'assurance commerciale AIG du Canada pour y ajouter les catégories d'assurances aviation, contre le bris des machines, crédit, ainsi que maritime et autorise désormais ledit assureur à exercer ses activités au Québec, dans les catégories d'assurances suivantes :

- | | | |
|---|----------------------------------|------------------|
| - Contre la maladie
ou les accidents | - Biens | - Garantie |
| - Automobile | - Contre le bris des
machines | - Responsabilité |
| - Aviation | - Crédit | - Maritime |

Le représentant principal au Québec est monsieur Serge R. Léger du Groupe American International, dont l'établissement d'affaires est situé au 2000, avenue McGill College, bureau 1200, Montréal (Québec), H3A 3H3.

Le siège de l'assureur est situé au 145 Wellington Street West, 14e étage, Toronto (Ontario) M5J 1H8.

Fait le 31 octobre 2008

La surintendante de l'encadrement
de la solvabilité,

Danielle Boulet

5.4.2 Sociétés de fiducie et sociétés d'épargne

Aucune information.

5.4.3 Coopératives de services financiers

Aucune information.

5.5 SANCTIONS ADMINISTRATIVES

Aucune information.

5.6 AUTRES DÉCISIONS

Aucune information.