

Patrick O'Neill (*Plaintiff*) *Appellant*;

and

**Canadian International Paper Co. and
Continental Casualty Co.** (*Defendants*)
Respondents.

1972: June 12; 1972: November 22.

Present: Fauteux C.J. and Abbott, Hall, Spence and
Pigeon JJ.

ON APPEAL FROM THE COURT OF QUEEN'S
BENCH, APPEAL SIDE, PROVINCE OF QUEBEC

Insurance—Disability insurance—Group policy offered by employer—"Presence at work" as condition of eligibility—Pre-existing illness—Condition stipulated in master policy not mentioned in individual certificate—Debt partly due—Amendment of pleadings—Time for filing proof of loss—Prescription—Insurance Act, R.S.Q. 1964, c. 295, s. 214 and 217—Code of civil procedure, art. 76 and 202.

The respondent, C.I.P. announced to its employees a long-term disability insurance plan which provided benefits equal to 50 per cent of the annual salary starting on the 181st day of such disability and continuing to age 65. The group policy issued by the respondent, Continental Casualty Co. stipulated that after an application is signed by an eligible employee, the insurance only becomes effective provided that he is then actively at work or, if he is not then actively at work because of disability, on the first day of the payroll period following or coincident with the date on which he returns to full-time work. The appellant was absent from work because of illness when C.I.P. distributed the booklet to its employees. But he filled and signed an application and he returned to work with the employer's permission after having undergone a medical examination. His state of health forced him to stop work two weeks later.

A judgment holding that the appellant was contractually entitled to half his annual salary and condemning Continental Casualty Co. to pay the benefits to which he was entitled from the moment he stopped working, was reversed by the Court of Appeal. Hence the appeal to this Court.

Held: The appeal should be allowed as to Continental Casualty Co. but dismissed as to C.I.P.

C.I.P. really only acts as an intermediary for the disability insurance plan. It makes no contribution to

Patrick O'Neill (*Demandeur*) *Appelant*;

et

**Canadian International Paper Co. et
Continental Casualty Co.** (*Défenderesses*)
Intimées.

1972: le 12 juin; 1972: le 22 novembre.

Présents: Le Juge en Chef Fauteux et les Juges
Abbott, Hall, Spence et Pigeon.

EN APPEL DE LA COUR DU BANC DE LA REINE,
PROVINCE DE QUÉBEC

Assurance—Assurance-invalidité—Police collective offerte par employeur—Présence au travail comme condition d'admission—Maladie préexistante—Condition stipulée dans police collective non mentionnée dans le certificat individuel—Dette en partie échue—Amendement de la procédure—Délais de preuve de perte—Prescription—Loi des assurances de la province de Québec, S.R.Q. 1964, c. 295, art. 214 et 217—Code de procédure civile, art. 76 et 202.

L'intimée, C.I.P. a annoncé à ses employés un plan d'assurance-invalidité à long terme qui prévoit le paiement de prestations de 50 pour cent du salaire annuel, à partir du 181^{ème} jour d'invalidité totale jusqu'à l'âge de 65 ans. La police collective émise par l'intimée, Continental Casualty Co., stipule qu'après que l'employé éligible a signé sa demande d'assurance, l'assurance n'entre en vigueur qu'en autant qu'il est activement au travail ou, s'il ne l'est pas par suite de maladie, le premier jour de la période de paie coïncidant avec la date de son retour au travail, ou la suivant. L'appelant était absent de son travail pour cause de maladie au moment où C.I.P. distribua la circulaire aux employés. Mais il signa sa demande d'assurance et revint ensuite au travail avec la permission de l'employeur et après avoir subi un examen médical. Son état de santé l'obligea à abandonner le travail deux semaines plus tard.

Un jugement déclarant que l'appelant avait droit à la moitié de son salaire annuel et condamnant Continental Casualty Co. à lui verser les versements échus à date depuis son arrêt de travail, fut infirmé par la Cour d'appel. D'où le pourvoi à cette Cour.

Arrêt: L'appel doit être accueilli quant à Continental Casualty Co. mais rejeté quant à C.I.P.

C.I.P. n'agit que comme intermédiaire pour le plan d'assurance-invalidité. Elle n'y contribue pas et n'en

the plan and receives no pecuniary benefit therefrom. This is not, therefore, a stipulation for the benefit of a third person. Each applicant is individually insured, and the certificate issued to him is evidence that this insurance exists. This is then a document to which s. 214 of the *Insurance Act* of the Province of Quebec applies and the condition of the group policy that is not set out in the certificate is not valid towards the insured.

As long as the declaration states facts supporting the conclusions the action must be allowed if those facts are established. Even if the plaintiff claims the whole of the debt when part only is due, the existence of his right to the whole will be recognized but judgment will be only given for what is due.

With regard to the amendment to the pleadings, the purpose of the right to amend is precisely to allow for the pleadings to be corrected, in order that the Court may rule on the true rights of the parties.

When the appellant received a premium refund from his employer, he did not intend to give up the disability benefits which he was still claiming.

Finally, it is clear that the condition relating to the time specified by the contract, within which to furnish a proof of loss was fulfilled and that the event insured against happened only after the end of the so-called "elimination period" so that the action was not brought beyond the time fixed.

APPEAL from a judgment of the Court of Queen's Bench, Appeal Side, Province of Quebec¹, reversing a judgment of Mr. Justice Trépanier. Appeal allowed as to the insurance company and dismissed as to the respondent C.I.P.

P. Langlois, for the plaintiff, appellant.

Alfred Tourigny, Q.C., and *R. St-Germain*, for the defendant, respondent, Continental Casualty Co.

J. Smith, Q.C., for the defendant, respondent, Canadian International Paper Co.

The judgment of the Court was delivered by

¹ [1971] Que. A.C. 703.

retire aucun bénéfice pécuniaire. Ce n'est donc pas une stipulation pour autrui. Chaque adhérent est individuellement assuré et le certificat qui lui est remis constate l'existence de cette assurance. C'est donc un écrit auquel l'art. 214 de la *Loi des Assurances* de la Province de Québec doit être appliqué et la condition de la police collective qui n'y est pas reproduite n'est pas opposable à l'assuré.

Dès que la demande énonce les faits requis pour donner lien aux conclusions, elle doit être accueillie si ces faits sont prouvés. Si le demandeur réclame à tort la totalité de la dette alors qu'elle n'est qu'en partie échue, son droit pour le tout sera reconnu mais la condamnation ne sera prononcée que pour ce qui est échu.

Quant à l'amendement de la procédure, c'est précisément l'objet du droit d'amender que de permettre de corriger les pièces de procédure de façon que le tribunal puisse statuer sur les droits véritables des parties.

Lorsqu'il a reçu de son employeur un remboursement de prime, l'appelant n'entendait aucunement renoncer au bénéfice d'invalidité qu'il ne cessait de réclamer.

Enfin, il est clair que la condition du contrat relative aux délais de preuve de perte, a été remplie et que le fait qui constitue le risque n'est survenu qu'après la «période d'élimination» de sorte que l'action a été intentée en temps utile.

APPEL d'un jugement de la Cour du banc de la reine¹, province de Québec, infirmant un jugement du Juge Trépanier. Appel accueilli quant à la compagnie d'assurance et rejeté quant à l'intimée C.I.P.

P. Langlois, pour le demandeur, appelant.

Alfred Tourigny, c.r., et *R. St-Germain*, pour la défenderesse, intimée, Continental Casualty Co.

J. Smith, c.r., pour la défenderesse, intimée, Canadian International Paper Co.

Le jugement de la Cour a été rendu par

¹ [1971] C.A. 703.

PIGEON J.—This appeal is against a decision of the Court of Appeal of Quebec reversing a judgment of the Superior Court, which had allowed the action of Charles Patrick O'Neill against the Continental Casualty Company (Continental) holding that plaintiff was entitled from February 23, 1966, to one half his \$13,805.74 annual salary up to age 65, if he met the other conditions of Policy D-1, and ordering the said defendant to pay \$19,568.16 with interest from each due date for 34 payments due up to December 23, 1968, and costs.

O'Neill was a longtime employee of the International Paper Company of Canada (International). He was born on February 7, 1913, and joined the company on January 9, 1931. He had worked at La Tuque since 1955, and had the responsible and well-paid position of "Boss machine Tender", or "Tour Foreman".

On January 13, 1966, the President of International, in a circular distributed to eligible salaried employees, announced three new insurance plans; the third of these, which concerns us here, was described as follows:

3. *Salary Continuance Long-Term Disability Insurance.* This plan provides a tax-free benefit equal to 50% of your salary up to a maximum benefit of \$1,250 per month if you become totally disabled. This benefit would start with the 181st day of such disability and continue during the disability up to age 65. This insurance also provides, under certain circumstances, for an annuity to be paid to you commencing at age 65. Cost of this coverage is .648% of your gross insurable salary.

This document then goes on:

The Company will contribute to the cost of the additional life insurance plan.

The employees pay the full premium cost of the other two plans, but will enjoy group rates which are more than 50% lower than the current rates for the same insurance if bought on an individual basis.

LE JUGE PIGEON—Le pourvoi est à l'encontre d'un arrêt de la Cour d'appel du Québec, qui a infirmé un jugement de la Cour supérieure accueillant la poursuite de Charles Patrick O'Neill contre Continental Casualty Company (Continental), déclarant que le demandeur a droit à la moitié de son salaire annuel de \$13,805.74 jusqu'à l'âge de 65 ans, s'il rencontre les autres conditions de la police D-1, et ce, depuis le 23 février 1966 et condamnant ladite défenderesse à payer \$19,568.16 avec intérêts depuis chaque échéance pour 34 versements échus au 23 décembre 1968 et les dépens.

O'Neill est un vieil employé de la Compagnie Internationale de Papier du Canada (Internationale). Il est né le 7 février 1913 et est entré à son service le 9 janvier 1931. Depuis 1955, son travail était à La Tuque, et il avait le poste important et bien rémunéré de «Boss Machine Tender», autrement dit, chef d'équipe (Tour Foreman).

Le 13 janvier 1966, le président de l'Internationale annonça, par une circulaire distribuée aux salariés admissibles, trois nouveaux plans d'assurance dont le dernier, celui qui nous intéresse, y est ainsi décrit:

3. *Plan d'Assurance Invalidité à Long Terme pour Continuité de Salaire.* Quand un employé devient totalement invalide et incapable de travailler par suite d'accident ou de maladie, ce plan lui verse 50 p. cent de son salaire chaque mois jusqu'à concurrence de \$1,250. Ces prestations ne sont pas imposables. Les prestations entrent en vigueur le 181^e jour d'invalidité totale et se poursuivent tant et aussi longtemps que l'employé est invalide, et elles cessent à 65 ans. Ce plan prévoit en outre en certains cas des prestations de retraite à partir de 65 ans. Le coût d'adhésion à ce plan est de .648% du salaire brut assurable de l'employé.

On lit ensuite dans ce document:

La Compagnie contribuera au coût du plan d'assurance-vie additionnelle.

Les employés paient le plein prix de la prime des deux autres plans, mais ils bénéficient des taux collectifs qui sont plus de 50% inférieurs aux taux actuels pour le même plan d'assurance acheté individuellement.

It is hoped to have the enrollment completed in time to put the plans into force by February 4th. Therefore, it is to your advantage to complete the applications as quickly as possible. Please note that the Salary Continuance Long-Term Disability Insurance Plan will go into force only if at least 75% of the eligible employees have enrolled.

O'Neill had been absent from work because of illness since November 2, 1965. It is admitted that his position made him eligible for the insurance in question. He was on the payroll and was receiving his full salary. But the group policy stipulated, as stated in the booklet distributed by International to its employees, that after an application is signed by an eligible employee, the insurance only becomes effective provided that "he is then actively at work. When an employee is not actively at work because of disability on the date his insurance otherwise would become effective, such insurance will become effective on the first day of the payroll period following or coincident with the date on which he returns to full-time work".

At the beginning of February O'Neill, who had received the President's circular in the mail, applied to return to work on the advice of his physician, Dr. Crête. The plant management required him to undergo a medical examination by the company doctor, Dr. Potvin; the latter testified that in his opinion O'Neill could not do his usual work, but could do certain work which he [TRANSLATION] "left up to management to decide". The claimant's uncontradicted testimony is that, following this examination, he was permitted to resume work on February 8, without any steps being taken other than to have a trainee junior boss assist him for three days, from February 20 to 23. However, his state of health forced him to stop work on February 23. The employer nevertheless continued to pay him his full salary until April, when he was declared permanently disabled.

On these facts the learned trial judge held that the condition stipulated for the contract to take

Nous espérons que l'inscription à ces plans sera terminée à temps afin qu'ils puissent être mis en vigueur à compter du 4 février. Vous aurez donc avantage à soumettre vos formulaires d'inscription aussitôt que possible. Veuillez prendre note que le plan d'assurance-invalidité à long terme pour continuité de salaire ne peut être mis en vigueur que si nous avons la participation de 75 p. 100 des employés.

O'Neill était alors absent de son travail pour cause de maladie depuis le 2 novembre 1965. Il est admis que son poste le rendait éligible à l'assurance dont il s'agit. Il était sur la feuille de paie et touchait son plein salaire. Mais la police collective stipule, comme le mentionne la brochure distribuée par l'Internationale à ses employés, qu'après que l'employé éligible a signé la demande, l'assurance n'entre en vigueur qu'en autant «qu'il est activement au travail. S'il n'est pas activement au travail par suite de maladie le jour où son assurance deviendrait autrement en vigueur, une telle assurance deviendra en vigueur le premier jour de la période de paie suivant ou coïncidant avec la date de son retour au travail».

O'Neill, qui avait reçu par la poste la circulaire du président, demanda ultérieurement, au début de février, à reprendre le travail sur le conseil de son médecin, le Docteur Crête. La direction de l'usine exigea qu'il subisse un examen médical par le médecin de l'établissement, le Docteur Potvin. Celui-ci a déposé que son opinion était que O'Neill ne pouvait pas faire son travail ordinaire mais accomplir certains travaux qu'il «laissait à la direction de décider». Le témoignage non contredit du réclamant c'est, qu'à la suite de cet examen, la direction lui a permis de reprendre son travail le 8 février sans que l'on fasse autre chose que lui adjoindre pendant trois jours, du 20 au 23 février, un plus jeune à l'entraînement (a trainee junior boss). Cependant, son état de santé l'obligea à abandonner le travail le 23 février. L'employeur continua cependant à lui payer son plein salaire jusqu'au mois d'avril alors qu'il fut déclaré définitivement invalide.

Le savant juge de première instance devant ces faits a statué que la condition stipulée pour

effect had been fulfilled, and the insurer was bound. However burdensome might be for Continental the disability insurance benefit in favour of an employee who was admitted back to work for only two weeks after the insurance plan came into effect, it cannot on that account avoid its obligation. A clause in its contract expressly provided for the consequence of a *sick employee* returning to work. It is of little moment that the employer's doctor advised against a return to work without limitation. What matters under the contract is the fact, established by uncontradicted evidence, that O'Neill resumed his duties and performed them for two weeks after signing the insurance application. Neither his classification or his salary were altered, and he was only given an assistant for the last three days.

Further, the question arises whether Continental is not precluded by s. 214 of the *Insurance Act* of the Province of Quebec, R.S.Q. 1964, c. 295, from availing itself of this condition stipulated in the group policy. The condition is not in fact reproduced in the certificate which is issued to O'Neill, but is only contained in the group policy issued to the employer. As we have seen, the latter really only acts as an intermediary for this disability insurance plan. He makes no contribution to the plan and receives no pecuniary benefit therefrom. This is not, therefore, a stipulation for the benefit of a third person. Each applicant is individually insured, and the certificate issued to him is evidence that this insurance exists. Is this not then a document to which s. 214 must be applied?

The majority in the Court of Appeal did not deny that the judgment at first instance holding that the existence of the contract of insurance had been established, and that O'Neill was contractually entitled to half his monthly salary up to age 65, was well-founded on the facts. However, the decision was reversed on the grounds that the claimant [TRANSLATION] "had not sued to assert his contractual right". With respect, I cannot understand how this conclusion could

l'entrée en vigueur du contrat avait été remplie et que l'assureur était lié. Quelque onéreuse que puisse être pour la Continental l'obligation d'accorder le bénéfice de l'assurance-invalidité à un employé qui n'a été remis au travail que pendant deux semaines après l'inauguration du plan d'assurance, cela ne saurait lui permettre de s'y soustraire. Une clause formelle de son contrat prévoit la conséquence du retour au travail d'un *employé malade*. Il importe peu que le médecin de l'employeur ait déconseillé la reprise du travail sans restriction. Ce qui importe d'après le contrat c'est le fait, établi par une preuve non contredite, qu'O'Neill a repris ses fonctions et les a exercées pendant deux semaines après avoir signé la demande d'assurance. On n'a pas changé sa classification ni son salaire, et ce n'est que pendant les trois derniers jours qu'on lui a donné un aide.

Au surplus, on peut se demander si la Continental n'est pas empêchée par l'art. 214 de la *Loi des assurances* de la Province de Québec, S.R.Q., 1964, c. 295, de se prévaloir de cette condition stipulée dans la police collective. En effet, cette condition n'est pas reproduite dans le certificat qu'elle a délivré à O'Neill. Elle se trouve seulement dans la police collective émise à l'employeur. Ce dernier, comme on l'a vu, n'agit véritablement que comme intermédiaire pour ce plan d'assurance-invalidité. Il n'y contribue pas et n'en retire aucun bénéfice pécuniaire. Ce n'est donc pas une stipulation pour autrui. C'est chaque adhérent qui est individuellement assuré, et le certificat qui lui est remis constate l'existence de cette assurance. N'est-ce pas en conséquence un écrit auquel l'art. 214 doit être appliqué?

En Cour d'appel, la majorité n'a pas nié le bien-fondé en fait du jugement de première instance statuant que l'existence du contrat d'assurance avait été démontrée et que, contractuellement, O'Neill avait droit à la moitié de son salaire mensuel jusqu'à l'âge de 65 ans. Cependant, on a infirmé cette décision pour le motif que le réclamant «n'a pas poursuivi pour faire valoir son droit contractuel». Avec respect, je n'arrive pas à comprendre comment on a pu en

have been reached in view of the Declaration in which plaintiff alleges, *inter alia*, that:

12. The Defendant-Employer and the Defendant-Insurer do jointly and severally owe, and are bound in law and in fact to pay the said sum of \$75,900 to Plaintiff, more particularly for the following reasons:

(a) after filling out and signing of the application card on February 8th 1966, the Defendant-Employer did deduct amounts as premiums from the pay source of the Plaintiff and these sums were transferred or transmitted to Defendant-Insurer and the latter did receive and acknowledge these payments for the purpose of assuring Plaintiff for the benefits described and undertaken in writing, and verbally, including what appears in exhibit P-1;

. . .

(d) Plaintiff having received the explanations on the alleged new group insurance plan and the undertakings was in a position to transact in accordance with the solicitation made and more particularly on February 8th 1966, he was an employee of the Defendant-Employer;

(e) Plaintiff answered truthfully all questions put to him for the purpose of obtaining the benefits in the alleged group insurance plan and Defendants both knew all material facts for the purpose of granting these benefits including any question as to the health status of the Plaintiff; and in any event, the verbal and written undertakings expressly provided and provide that "every eligible employee who applies at the prescribed time will be insured regardless of current physical condition or medical history. No physical examination is required."

(f) both, Defendant-Employer and Defendant-Insurer informed Plaintiff verbally and in writing that "all you need to do is complete the enrollment card and return it to the person designated to handle group insurance at your location" and Plaintiff did precisely that in accordance with directions given to him;

(g) Plaintiff's claim to the amount of \$75,900 is fully sustained and in conformity with the

venir à une pareille conclusion en regard d'une déclaration dans laquelle est allégué notamment ce qui suit:

[TRANSLATION] 12. L'employeur défendeur et l'assureur défendeur, doivent solidairement ladite somme de \$75,900 et sont tenus, en droit et en fait, de la payer au demandeur, plus particulièrement pour les raisons suivantes:

a) après qu'eut été remplie et signée la carte d'adhésion le 8 février 1966, l'employeur défendeur a déduit de la paye du demandeur certains montants à titre de primes; ces montants ont été transférés ou transmis à l'assureur défendeur et ce dernier a reçu et a reconnu avoir reçu ces paiements aux fins d'assurer le demandeur en vue des bénéfices décrits et promis par écrit et verbalement, y compris ce qui paraît à la pièce P-1;

. . .

d) ayant reçu les explications requises au sujet du susdit nouveau plan d'assurance collective et ayant pris connaissance des engagements, le demandeur était apte à conclure le marché en conformité de l'offre faite; plus précisément, le 8 février 1966, il était employé par l'employeur défendeur;

e) le demandeur a répondu avec exactitude à toutes les questions qui lui ont été posées en vue de l'obtention des bénéfices du susdit plan d'assurance collective et les défendeurs connaissaient tous deux tous les faits pertinents en vue de l'octroi de ces bénéfices, y compris toute question ayant trait à l'état de santé du demandeur; en tout état de cause, les engagements verbaux et écrits prévoyaient expressément et prévoient toujours que «tout employé éligible qui soumet une demande dans le temps requis sera assuré quel que soit son présent état de santé et son histoire médicale. Aucun examen médical n'est requis.»

f) l'employeur défendeur et l'assureur défendeur ont tous deux informé verbalement et par écrit le demandeur que «Tout ce que vous avez à faire est de compléter la carte d'enrôlement ci-jointe et la retourner à la personne désignée pour s'occuper de l'assurance-groupe de votre succursale»; c'est précisément ce que le demandeur a fait, en conformité des directives qui lui avaient été données;

g) La réclamation du demandeur, s'élevant à la somme de \$75,900, est pleinement justifiée et

expressed provisions of the undertakings, as more fully shown in exhibit P-1;

In support of the decision of the Court of Appeal, counsel for Continental stressed that O'Neill's action prays for the making of an order to pay jointly and severally the total amount of the benefits for the whole period of disability, and that such a conclusion is only justified if the case is approached from a delictual standpoint. To conclude that this requires the action to be wholly dismissed would be to return to the rules of procedure of Roman law, under which the result of the *plus petitio* was that the suitor lost his case. It has long ago been decided that claiming more than is justified by the allegations or the evidence does not have this effect. If, as here, a claimant seeks to have an order made against two defendants jointly and severally, whereas he is only entitled to recover against one of them, his unfounded claim against one will be dismissed, with costs. However, this will not deprive him of the right to recover from the other, though there can be no question of joint and several liability when there is only one debtor. Similarly, if the plaintiff erroneously claims the whole of the debt, whereas part only is due, as is the case here, the conclusion must be that of the trial judge: to recognize the existence of the right to the whole, but to make the order to pay only for what is due.

And if the facts alleged establish the existence of a contractual obligation, but not of a delictual obligation, the duty of the court is to grant the appropriate remedy under the law. Under art. 76 of the present *Code of Civil Procedure*, as under art. 105 of the former Code, a plaintiff need only state the facts and the conclusions. In this respect the rules of procedure in Quebec do not differ from the modern rules of procedure in English law: "... the pleadings need only state facts and not contentions of law" (*United Africa Co. Ltd. v. Saka Owoade*²).

² [1955] A.C. 130 at p. 142.

conforme aux dispositions expresses des engagements, comme le montre plus précisément la pièce P-1;

A l'appui de la décision de la Cour d'appel, l'avocat de la Continental a souligné que les conclusions de l'action d'O'Neill sont à une condamnation solidaire au paiement de la somme totale des bénéfices pour toute la période d'invalidité et que de pareilles conclusions ne sont justifiées que si l'affaire est envisagée sous l'angle délictuel. Pour en conclure que cela doit entraîner le rejet entier de la demande, il faudrait retourner aux règles de procédures du Droit romain où la conséquence de la *plus-pétition* était que le demandeur perdait son droit. Il y a longtemps que le fait de demander plus que ce que les allégations ou la preuve justifient n'a pas cette conséquence. Si un demandeur, comme en l'espèce, réclame contre deux défendeurs une condamnation solidaire alors qu'il n'a droit de recouvrer que d'un seul, sa demande mal fondée contre l'un sera rejetée, avec dépens. Mais cela ne le prive pas du droit de recouvrer de l'autre, bien qu'il ne puisse être question de solidarité quand il n'y a qu'un seul débiteur. De même si le demandeur réclame à tort la totalité de la dette alors qu'elle n'est qu'en partie échue, comme c'est ici le cas, la conclusion doit être celle du juge de première instance: reconnaître l'existence du droit pour le tout, mais prononcer la condamnation seulement pour ce qui est échu.

Et si les faits allégués démontrent l'existence d'une obligation contractuelle mais, non celle d'une obligation délictuelle, le devoir du tribunal c'est d'accorder le remède approprié suivant la loi. En vertu de l'art. 76 du *Code de procédure* actuel, comme en vertu de l'art. 105 du précédent, il suffit d'exposer les faits et les conclusions. A cet égard, les règles de la procédure du Québec ne diffèrent pas de celles de la procédure moderne du droit anglais: [TRADUCTION] «... les actes de procédure des parties n'ont qu'à exposer des faits, et non pas des prétentions de droit» (*United Africa Co. Ltd. v. Saka Owoade*²).

² [1955] A.C. 130 à p. 142.

With regard to the amendment to the Answer permitted by the trial judge, in order to tender back the premium of \$75.68 which was deducted from claimant's salary during the time he was employed after signing the insurance application, and which his employer later returned to him when Continental denied that the insurance existed, it should first be noted that this amount was returned in January of 1967, after a claim had been received by Continental for quite some time. Clearly O'Neill in no way intended, when he received this amount from his employer, to give up his disability benefits, which he was still claiming. The contention that an allegation of a new cause of action is to be found in the amendment is clearly wrong. It is merely a new reply to a ground of defence. The plaintiff simply realized he had been in error in initially replying to the allegation that this amount had been repaid: [TRANSLATION] "he is not claiming it in damages as an item of his claim". The trial judge was correct in saying that this amendment was not the formulation of an "entirely new demand having no connection with the original demand"; the action clearly alleged a contractual undertaking, even though its conclusions were not wholly justified by that undertaking. The purpose of the right to amend is precisely to allow for the pleadings to be corrected, in order that the court can rule on the true rights of the parties.

Another ground of defence by Continental was that O'Neill did not furnish a proof of loss within the time specified by the contract. In the certificate of insurance, under the heading *Part 13—General Provisions*, the following provision can be found:

In the case of claim for loss for which the policy provides any periodic payment contingent upon continuing loss, written proof of such loss must be furnished to the Insurer within ninety days after the

Quant à l'amendement de la réponse que le juge de première instance a permis aux fins d'offrir la prime de \$75.68, qui a été prélevée sur le salaire du demandeur pendant le temps où il a travaillé après avoir signé la demande d'assurance et que son employeur lui a plus tard rendue lorsque la Continental a nié l'existence de l'assurance, il faut noter d'abord que cette remise a été faite au mois de janvier 1967 alors que la Continental était depuis longtemps saisie d'une réclamation. Il est bien clair qu'O'Neill n'entendait aucunement, lorsqu'il a reçu cette somme de son employeur, renoncer à ses bénéfices d'invalidité qu'il ne cessait de réclamer. C'est bien à tort que l'on prétend voir dans l'amendement l'allégation d'une nouvelle cause d'action. Il s'agit uniquement d'une nouvelle réponse à un moyen de défense. Le demandeur a tout simplement compris qu'il avait fait erreur en répondant d'abord à l'allégation du remboursement de ce montant: «il ne le réclame pas en dommages comme item de sa réclamation». Le juge de première instance a eu raison de dire que cet amendement n'était pas la formulation d'une «demande entièrement nouvelle n'ayant aucun rapport avec la demande originaire», l'action alléguait clairement un engagement contractuel même si elle était assortie de conclusions que cet engagement ne justifiait pas entièrement. C'est précisément l'objet du droit d'amender que de permettre de corriger les pièces de procédure de façon que le tribunal puisse statuer sur les droits véritables des parties.

Un autre des moyens de défense de la Continental c'est qu'O'Neill n'aurait pas fourni une preuve de perte dans les délais prévus par le contrat. Dans le certificat d'assurance, on trouve sous le titre *Partie 13—Dispositions générales*, la disposition suivante:

Dans l'éventualité d'une perte prolongée pour laquelle la police pourvoit un paiement périodique, la preuve écrite de perte doit être fournie à l'Assureur dans les quatre-vingt-dix jours de la date du commencement

commencement of the period for which the Insurer is liable.

In the present instance, the period for which the insurer is liable commences after expiry of the "elimination period", which is 180 days from the beginning of total disability. The latter date was set at February 25, that is the first working day following the last day worked. The 180 days thus ended on August 22, 1966, and the period for which the insurer was responsible began on August 23. Now, O'Neill completed and signed on September 30 the claim form supplied by Continental; on October 14 this form was sent to the latter, which received it on the 17th. There is thus no doubt that the condition was fulfilled, and there is no need to consider whether the insurer who denies the existence of the contract is entitled to plead that formalities required therein were not performed.

It was also alleged that the claim was prescribed, in accordance with the opinion expressed in the Court of Appeal by Mr. Justice Turgeon. The latter did not explain how he came to this conclusion. He was undoubtedly misled by the fact that the trial judge, forgetting the "elimination period", recognized the right to the disability benefit as dating from February 23, 1966. However, as we have seen, the disability period for which plaintiff was entitled to make his claim only began on August 23, 1966, and the action, instituted on July 25, 1967, was served on Continental on August 4. Under s. 217 of the *Insurance Act* of the Province of Quebec:

Any stipulation or agreement to the contrary notwithstanding, any action or proceeding against the insurer for the recovery of any claim under or by virtue of a contract of insurance of the person may be commenced at any time within one year next after the happening of the event insured against . . .

Since under the contract O'Neill was only entitled to disability benefits after the so-called "elimination period" of 180 days, it is clear that the event insured against did not happen until August 23, 1966. February 25 was only the

de la période pour laquelle l'Assureur est responsable.

Dans le cas présent, la période pour laquelle l'assureur est responsable commence après l'expiration de la «période d'élimination» qui est de 180 jours à compter du début de l'invalidité totale. Cette dernière date a été fixée au 25 février, c'est-à-dire le premier jour ouvrable suivant le dernier jour de travail. Les 180 jours se sont donc terminés le 22 août 1966, et la période pour laquelle l'assureur est responsable a donc commencé le 23 août. Or, le 30 septembre, O'Neill a signé, après l'avoir remplie, la formule de réclamation fournie par la Continental; le 14 octobre cette formule a été transmise à cette dernière qui l'a reçue le 17. Il n'y a donc aucun doute que la condition a été remplie et il n'y a pas lieu de se demander si l'assureur qui nie l'existence du contrat est recevable à se plaindre que des formalités qui y sont prévues n'auraient pas été accomplies.

On a ensuite prétendu que la réclamation était prescrite, suivant l'avis exprimé en Cour d'appel par M. le Juge Turgeon. Celui-ci n'a pas expliqué comment il en est venu à cette conclusion. Il a sans doute été induit en erreur par le fait que le juge de première instance, oubliant la «période d'élimination» a reconnu le droit au bénéfice d'invalidité à compter du 23 février 1966. Mais, comme on l'a vu, la période d'invalidité pour laquelle le demandeur a le droit de réclamer n'a commencé que le 23 août 1966 et l'action, intentée le 25 juillet 1967 a été signifiée à la Continental le 4 août. En vertu de l'art. 217 de la *Loi des assurances* de la Province de Québec:

Nonobstant toute stipulation ou convention à ce contraire, toute action ou procédure contre l'assureur en recouvrement d'une réclamation en vertu d'un contrat d'assurance sur la personne, peut être commencée en tout temps pendant l'année qui suit immédiatement l'arrivée du fait qui constitue le risque de l'assurance, . . .

Puisqu'en vertu du contrat O'Neill n'avait droit aux bénéfices d'invalidité qu'après ce qu'on appelle la «période d'élimination» de 180 jours, il est clair que le fait qui constitue le risque n'est survenu que le 23 août 1966. Le 25 février n'a

beginning of the period during which the total disability continued. For such disability to give rise to a benefit, it had to continue longer than 180 days. The event cannot therefore be said to have happened before the end of this period; so long as it had not expired the right did not arise. Prescription does not begin to run before the right is born.

For these reasons, the judgment at first instance should be restored. However, certain modifications must be made thereto. Taking into account the "elimination period", plaintiff was entitled to \$575.24 not from February 23, 1966, but from August 23. The fact that International paid O'Neill his full salary until May 12, 1966, does not shift the beginning of the elimination period to that date, because such period is based on the disability, not on the non-payment of salary. Here, it is well established that the claimant was incapable of working after February 23, 1966. For some time he was merely ill and not permanently disabled, but one of the reasons for the elimination period is precisely to determine, for purposes of the insurance, whether the disability is temporary or permanent. The certificate states:

"Total disability" wherever used herein means the continuous inability of the Insured Employee to engage in each and every gainful occupation or employment for which he is reasonably qualified by reason of education, training or experience; provided, however, that during the applicable Elimination Period and the next twenty-four months of any such period of disability the Insured Employee shall be deemed totally disabled while he is both (1) unable to perform each and all the material duties pertaining to his occupation, and (2) not engaged in any occupation or employment for wage or profit.

With regard to the payments which were made by the employer for part of the period during which Continental was liable, there is no basis for its being given a credit in this respect as there is no evidence these payments were made on its behalf, and these were clearly not

été que le commencement de la période pendant laquelle l'invalidité totale a duré. Pour que cette invalidité donne droit à un bénéfice, il fallait qu'elle dure plus de 180 jours. On ne peut donc pas dire que le fait est survenu avant la fin de cette période-là; tant qu'elle n'était pas accomplie, le droit n'avait pas pris naissance. La prescription ne commence pas à courir avant que le droit soit né.

Pour ces raisons, il y a lieu de rétablir le jugement de première instance. Cependant, il est nécessaire d'y apporter certaines modifications. Vu la «période d'élimination», ce n'est pas depuis le 23 février 1966 mais depuis le 23 août que le demandeur a droit à \$575.24. Le fait que l'Internationale a payé à O'Neill son plein salaire jusqu'au 12 mai 1966 ne saurait reporter jusqu'à cette date-là le début de la période d'élimination, car cette période est rattachée à l'invalidité et non pas à l'absence de paiement du salaire. Or, il est bien établi que le réclamant a été incapable de travailler après le 23 février 1966. Pendant quelque temps il était simplement malade et non pas définitivement invalide, mais c'est précisément l'un des buts de la période d'élimination que de déterminer, pour les fins de l'assurance, s'il s'agit d'une invalidité temporaire ou permanente. On lit dans le certificat:

«Invalidité totale» tel qu'employé dans la police signifie l'incapacité continue de l'Employé Assuré à vaquer à chacun et à tous les devoirs relatifs à une occupation ou emploi avec rémunération pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, entraînement ou expérience; pourvu, toutefois, que durant la période d'élimination applicable et les vingt-quatre mois consécutifs de toute telle période d'invalidité l'Employé Assuré soit considéré totalement invalide alors qu'il satisfait les deux conditions suivantes: (1) il est inapte à exécuter chacun et tous les devoirs matériels relatifs à son occupation et (2) il ne vaque à toute occupation ou emploi pour gain ou profit.

Quant aux paiements qui ont été faits par l'employeur pendant une partie de la période pour laquelle la Continental a une responsabilité, rien ne lui permet d'obtenir un crédit à cet égard, car rien ne démontre que ces versements ont été faits à son acquit, et il est bien clair qu'il

payments for services performed. Here again the aforementioned provision disposes of the objection.

There is no indication why the learned trial judge calculated the payments due up to December 23, 1968. Under the 1965 *Code of Civil Procedure*, an incidental demand is no longer necessary, as it formerly was, to assert a right accrued since the service of the action and connected with the right claimed by the original suit. Article 202 provides for an amendment for such purpose. The record shows that on the day of the trial, May 27, 1968, an amendment was allowed to increase the amount claimed to \$81,764. In my view the date on which this amendment was made is the date for terminating the calculation of such payments due as could be made the object of an order by the Superior Court. It must be held, therefore, that on May 27, 1968, there were twenty payments due, or \$11,504.80.

As to the appeal against International it need only be said, as the Court indicated at the hearing, that it is without foundation.

For the foregoing reasons, I would dismiss the appeal with costs as against the International Paper Company of Canada and allow it with costs as against Continental Casualty Company, reverse the decision given on the latter's appeal so as to allow such appeal without costs to vary the judgment of the Superior Court against it by replacing the operative portion thereof with the following: Doth declare that Charles Patrick O'Neill is entitled to receive from Continental Casualty Company \$575.24 per month, from August 23, 1966, until the age of 65, if he meets the other terms and conditions of the policy, and order the said Defendant to pay him, for twenty monthly payments due up to May 27, 1968, the sum of \$11,504.80 with interest computed from each payment date since the first, and costs.

Appeal dismissed with costs as to Canadian International Paper Co.; appeal allowed with costs as to Continental Casualty Co.

ne s'agit pas de rémunération pour du travail effectué. Là encore le texte précité dispose de l'objection.

Rien n'indique pourquoi le savant juge de première instance a calculé les versements échus jusqu'au 23 décembre 1968. En vertu du *Code de procédure civile* de 1965, une demande incidente n'est plus nécessaire comme autrefois pour faire valoir un droit échu depuis l'assignation et lié à celui exercé par la demande originaire. C'est un amendement que l'art. 202 prévoit à cette fin. Le dossier démontre que le jour de l'audition, le 27 mai 1968, un amendement a été permis pour porter le montant réclamé à \$81,764. La date à laquelle cet amendement a été fait me semble être celle à laquelle il faut arrêter le calcul des versements échus pour lesquels une condamnation pouvait être prononcée en Cour supérieure. Il faut donc dire qu'au 27 mai 1968 il y avait vingt versements échus, soit \$11,504.80.

Quant au pourvoi contre l'Internationale, il suffit de dire qu'il est sans fondement comme la Cour l'a indiqué à l'audition.

Pour les motifs ci-dessus, je suis d'avis de rejeter, avec dépens, le pourvoi contre la Compagnie Internationale de Papier du Canada et de l'accueillir avec dépens contre Continental Casualty Company; d'infirmier l'arrêt rendu sur l'appel de cette dernière aux fins d'accueillir cet appel sans dépens pour modifier le jugement de la Cour supérieure contre elle en en remplaçant le dispositif par ce qui suit: Déclare que Charles Patrick O'Neill a droit de recevoir de Continental Casualty Company \$575.24 par mois, à compter du 23 août 1966, jusqu'à l'âge de 65 ans, s'il rencontre les autres conditions de la police, et condamne ladite défenderesse à lui payer, pour vingt versements mensuels échus au 27 mai 1968, la somme de \$11,504.80 avec intérêts calculés à chaque échéance depuis la première, et les dépens.

Appel rejeté avec dépens quant à Canadian International Paper Co.; appel accueilli avec dépens quant à Continental Casualty Co.

Solicitors for the appellant: Cutter, Langlois & Castiglio, Montreal.

Solicitors for the respondent, International Paper Co.: O'Brien, Home, Hall, Saunders, O'Brien & Smyth, Montreal.

Solicitor for the respondent, Continental Casualty Co.: Alfred Tourigny, Montreal.

Procureurs de l'appelant: Cutter, Langlois & Castiglio, Montréal.

Procureurs de l'intimée, International Paper Co.: O'Brien, Home, Hall, Saunders, O'Brien & Smyth, Montréal.

Procureur de l'intimée, Continental Casualty Co.: Alfred Tourigny, Montréal.