

Admissibilité et assurabilité



Le titulaire doit répondre à cinq (5) questions d'admissibilité et dix (10) questions sur l'assurabilité.

Admissibilité

Afin de confirmer l'admissibilité de l'enfant à assurer, le titulaire doit répondre aux questions suivantes :

1. Êtes-vous la mère, le père ou le tuteur légal de l'enfant à assurer? Oui Non
2. Est-ce que l'enfant habite avec vous au moins 4 jours par mois durant toute l'année? Oui Non
3. L'enfant est-il né au Canada? Oui Non
- 3a. Si **Non** : L'enfant est-il résident permanent canadien depuis plus de 2 ans? Oui Non
4. L'enfant a-t-il déjà été refusé, différé, surprimé pour une assurance vie ou maladies graves, ou une assurance a-t-elle été offerte avec exclusion? Oui Non

5. Validation de l'IMC

Les enfants de trois ans (3) ou plus doivent correspondre à la norme de l'indice de masse corporelle (IMC) définie par Humania Assurance pour le produit Enfants360. Pour les enfants âgés de deux (2) ans ou moins, l'IMC n'est pas utilisé.

Âge	Minimum	Maximum	Âge	Minimum	Maximum	Âge	Minimum	Maximum
3	14,15	18,30	8	13,58	19,99	12	14,94	24,15
4	13,86	17,85	9	13,72	21,00	13	15,46	25,17
5	13,67	17,91	10	13,97	22,15	14	15,95	25,98
6	13,56	18,36	11	14,53	23,13	15	16,51	26,77
7	13,53	19,08						

L'indice de masse corporelle (IMC) permet de définir la maigreur, le surpoids et l'obésité. La formule utilisée pour calculer de l'IMC est : $IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille (m}^2\text{)}$.

Assurabilité

Afin de confirmer l'assurabilité de l'enfant à assurer, le titulaire doit répondre **NON** aux questions six (6) à quinze (15).

6. A-t-on diagnostiqué chez un minimum de deux membres de la famille de l'enfant (père, mère, frère ou sœur) l'une ou plusieurs des affections suivantes avant l'âge de 60 ans : maladie cardiaque, accident vasculaire cérébral, anévrisme, diabète, cancer? Oui Non
7. Un membre de la famille biologique de l'enfant (père, mère, frère ou sœur) a-t-il déjà reçu le diagnostic pour l'une des affections suivantes : chorée de Huntington, maladie polykystique des reins, maladie de Parkinson, fibrose kystique, maladie d'Alzheimer, polypose familiale du colon, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), ou de tout autre trouble héréditaire? Oui Non

8. L'enfant a-t-il déjà eu des symptômes ou été traité pour l'une des affections suivantes : troubles ou malformation du cœur, troubles ou malformation des artères, troubles circulatoires, souffle cardiaque, diabète, troubles du système endocrinien, cholestérol élevé, hypertension ?	Oui	Non
9. L'enfant a-t-il déjà eu des symptômes ou été traité pour l'une des affections suivantes : cancer, tumeur, trouble lymphatique ou glandulaire, leucémie, anémie, maladie inflammatoire, déficience immunitaire ou VIH ?	Oui	Non
10. L'enfant a-t-il déjà eu des symptômes ou été traité pour l'une des affections suivantes : surdité, c�civit� partielle ou totale, trouble de développement envahissant, autisme, maladie mentale ou psychologique, maladies intestinales, rénales, rhumatologiques ou neurologiques, troubles respiratoires autres que l'asthme contrôlé ?	Oui	Non
11. L'enfant a-t-il un retard de développement physique, mental ou social, une affection héréditaire, familiale ou congénitale, une difformité, un trouble de locomotion ou a-t-il subi une amputation ?	Oui	Non
12. L'enfant est-il présentement sous évaluation, investigation ou traitement médical pour un trouble autre qu'une affection bénigne telle qu'un rhume ou une grippe ?	Oui	Non
13. L'enfant a-t-il déjà pris des médicaments pour des fins autres que médicales, fait usage de marijuana ou fait consommation de drogues ?	Oui	Non
14. Au cours des 2 dernières années l'enfant a-t-il été hospitalisé à des fins d'observation, de soins, de diagnostic ou de traitement ?	Oui	Non
15. L'enfant s'est-il fait recommander ou planifie-t-on un test, une consultation, une intervention ou une investigation qui n'a pas encore eu lieu ?	Oui	Non

Enfants360

N° DE POLICE :

DATE D'EFFET :

TITULAIRE :

SPECIMEN

Sommaire des garanties

Votre contrat est composé de la présente *police*, de la copie de la proposition et de tous les avenants et avis de modification en annexes.

Veuillez lire attentivement votre *police*, la copie de la proposition et le questionnaire d'admissibilité et d'assurabilité en annexes. Si un changement doit être apporté aux réponses données, veuillez en aviser l'*Assureur* dans les trente (30) jours suivant la délivrance de la *police*. Le défaut d'aviser l'*Assureur* de toute inexactitude ou déclaration erronée peut entraîner la nullité du contrat.

Sous réserve des dispositions et des avenants de la *police*, l'*Assureur* paie les indemnités énumérées ci-dessous lorsque survient un événement couvert.

Toutes les obligations que l'*Assureur* assume en vertu du contrat prennent fin immédiatement lorsque l'*Assureur* reçoit une demande écrite d'annulation de contrat ou un avis d'arrêt de paiement de la prime due.

<u>Description des garanties</u>	<u>Indemnité(s)</u>	<u>Prime mensuelle</u>
----------------------------------	---------------------	------------------------

Partie A – Définitions

Aux fins de la présente *police*, les termes suivants signifient :

Accident : événement survenant alors que la *police* est en vigueur et dû à des causes externes, violentes, soudaines, fortuites et indépendantes de la volonté de l'*assuré*. Si un *accident* cause une perte qui se manifeste pour la première fois plus de quatre-vingt-dix (90) jours après l'*accident*, cette perte est réputée être le fait d'une *maladie*.

Activités de la vie quotidienne : les activités de la vie quotidienne sont :

- **se laver** : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- **se vêtir** : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- **se servir des toilettes** : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- **être continent** : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle;
- **se mouvoir** : capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- **se nourrir** : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

Âge d'assurance : âge de l'*assuré* au dernier anniversaire de *police*.

Assuré ou personne assurée : la personne désignée comme telle sur la demande d'assurance.

Assureur : Humania Assurance Inc., ayant son siège social au 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6.

Bénéficiaire : personne(s) physique(s) ou morale(s) désignée(s) par le *titulaire* dans tout document notifié par écrit à l'*Assureur* comme ayant le droit de toucher des indemnités en vertu de la présente *police*.

Blessure : lésion corporelle résultant directement ou indirectement d'un accident subi par l'*assuré* et indépendamment de toute maladie ou autre cause, alors que la *police* est en vigueur.

Classe de risque : caractéristiques de l'*assuré* déterminant le taux de prime d'une protection. Les classes de risque sont basées sur le sexe et l'âge.

Emploi à temps plein : exercice régulier et actif d'un emploi rémunéré pendant au moins trente (30) heures par semaine, et ce, au moins quarante (40) semaines par année.

Étudiant : personne, âgée de moins de 25 ans, qui suit régulièrement des cours de jour dans une maison d'enseignement reconnue par le Ministère de l'Éducation de sa province de résidence et détenant les permis requis.

Frais raisonnables : frais calculés selon les tarifs normaux en vigueur dans la région où demeure l'*assuré*.

Hôpital : institution reconnue comme centre hospitalier de soins de courte durée en vertu des lois de la province de résidence de l'*assuré*, à l'exclusion de l'unité de soins de longue durée (des lits de cette institution qui sont utilisés pour les convalescents ou les malades chroniques).

N'est pas considéré comme hôpital : une clinique, une maison de santé, un établissement procurant essentiellement des soins de réadaptation ou de garde, même si cet établissement fait partie d'un hôpital ou est associé à un hôpital.

Hospitalisation : séjour de l'*assuré*, pendant au moins 18 heures, à titre de patient interne dans un *hôpital*.

Invalidité totale (ou totalement invalide) : état de l'*assuré* le rendant inapte à vaquer à toute occupation rémunérée ou non.

Maladie : détérioration de la santé ou désordre de l'organisme, constaté par un *médecin*, qui n'a pas été causé par une blessure et dont les premiers symptômes se manifestent pendant que la présente *police* est en vigueur.

Maladies graves couvertes au contrat : liste de maladies graves, dont les définitions, restrictions et exclusions doivent être rencontrées pour qu'une indemnité de maladie grave soit payable. La liste des *maladies graves couvertes au contrat* se retrouve à même la Partie B de la garantie d'assurance maladies graves choisie par le titulaire.

Maladies graves à prestation partielle : une *maladie grave couverte au contrat* dont l'indemnité est de 15 % du montant de la protection de maladie grave choisie. Le montant de prestation partielle est indiqué au sommaire des garanties. La prestation partielle n'est payable qu'une seule fois et est soustraite de toute indemnité de maladie grave payable. La liste des *maladies graves à prestation partielle* se retrouve à même la Partie B de la garantie d'assurance maladies graves choisie par le titulaire.

Médecin : toute personne légalement autorisée à pratiquer la médecine au Canada en vertu de son doctorat en médecine (M.D.), sans lien de parenté ni d'affaires avec l'*assuré* ou le *titulaire*.

Médecin spécialiste : *médecin* qui détient un permis d'exercice et une formation médicale spécialisée en lien avec la *maladie* grave couverte pour laquelle l'indemnité est demandée.

Membre de la famille : père, mère, conjoint de l'*assuré* ou enfant de l'*assuré*, biologique ou légalement reconnu.

Mutilation ou Perte d'usage totale :

- **de la main ou du pied** : amputation complète à la jointure du poignet ou de la cheville, ou plus haut; s'il n'y a pas d'amputation, perte totale et définitive de l'usage de la main ou du pied;
- **de l'œil** : perte totale et irréversible de la vue d'un (1) œil (acuité visuelle de vingt sur deux cents [20/200] ou moins, ou champ de vision de moins de vingt [20] degrés);
- **de l'ouïe** : perte totale et irréversible de l'ouïe des deux (2) oreilles, avec un seuil d'audition de quatre-vingt-dix (90) décibels ou plus dans un seuil de parole de cinq cents (500) à trois mille (3 000) cycles par seconde, confirmée par un oto-rhino-laryngologiste détenteur d'un permis canadien de pratique de la médecine et exerçant sa profession au Canada;
- **d'un (1) doigt et d'un (1) orteil** : amputation complète d'au moins deux (2) phalanges du même doigt ou du même orteil.

Période de survie : période de trente (30) jours, pendant laquelle l'*assuré* doit survivre après la date du diagnostic d'une *maladie grave couverte au contrat*, pour que le montant de l'indemnité soit payable. La période de survie n'inclut pas le nombre de jours pendant lesquels les fonctions vitales ne sont maintenues que de façon artificielle. L'*assuré* doit être vivant à la fin de la période de survie et ne doit pas avoir subi la cessation irréversible de toutes les fonctions de son cerveau.

Police : le présent contrat, la proposition relative à cette *police*, tout avenant au contrat ou toute demande de réintégration de ce contrat.

Titulaire : personne qui a la propriété de cette *police*.

SPECIMEN

Partie B – Garantie d'assurance maladies graves (37 maladies) ou assurance vie Temporaire à 75 ans, transformable jusqu'à 60 ans

Indemnité

L'Assureur paie, alors que la garantie est en vigueur, une des deux (2) indemnités suivantes :

- 1) Lorsque l'Assuré est affecté par une *maladie grave couverte au contrat*, l'indemnité de maladies graves inscrite au sommaire des garanties, déduction faite de toute indemnité de *maladie grave à prestation partielle* déjà payée, lorsque les quatre (4) éléments suivants sont rencontrés :
 - la maladie grave répond à la définition d'une *maladie grave couverte au contrat* et n'est pas sujette à une exclusion ou restriction présente à celle-ci;
 - l'occurrence de la maladie grave n'a pas lieu durant la période moratoire de la *maladie grave couverte au contrat*;
 - l'obligation de divulgation présente à la définition d'une *maladie grave couverte au contrat* a été respectée; et
 - le diagnostic de la *maladie grave couverte au contrat* est posé par un *médecin spécialiste*.

OU

- 2) Lorsque l'Assuré décède, l'indemnité de décès inscrite au sommaire des garanties, déduction faite de toute indemnité de *maladie grave à prestation partielle* déjà payée.

L'indemnité pour *maladie grave à prestation partielle* n'est payable qu'une seule fois et est soustraite de toute autre indemnité payable en vertu de la présente garantie.

Conditions reliées au paiement

Les indemnités de maladies graves et de décès ne sont pas cumulatives. Ainsi, l'Assureur ne pourra jamais être appelé à payer plus d'une indemnité de maladies graves ou de décès en vertu de la présente garantie à l'exception de l'indemnité de *maladie grave à prestation partielle*.

L'Assureur détermine la date du diagnostic lorsque toute l'information nécessaire à l'établissement de la réclamation a été reçue.

Diagnostic au Canada

Le diagnostic d'une maladie grave doit être posé par un *médecin spécialiste* autorisé à exercer au Canada, et être confirmé par les techniques modernes d'investigation pertinentes à cette maladie, normalement utilisées au moment de la demande de règlement.

Diagnostic à l'extérieur du Canada

Lorsque le diagnostic d'une maladie grave est posé à l'extérieur du Canada par un *médecin spécialiste* exerçant dans une juridiction jugée acceptable par l'*Assureur*, l'indemnité payable par l'*Assureur* est versée si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- a) l'*Assureur* a reçu la totalité des dossiers médicaux pertinents;
- b) en s'appuyant sur les dossiers médicaux reçus, l'*Assureur* a la certitude que :
 - i) le même diagnostic aurait été posé si la maladie grave avait été diagnostiquée par un *médecin spécialiste* dûment autorisé et exerçant au Canada; et
 - ii) le même traitement aurait été prescrit en conformité avec les normes canadiennes; et
 - iii) le même traitement, incluant l'intervention chirurgicale requise, si applicable, aurait été prescrit si le traitement avait été prodigué au Canada.

L'*Assureur* peut exiger que l'*Assuré* se soumette à un ou des examens médicaux indépendants effectués par un *médecin* désigné par l'*Assureur*. Dans le cas d'une intervention chirurgicale électorale, l'examen médical exigé devra être effectué avant ladite intervention chirurgicale.

Restriction

Montant maximal payable

Le montant total des indemnités de maladies graves payables par l'*Assureur* pour l'ensemble des polices d'assurance Enfants360 sur la tête d'un *Assuré* ne peut être supérieur à cinquante mille dollars (50 000 \$). Dans l'éventualité où le montant détenu par un *Assuré* dépasse ce montant, l'*Assureur* paiera une indemnité totale de cinquante mille dollars (50 000 \$) et remboursera les primes payées sur les indemnités en excédent de cette somme.

Exclusions

Advenant le suicide de l'*Assuré*, qu'il soit sain d'esprit ou non, durant les deux (2) premières années qui suivent la prise d'effet de cette garantie ou de sa dernière remise en vigueur, l'*Assureur* ne rembourse que les primes versées pour cette garantie, sans intérêt.

Aucune indemnité de maladies graves ne sera payable si l'affection de l'*Assuré* ne rencontre pas la définition de *maladies graves couvertes au contrat*, sujet à toutes ses restrictions et exclusions.

Certaines maladies graves (le cancer, le Parkinson, la tumeur cérébrale bénigne) sont sujettes à une période moratoire de quatre-vingt-dix (90) jours (douze [12] mois pour le Parkinson) et à une obligation de divulgation auprès de l'*Assureur* dans les six (6) mois suivant tout diagnostic de ces maladies, qu'elles soient couvertes ou non. Le fait de ne pas communiquer ces informations à l'*Assureur* durant les délais prescrits peut rendre nulles et non avenues toutes demandes d'indemnité subséquentes.

Prime

La prime de cette garantie est indiquée au sommaire des garanties. La prime est garantie et payable jusqu'à la fin de la garantie.

Droit de transformation

Tant que la garantie d'assurance maladies graves ou assurance vie de cette *police* est en vigueur et avant l'anniversaire de *police* suivant le soixantième (60^e) anniversaire de naissance de l'*Assuré*, le *titulaire* peut transformer ladite garantie sur la tête de l'*Assuré*, sans preuve d'assurabilité, en une nouvelle *police* d'assurance maladies graves ou vie permanente comportant des garanties semblables, comme il est désigné par l'*Assureur* à cette date. L'indemnité peut être transformée pour un capital n'excédant pas le montant de l'indemnité de la présente garantie en vigueur au moment de la transformation.

La nouvelle prime sera déterminée en fonction :

- de l'*âge d'assurance* atteint par l'*Assuré*;
- des taux de primes en vigueur à la date de transformation; et
- de la *classe de risque* de la présente garantie.

Des preuves d'assurabilité satisfaisantes seront exigées pour l'ajout de toute garantie complémentaire. Toute demande de transformation doit être accompagnée du paiement de la première prime.

Si la présente garantie est émise avec une surprime, des restrictions et des exclusions, la garantie transformée sera également émise avec ces mêmes conditions.

Fin de la garantie

En plus des spécifications inscrites aux dispositions générales de cette *police*, cette garantie d'assurance maladies graves temporaire prend fin à la première des dates suivantes :

- à la date de réception par l'*Assureur* d'une demande écrite du *titulaire* d'annuler la garantie d'assurance maladies graves temporaire, ou à la date stipulée dans cette demande si elle est postérieure à la date de réception par l'*Assureur*;
- à la date où une indemnité de maladies graves ou d'assurance vie devient payable en vertu de la présente garantie à l'exception de l'indemnité en vertu d'une *maladie grave à prestation partielle*;
- à la date où toute la garantie a été transformée;
- à la date de terminaison de la *police*, comme indiqué au sommaire des garanties;
- au décès de l'*Assuré*.

Dispositions générales

Les définitions, restrictions ou exclusions de la présente garantie s'ajoutent à celles inscrites dans les dispositions générales. Les dispositions générales de la *police* régissent la présente garantie dans la mesure où elles s'y rapportent et où elles ne sont pas incompatibles avec les termes de la présente garantie.

Liste et définitions des maladies graves couvertes au contrat (37 maladies)

Aux fins de la présente *police*, l'Assuré est couvert pour les 37 maladies graves suivantes, telles que définies ci-après :

Maladies infantiles

1. **Autisme** : anomalie organique dans le développement du cerveau, caractérisée par l'incapacité de développer un langage de communication ou d'autres formes de communication sociale.

Restriction : le diagnostic doit être confirmé par un *médecin spécialiste* avant le troisième (3^e) anniversaire de naissance de l'Assuré pour que cette indemnité soit payable.

2. **Cardiopathie congénitale** : diagnostic formel d'au moins une des affections cardiaques suivantes :

- Coarctation de l'aorte
- Maladie d'Ebstein
- Syndrome d'Eisenmenger
- Tétralogie de Fallot
- Transposition des gros vaisseaux

Le diagnostic de l'affection cardiaque doit être confirmé au moyen de techniques d'imagerie cardiaque que nous jugeons acceptables.

Restriction : le diagnostic de l'affection cardiaque doit être confirmé avant le vingt-quatrième (24^e) anniversaire de naissance de l'Assuré pour que cette indemnité soit payable.

3. **Cardiopathie congénitale requérant une chirurgie à cœur ouvert** : les affections cardiaques suivantes sont couvertes seulement si une chirurgie à cœur ouvert est pratiquée pour remédier à au moins l'une d'entre elles :

- Sténose aortique
- Communication interauriculaire
- Rétrécissement aortique sous-valvulaire modéré
- Sténose pulmonaire
- Communication interventriculaire

La chirurgie doit :

- être recommandée par un *médecin spécialiste*;
- être considérée comme nécessaire à la suite de l'utilisation de techniques d'imagerie cardiaque que nous jugeons acceptables; et
- être effectuée par un *médecin spécialiste*.

Restriction : la chirurgie à cœur ouvert doit être pratiquée avant le vingt-quatrième (24^e) anniversaire de naissance de l'Assuré pour que cette indemnité soit payable.

Exclusions

Cette définition ne couvre pas les interventions suivantes :

- fermeture percutanée de la communication interauriculaire; et
- interventions au moyen de cathéters, comme la valvuloplastie percutanée.

4. **Diabète sucré de type 1** : diagnostic formel de diabète sucré de type 1 qui se manifeste chez l'Assuré par une absence totale d'insuline et une dépendance continue aux injections d'insuline exogène pour survivre. La dépendance à l'insuline doit persister pendant au moins trois (3) mois consécutifs.

Restriction : le diagnostic de diabète sucré de type 1 doit être confirmé avant le vingt-quatrième (24^e) anniversaire de naissance de l'Assuré pour que cette indemnité soit payable.

5. **Dystrophie musculaire** : diagnostic formel de dystrophie musculaire qui se manifeste chez l'*Assuré* par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par l'électromyographie et la biopsie musculaire.

Restriction : le diagnostic de dystrophie musculaire doit être confirmé avant le vingt-quatrième (24^e) anniversaire de naissance de l'*Assuré* pour que cette indemnité soit payable.

6. **Fibrose kystique** : diagnostic formel de fibrose kystique qui se manifeste chez la *personne assurée* par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.

Restriction : le diagnostic de fibrose kystique doit être confirmé avant le vingt-quatrième (24^e) anniversaire de naissance de l'*Assuré* pour que cette indemnité soit payable.

7. **Paralysie cérébrale** : diagnostic formel d'un trouble neurologique non progressif qui affecte le contrôle des muscles. Elle est caractérisée par la spasticité et le manque de coordination des mouvements.

Restriction : le diagnostic de paralysie cérébrale doit être confirmé avant le vingt-quatrième (24^e) anniversaire de naissance de l'*Assuré* pour que cette indemnité soit payable.

Maladies graves

8. **Accident vasculaire cérébral** : diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie de source extra-crânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique;

persistant pendant plus de trente (30) jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « accident vasculaire cérébral » dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou
- infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme « accident vasculaire cérébral » ci-dessus.

9. **Anémie aplasique** : diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

- la stimulation de la moelle osseuse;
- l'utilisation de l'immunosuppresseur; ou
- la greffe de moelle osseuse.

10. **Brûlures graves** : diagnostic formel de brûlures au troisième (3^e) degré affectant au moins vingt pour cent (20 %) de la surface du corps.

11. **Cancer (mettant la vie en danger)** : diagnostic formel d'une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Période moratoire

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « cancer (mettant la vie en danger) » si, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, l'*Assuré* :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic ; ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'Assureur dans les six (6) mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'Assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « cancer (mettant la vie en danger) » dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome *in situ* (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai; ou
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.

Aux fins du contrat, les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (7^e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Aux fins du contrat, le terme « classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication *Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia* (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

12. Cécité : diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux (2) yeux, attestée par :

- une acuité visuelle corrigée de vingt sur deux cents (20/200) ou moins pour les deux (2) yeux; ou
- un champ visuel inférieur à vingt (20) degrés pour les deux (2) yeux.

13. Chirurgie de l'aorte : intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « chirurgie de l'aorte » en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

14. Coma : diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins quatre-vingt-seize (96) heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre (4) ou moins pendant cette période.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « coma » dans les cas suivants :

- le coma a été médicalement provoqué;
- le coma résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues; ou

- un diagnostic de mort cérébrale a été posé.

15. Crise cardiaque : diagnostic formel de la mort d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne :

l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque; ou
- apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « crise cardiaque » dans les cas suivants :

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q; ou
- changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.

16. Démence, y compris maladie d'Alzheimer : diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (un trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets); ou
- perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

L'*Assuré* doit présenter :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de vingt sur trente (20/30) ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six (6) mois.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme de « démence » pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

Aux fins de la *police*, la référence à un mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3):189.

17. Infection à VIH contractée au travail : diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé l'*Assuré* à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il exerçait sa profession habituelle.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est ultérieure.

Restriction

La prestation exigible au titre de la définition du terme « infection à VIH contractée au travail » ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- a) la blessure accidentelle doit être signalée à l'*Assureur* dans les quatorze (14) jours suivant cette blessure;
- b) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les quatorze (14) jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif;

- c) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les quatre-vingt-dix (90) à cent quatre-vingts (180) jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif;
- d) tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis; et
- e) la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « infection à VIH contractée au travail » dans les cas suivants :

- l'*Assuré* a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé contre l'infection à VIH était disponible avant la blessure accidentelle; ou
- l'infection à VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.

18. Insuffisance rénale : diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux (2) reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.

19. Lésion cérébrale acquise : diagnostic formel de dommages aux tissus du cerveau dus à une blessure traumatique, à une anoxie ou à une encéphalite et entraînant des signes et symptômes de déficience neurologique qui :

- sont présents et peuvent être constatés à l'examen clinique ou neuropsychologique;
- persistent pendant plus de cent quatre-vingts (180) jours après la date du diagnostic; et
- sont confirmés par des examens d'imagerie cérébrale qui corroborent le diagnostic.

Exclusions

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

- anomalie décelée à la scintigraphie, cérébrale ou autre, sans manifestation clinique; ou
- signes neurologiques sans symptômes d'anomalie.

20. Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques

a) Maladie de Parkinson : diagnostic formel de maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblement de repos. L'*Assuré* doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un (1) an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

b) Syndrome parkinsonien atypique : diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques » pour tout autre type de parkinsonisme.

Période moratoire

Aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques » si, dans la première année suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, l'*Assuré* :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic ; ou
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'Assureur dans les six (6) mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'Assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

21. Maladie du motoneurone : diagnostic formel de l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire.

22. Méningite purulente : diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'établissement du diagnostic.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « méningite purulente » dans le cas d'une méningite virale.

23. Paralysie : diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux (2) membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'événement déclencheur.

24. Perte d'autonomie (à compter de 18 ans) : diagnostic formel d'une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux (2) des six (6) *activités de la vie quotidienne* indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins quatre-vingt-dix (90) jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Les *activités de la vie quotidienne* sont :

- **se laver :** capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- **se vêtir :** capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- **se servir des toilettes :** capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- **être continent :** capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle;
- **se mouvoir :** capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels; et
- **se nourrir :** capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

Restriction : cette protection contre la perte d'autonomie n'entre en vigueur qu'à compter du dix-huitième (18^e) anniversaire de naissance de l'Assuré, si l'Assuré à cette date n'est pas en perte d'autonomie.

25. Perte de l'usage de la parole : diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins cent quatre-vingts (180) jours.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « perte de l'usage de la parole » pour toute cause psychiatrique.

26. Perte de membres : diagnostic formel de la séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

27. Pontage aortocoronarien : intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un *médecin spécialiste*.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « pontage aortocoronarien » en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

28. Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque : intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un *médecin spécialiste*.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque » en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

29. Sclérose en plaques : diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :

- au moins deux (2) poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de six (6) mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un (1) mois.

30. Surdité : diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ou ie des deux (2) oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins quatre-vingt-dix (90) décibels dans un registre de cinq cents (500)   trois mille (3 000) hertz.

31. (Transplantation) Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe : diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux (2) poumons, du foie, des deux (2) reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme « défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe », l'*Assuré* doit être inscrit à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux  tats-Unis qui effectue la forme de greffe requise. Pour les besoins de la *période de survie*, la date d'établissement du diagnostic est la daté de l'inscription de l'*Assuré* dans un centre de transplantation.

32. (Transplantation) Greffe d'un organe vital : intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux (2) poumons, du foie, des deux (2) reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme « greffe d'un organe vital », l'*Assuré* doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

33. Tumeur cérébrale bénigne : diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Période moratoire

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « tumeur cérébrale bénigne » si, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, l'*Assuré* :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic ; ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à

l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'Assureur dans les six (6) mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'Assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur une tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « tumeur cérébrale bénigne » pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à dix (10) mm.

Maladies graves à prestation partielle

34. Angioplastie coronarienne : intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un *médecin spécialiste*.

35. Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) : le cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) doit être confirmé par un examen pathologique du tissu prostatique.

Période moratoire

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable si dans les quatre-vingt-dix (90) premiers jours suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, l'Assuré :

- a présenté des signes ou symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic; ou
- a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'Assureur dans les six (6) mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'Assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), ou sur toute maladie grave causée par un cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) ou son traitement.

36. Carcinome canalaire in situ du sein (stade A) : cancer non invasif qui doit être confirmé par une biopsie.

Période moratoire

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable si dans les quatre-vingt-dix (90) premiers jours suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, l'Assuré :

- a présenté des signes ou symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic; ou
- a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'Assureur dans les six (6) mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'Assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un carcinome canalaire in situ du sein (stade A), ou sur toute maladie grave causée par un carcinome canalaire in situ du sein (stade A) ou son traitement.

37. Mélanome malin au stade 1A : mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, confirmé par une biopsie, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V.

Période moratoire

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable si dans les quatre-vingt-dix (90) premiers jours suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, l'Assuré :

- a présenté des signes ou symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic; ou
- a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'Assureur dans les six (6) mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'Assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un mélanome malin au stade 1A, ou sur toute maladie grave causée par un mélanome malin au stade 1A ou son traitement.

SPECIMEN

Partie B – Garantie Option Plus

Cette garantie comporte quatre (4) protections distinctes.

1) Protection accident

L'Assureur paie au *titulaire*, alors que la garantie est en vigueur :

1. En cas de décès accidentel de l'Assuré, survenant dans la période de quatre-vingt-dix (90) jours suivant immédiatement la date de l'accident : 50 000 \$
2. En cas de *mutilation* ou de *perte d'usage totale*, par suite de *blessures* subies par l'Assuré dans un *accident* :
 - a) des deux pieds ou des deux mains 200 000 \$
 - b) d'une main et d'un pied 200 000 \$
 - c) d'un pied et la vue d'un œil 200 000 \$
 - d) d'une main et la vue d'un œil 200 000 \$
 - e) d'un pied ou d'une main 100 000 \$
 - f) de la vue d'un œil 25 000 \$
 - g) de l'ouïe d'une oreille 25 000 \$
 - h) de deux phalanges ou plus du même doigt ou du même orteil 5 000 \$

Les indemnités de *mutilation* ou de *perte d'usage totale* ne sont pas cumulatives et sont payables à la condition que l'Assuré soit toujours vivant à l'expiration de la période de trois cent soixante-cinq (365) jours suivant immédiatement l'accident.

En conséquence, une seule des pertes décrites précédemment aux paragraphes 1 et 2 donne droit à une indemnité. En outre, si l'Assuré décède dans la période de trois cent soixante-cinq (365) jours suivant immédiatement l'accident, des suites de celui-ci, l'Assureur paie une indemnité de décès de 50 000 \$.

3. En cas de fracture subie à la suite d'un *accident* :
 - a) du crâne, de la colonne vertébrale, du bassin, du fémur 1 000 \$
 - b) d'une côte, du sternum, du larynx, de la trachée, de l'omoplate, de l'humérus, de la rotule, du tibia, du péroné 200 \$
 - c) d'un os non compris ci-dessus 150 \$

La fracture doit être confirmée par rayon X et diagnostiquée par un *médecin* au cours des trente (30) jours suivant l'accident.

Les indemnités de fracture mentionnées au paragraphe 3 ci-dessus ne sont pas cumulatives. En cas de fractures multiples, l'Assureur paie l'indemnité pour la fracture donnant droit au montant le plus élevé. En conséquence, une seule des indemnités décrites précédemment est payée et cette indemnité est payable à la condition que l'Assuré soit toujours vivant à l'expiration de la période de trente (30) jours suivant immédiatement l'accident.

4. En cas de *blessure* subie par l'Assuré :
 - a) 25 \$ par jour d'*hospitalisation* à compter du 1^{er} jour jusqu'au 365^e jour;
 - b) les frais d'une chambre privée, semi-privée jusqu'à un maximum de 55 \$ par jour d'*hospitalisation*;

- c) les *frais raisonnables*, encourus, pour son transport, en ambulance ou en voiture taxi, du lieu de l'*accident* à l'*hôpital*/le plus près ainsi que de l'*hôpital* à sa résidence, si son état le justifie;
- d) les honoraires de tout chiropraticien, orthophoniste, logothérapeute, ostéopathe, podiatre ou psychologue dûment reconnu jusqu'à un maximum de 15 \$ par traitement sans toutefois dépasser 240 \$ par année de *police*;
- e) les frais d'un seul rayon X jusqu'à concurrence de 25 \$;
- f) les frais de réparation ou de remplacement de lunettes jusqu'à concurrence de 75 \$;
- g) sur prescription d'un *médecin* seulement et jusqu'à un maximum à vie de 10 000 \$:
 - i) les médicaments;
 - ii) les honoraires d'un physiothérapeute jusqu'à un maximum de 15 \$ par traitement sans toutefois dépasser 240 \$ par année de *police*;
 - iii) les honoraires d'un(e) infirmier(e) ou infirmier(e) auxiliaire jusqu'à un maximum à vie de 5 000 \$;
 - iv) les appareils orthopédiques, les attelles et les éclisses;
 - v) la location de chaise roulante, de béquilles et de lit d'hôpital;
 - vi) toute première prothèse, y compris les appareils auditifs, jusqu'à un maximum à vie de 3 000 \$, à l'exception des prothèses dentaires;
- h) les soins médicaux, chirurgicaux et hospitaliers rendus hors Canada jusqu'à un maximum à vie de 10 000 \$, pourvu qu'il y ait urgence, que l'*accident* soit survenu hors du Canada et que le séjour temporaire de l'*Assuré* à l'étranger ait débuté moins de six (6) mois auparavant.

L'*hospitalisation*, les traitements et les soins mentionnés aux paragraphes précédents du présent article doivent commencer dans les trente (30) jours suivant immédiatement la date de l'*accident*.

- i) les honoraires d'un chirurgien-dentiste, pour le traitement ou le remplacement total ou partiel, effectué dans les deux (2) ans suivant immédiatement l'*accident*, de dents saines, naturelles et non dévitalisées, perdues ou endommagées à cause de l'*accident*, et ce jusqu'à concurrence de 300 \$ par dent. Toutefois, si le remplacement des dents est effectué à l'aide d'une prothèse amovible, l'*Assureur* paie cette prothèse jusqu'à concurrence de 250 \$.

Nonobstant ce qui précède, si les traitements doivent, à cause de l'âge de l'*Assuré* et de son développement dentaire, être différés et effectués après l'expiration de la période de deux (2) ans suivant immédiatement l'*accident*, l'*Assureur* paie les honoraires du chirurgien-dentiste, jusqu'à concurrence de 150 \$ par dent, le tout sujet à un maximum de 600 \$ par *accident*. Le chirurgien-dentiste doit, au cours de cette période de 2 ans, en avoir fait la recommandation. Aucune réclamation, faite en vertu du présent paragraphe, ne sera acceptée si une réclamation, portant sur le même sujet, a été payée en vertu du paragraphe précédent.

Les honoraires du chirurgien-dentiste sont établis selon le tarif des actes bucco-dentaires de l'association provinciale où le chirurgien-dentiste exerce.

- j) 1 500 \$, lorsque l'*Assuré étudiant* est *totaletement invalide* pendant toute l'année scolaire suivant immédiatement l'*accident*;
- k) jusqu'à concurrence de 1 000 \$, pour les cours donnés à l'*Assuré étudiant*, pendant son confinement à la maison ou à l'*hôpital* à la condition :
 - i) que le confinement débute dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant immédiatement la date de l'*accident*;
 - ii) que ces cours fassent partie du programme d'études suivi par lui au moment de son confinement; et
 - iii) que ces cours soient donnés par un professeur détenant un brevet d'enseignement du niveau requis et que ce professeur ne lui soit ni parent ni allié.
- l) jusqu'à concurrence de 3 000 \$, pour les cours de rééducation donnés à l'*Assuré étudiant* pour lui permettre d'obtenir un emploi à la condition :
 - i) qu'il ait été forcé d'abandonner ses études à cause de l'*accident*; et
 - ii) que ces cours soient donnés dans les trois (3) années suivant immédiatement l'*accident*.

- m) les frais de transport de l'*Assuré étudiant* ou d'âge préscolaire qui, au cours des trois (3) années suivant immédiatement l'*accident* et sur prescription d'un *médecin*, doit subir des traitements en un lieu situé à plus de quarante (40) kilomètres de sa résidence pourvu que ces traitements ne soient pas accessibles en un lieu plus rapproché.

En plus des frais de transport de l'*Assuré*, jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour, les frais de transport et de subsistance de la personne qui, à cause de l'âge ou de la condition physique de l'*Assuré étudiant* ou d'âge préscolaire, doit l'accompagner.

Le total de tous les montants payés, en vertu de la présente clause, ne peut en aucun cas excéder 500 \$ à vie.

- n) 150 \$ pour chaque semaine complète, entre le 1^{er} juin et le 1^{er} septembre de l'année de *police* pendant laquelle l'*étudiant* assuré, âgé de seize (16) ans ou plus, déjà *totale*ment *invalide* depuis quinze (15) jours, continue de l'être. Aucun montant n'est donc payé pour les quinze (15) premiers jours d'invalidité.

L'*Assureur* ne paie que les honoraires et les frais encourus dans les trois (3) ans suivant immédiatement l'*accident*.

Limitations

L'*Assuré* ne peut être couvert par plus d'une protection *accident* Passe-Partout ou Option Plus de l'assurance Enfants360. En conséquence, le fait qu'il soit, au moment de l'entrée en vigueur de la présente garantie, déjà couvert par une ou plusieurs de ces garanties ou polices, entraîne automatiquement la nullité de l'une ou l'autre, l'*Assureur* ne rembourse que les primes versées pour la garantie ou la police annulée, sans intérêt. Aucune réclamation, en ce cas, ne peut donc être fondée sur la garantie ou la *police* annulée.

Exclusions

1. Aucune des indemnités prévues à cette protection n'est payable :
 - 1.1. lorsque les *blessures*, mortelles ou non, causes directes ou indirectes du décès, de la *mutilation* ou des soins sont :
 - a) le résultat du fait personnel de l'*Assuré* qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - b) subies par l'*Assuré* au cours d'un voyage aérien à moins qu'il ne soit passager à bord d'un aéronef propriété d'un transporteur public;
 - c) subies lors de la pratique d'un sport pour lequel l'*Assuré* reçoit une rémunération ou une bourse;
 - d) subies par l'*Assuré* au cours d'une manifestation populaire, d'une insurrection ou d'une guerre, ou de tout acte s'y rattachant;
 - e) subies par l'*Assuré* lors de la commission ou tentative de commission d'un acte illégal ou criminel ou lorsqu'il conduit un véhicule à moteur ou un bateau sous l'influence de stupéfiants ou alors que la concentration d'alcool dans son sang excède 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang;
 - f) subies par l'*Assuré* alors qu'il est sous l'influence de quelque drogue que ce soit, d'un hallucinogène ou d'un stupéfiant.
 - 1.2. lorsque le décès de l'*Assuré* ou les *blessures* qu'il a subies sont causés directement ou indirectement par une inhalation de gaz, un empoisonnement ou une absorption de médicament ou de drogue.
 - 1.3. dès que l'*Assuré* cesse d'être un résident permanent du Canada (tel que défini par l'Agence du Revenu du Canada).
2. Est également exclu, sauf s'il y a eu *hospitalisation*, le paiement des honoraires de tout chiropraticien et de tout physiothérapeute lorsque les *blessures* subies par l'*Assuré* l'ont été à la suite de sa participation, comme équipier, à toute joute sportive disputée dans le cadre d'une ligue organisée ou à l'entraînement en vue de telles joutes.
3. Aucune des indemnités prévues à l'article 4 de la protection accident n'est payable :
 - 3.1. pour les prothèses et les orthèses utilisées uniquement dans le but de pratiquer des activités sportives ou qui ne sont pas médicalement nécessaires pour la guérison;

3.2. lorsque l'*Assuré* bénéficie d'une couverture semblable, au terme d'un régime d'assurance équivalent, ou des lois administrées par une Régie gouvernementale;

3.3. pour les frais encourus pour des fins cosmétiques ou esthétiques.

2) Protection compassion

L'*Assureur* paie au *titulaire* l'indemnité de compassion mensuelle inscrite au sommaire des garanties pour une période continue d'absence d'un *membre de la famille* durant la période d'indemnisation de douze (12) mois qui débute trois (3) mois après la date du diagnostic reconnu par l'*Assureur* :

- lorsqu'une indemnité de maladies graves couvertes au contrat, autre qu'une *maladie grave à prestation partielle* est payée par l'*Assureur*; et
- qu'un *membre de la famille* s'absente de son *emploi à temps plein* pour prendre soin de l'*Assuré* souffrant d'une *maladie grave couverte au contrat*.

L'indemnité de compassion n'est payable que :

- pour l'absence d'un seul *membre de la famille* prenant soin de l'*Assuré* alors que le *membre de la famille* ne reçoit aucun salaire, aucune prestation d'assurance salaire, ni aucune prestation d'invalidité, qu'elle soit individuelle, collective ou gouvernementale; et
- pour une seule et unique période continue d'absences.

Si plus d'un *membre de la famille* s'absente de son *emploi à temps plein*, l'*Assureur* considérera la période d'absence continue la plus longue pour maximiser l'indemnité payable au *bénéficiaire*.

Le paiement de l'indemnité débute à la suite de la réception d'une preuve d'arrêt de travail du *membre de la famille* jugée satisfaisante par l'*Assureur* alors que trois (3) mois se sont écoulés depuis la date du diagnostic reconnu par l'*Assureur*.

Ajustement de l'indemnité de compassion

Lorsque nécessaire, l'indemnité mensuelle est ajustée sur une base journalière à raison d'un trentième (1/30) de l'indemnité mensuelle pour chaque jour d'arrêt temporaire de l'*emploi à temps plein*.

Montant maximal payable

Le montant total des indemnités de compassion payables par l'*Assureur* pour cette *police* ne peut être supérieur à douze (12) fois le montant de l'indemnité de compassion inscrite au sommaire des garanties. Lorsque le montant maximal est atteint, la protection prend fin.

3) Protection hospitalisation

L'*Assureur* paie au *titulaire* une indemnité de 200 \$ par jour d'*hospitalisation*, sous réserve d'un maximum payable de trente (30) jours, pour toute *hospitalisation* reliée, directement ou indirectement, à une *maladie grave couverte au contrat*, autre qu'une *maladie grave à prestation partielle*, durant la période de quinze (15) mois suivant la date du diagnostic reconnu par l'*Assureur*.

4) Protection soins hors Canada

L'Assureur rembourse au *titulaire* les frais médicaux, chirurgicaux et hospitaliers encourus par la *personne assurée*, jusqu'à concurrence du montant inscrit au sommaire des garanties, pour tout traitement effectué à l'extérieur du Canada relié, directement ou indirectement, à une *maladie grave couverte au contrat*, autre qu'une *maladie grave à prestation partielle*, durant la période de quinze (15) mois suivant la date du diagnostic reconnu par l'Assureur.

Les traitements doivent être posés par un *médecin spécialiste* exerçant dans une juridiction jugée acceptable par l'Assureur et l'indemnité est versée suite à la réception par l'Assureur des pièces justificatives.

Prime

La prime de cette garantie est indiquée au sommaire des garanties. La prime est garantie et payable jusqu'à la fin de la garantie.

Fin de la garantie

En plus des spécifications inscrites aux dispositions générales de cette *police*, cette garantie prend fin à la première des dates suivantes :

- à la date de réception par l'Assureur d'une demande écrite du *titulaire* d'annuler cette garantie ou la garantie de maladies graves présente à la *police* ou à la date stipulée dans cette demande si elle est postérieure à la date de réception par l'Assureur;
- à la date de terminaison de la *police*, comme indiqué au sommaire des garanties;
- quinze (15) mois après la date du diagnostic reconnu par l'Assureur d'une maladie grave ou infantile couverte au contrat;
- au décès de l'Assuré.

Dispositions générales

Les définitions, restrictions ou exclusions de la présente garantie s'ajoutent à celles inscrites dans les dispositions générales. Les dispositions générales de la *police* régissent la présente garantie dans la mesure où elles s'y rapportent et où elles ne sont pas incompatibles avec les termes de la présente garantie.

Partie B – Garantie d'assurance vie supplémentaire Temporaire à 75 ans, transformable jusqu'à 60 ans

Indemnité

L'Assureur paie au bénéficiaire, en cas de décès de l'Assuré, alors que la garantie est en vigueur, l'indemnité d'assurance vie supplémentaire inscrite au sommaire des garanties, sous réserve des restrictions et exclusions de la *police*.

Lorsque la garantie de maladies graves de cette *police* se termine à la suite du paiement d'une indemnité de maladies graves, la présente garantie demeure en vigueur et l'Assureur libère le *titulaire* du paiement de toutes primes futures. Le *titulaire* conserve son droit de transformation, conformément à la section **Droit de transformation**, mais devra assumer les primes en vertu de la nouvelle *police* s'il exerce celui-ci.

Prime

La prime de cette garantie est indiquée au sommaire des garanties. La prime est garantie et payable aussi longtemps que la couverture est en vigueur ou aussi longtemps qu'il n'y a pas eu de paiement complet pour une maladie grave couverte.

Dépendance avec la garantie maladies graves de cette police

Cette garantie d'assurance vie supplémentaire est liée à la garantie maladies graves de cette *police*.

Le montant de l'indemnité de la présente garantie est égal au montant de l'indemnité de la garantie de maladies graves.

Ainsi lorsque la garantie de maladies graves de cette *police* est réduite par le *titulaire*, l'indemnité de la présente garantie est automatiquement réduite du même montant.

Droit de transformation

Tant que cette garantie est en vigueur et avant l'anniversaire de *police* suivant le soixantième (60^e) anniversaire de naissance de l'Assuré, le *titulaire* peut transformer cette garantie sur la tête de l'Assuré, sans preuve d'assurabilité, en une nouvelle *police* d'assurance vie entière similaire désignée par l'Assureur à cette date. L'indemnité peut être transformée pour un capital n'excédant pas le montant de l'indemnité de la présente garantie en vigueur au moment de la transformation.

La nouvelle prime sera déterminée en fonction :

- de l'*âge d'assurance* atteint par l'Assuré;
- des taux de primes en vigueur à la date de transformation; et
- de la *classe de risque* de la présente garantie.

Des preuves d'assurabilité satisfaisantes seront exigées pour l'ajout de toute garantie complémentaire. Toute demande de transformation doit être accompagnée du paiement de la première prime.

Exclusions

Aucune indemnité de décès n'est payable durant les deux (2) premières années de la date d'effet de la garantie ou de sa dernière remise en vigueur, advenant le suicide de l'*Assuré*, qu'il soit sain d'esprit ou non. La responsabilité de l'*Assureur* se limite au remboursement des primes versées pour cette garantie, sans intérêt.

Fin de la garantie

En plus des spécifications inscrites aux dispositions générales de cette *police*, cette garantie d'assurance vie supplémentaire prend fin à la première des dates suivantes :

- à la date de réception par l'*Assureur* d'une demande écrite du *titulaire* d'annuler la garantie ou à la date stipulée dans cette demande si elle est postérieure à la date de réception par l'*Assureur*;
- à la date où toute la garantie a été transformée;
- à la date de terminaison de la *police*, comme indiqué au sommaire des garanties;
- au décès de l'*Assuré*.

Dispositions générales

Les définitions, restrictions ou exclusions de la présente garantie s'ajoutent à celles inscrites dans les dispositions générales. Les dispositions générales de la *police* régissent la présente garantie dans la mesure où elles s'y rapportent et où elles ne sont pas incompatibles avec les termes de la présente garantie.

Partie B – Garantie de remboursement de primes aux 15 ans et à 75 ans

Indemnités de remboursement de primes aux 15 ans

L'Assureur verse au titulaire à deux (2) reprises seulement, et ce, pour toute la durée de la garantie, une indemnité de remboursement des primes lorsqu'une *période de remboursement de quinze (15) ans* a été complétée.

L'Assureur rembourse, alors que la garantie est en vigueur, soixante-quinze pour cent (75 %) des *primes remboursables* de la *période de remboursement de quinze (15) ans*, à la date où la *période de remboursement de quinze (15) ans* est complétée.

Indemnité de remboursement de primes à 75 ans

Lorsque l'Assuré atteint l'âge d'assurance de soixante-quinze (75) ans, l'Assureur rembourse, alors que la garantie est en vigueur, 100 % des *primes payées* depuis la dernière indemnité de remboursement de primes aux quinze (15) ans versée, après déduction de toute indemnité de *maladies graves à prestation partielle* versée ou payable par l'Assureur.

Définitions

Période de remboursement de quinze (15) ans : toute période de quinze (15) années consécutives de protection, à compter de la date d'effet de la garantie, au cours de laquelle aucune indemnité de *maladies graves à prestation partielle* ou de remboursement de primes aux quinze (15) ans n'a été versée ou n'est payable. Lorsque l'Assureur verse une de ces indemnités, une nouvelle *période de remboursement de quinze (15) ans* commence à la date coïncidant avec le paiement de la prochaine prime due suivant la date du dernier versement des indemnités.

Primes payées : les *primes payées* par le titulaire ou en son nom à l'Assureur, pour chacune des garanties de la police dont le montant de protection n'a pas été réduit de plus de vingt-cinq pour cent (25 %) sur demande du titulaire.

Si, à la demande du titulaire, le montant de protection est réduit de plus de vingt-cinq pour cent (25 %), la prime après réduction sera réputée avoir été payée depuis le début de la *période de remboursement de quinze (15) ans*.

Primes remboursables : la somme des *primes payées* à l'Assureur, depuis le début de la période de remboursement, pour chacune des garanties en vigueur au début de la *période de remboursement de quinze (15) ans*.

Fin de la garantie

En plus des spécifications inscrites aux dispositions générales de cette police, cette garantie de remboursement de primes prend fin à la première des dates suivantes :

- à la date de réception par l'Assureur d'une demande écrite du titulaire d'annuler la garantie ou à la date stipulée dans cette demande si elle est postérieure à la date de réception par l'Assureur;
- à la date de diagnostic d'une maladie grave mettant fin à la garantie de maladies graves présente à la police;
- à la date de terminaison de la police, comme indiqué au sommaire des garanties;
- au décès de l'Assuré.

Dispositions générales

Les définitions, restrictions ou exclusions de la présente garantie s'ajoutent à celles inscrites dans les dispositions générales. Les dispositions générales de la *police* régissent la présente garantie dans la mesure où elles s'y rapportent et où elles ne sont pas incompatibles avec les termes de la présente garantie.

SPECIMEN

Partie C – Dispositions générales

Date d'effet

La présente *police* entre en vigueur dès l'acceptation de la proposition par l'*Assureur*, pourvu que cette dernière ait été acceptée sans modification, que la première prime ait été payée et qu'aucun changement ne soit intervenu dans l'assurabilité de l'*assuré* depuis la signature de la proposition.

Primes

Le montant des primes de chaque garantie est indiqué au sommaire des garanties.

Modalité de paiement

La prime est payable mensuellement par prélèvement automatique ou annuellement, au choix du *titulaire*. Lorsqu'un chèque ou une autre lettre de change, ou un billet ou une autre promesse écrite de payer est donné pour la totalité ou une partie d'une prime et que le paiement n'est pas effectué selon sa teneur, la prime, ou la partie de celle-ci, est réputée n'avoir jamais été payée.

Exclusions

Aucune indemnité de maladies graves, de fracture, de blessure, de décès, de mutilation ou de perte d'usage totale à la suite d'un accident n'est payable lorsqu'elle résulte :

- d'une tentative de suicide, de blessure ou de mutilation que l'*assuré* s'est infligé volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- de la participation de l'*assuré* à la perpétration ou à la tentative de perpétration d'un acte illégal ou criminel, ou du fait qu'il conduise un véhicule à moteur ou un bateau sous l'influence de stupéfiants ou alors que la concentration d'alcool dans son sang excède la limite légale;
- de toxicomanie, d'abus d'alcool ou d'usage d'hallucinogènes, de drogues illicites ou de stupéfiants ou d'abus de médicaments d'ordonnance;
- du service, comme combattant ou non-combattant, dans des forces armées engagées dans des opérations de surveillance, d'entraînement, de pacification, d'insurrection, de guerre (qu'elle soit déclarée ou non) ou de tout acte s'y rattachant, ou de la participation de l'*assuré* à une manifestation populaire.

Aucune indemnité de fracture, de blessure, de décès, de mutilation ou de perte d'usage totale à la suite d'un accident n'est payable lorsqu'elle résulte :

- de blessure subie au cours d'un voyage aérien, sauf si l'*assuré* est passager d'un aéronef utilisé par un transporteur public;
- d'une chirurgie esthétique ou d'une chirurgie électorale, et de toute complication en résultant;
- de traitements expérimentaux et ceux qui sont attribuables à l'application de nouveaux procédés ou de nouveaux traitements qui ne sont pas encore utilisés couramment;

- de la pratique d'un sport pour lequel l'*assuré* reçoit une rémunération ou une bourse.

Âge

Aux fins de la présente *police*, l'âge de l'*assuré* est l'âge atteint par celui-ci à l'anniversaire de naissance précédant ou coïncidant avec l'émission d'une garantie. Si, par erreur ou autrement, l'âge utilisé pour le calcul de la prime est erroné, l'*Assureur*, au moment du règlement de l'assurance, ajustera le montant payable pour refléter l'âge véritable à la date à laquelle la *personne assurée* est devenue assurée.

Divuligation

L'*assuré*, le *titulaire* et le *bénéficiaire* sont tenus de coopérer pleinement avec l'*Assureur* et doivent divulguer à l'*Assureur* dans la proposition, lors d'examen médical, le cas échéant, et dans une déclaration écrite ou une réponse donnée à titre de preuve d'assurabilité, tous les faits dont ils ont connaissance et qui sont essentiels à l'assurance et ne sont pas déclarés par l'autre. L'*assuré*, le *titulaire* et le *bénéficiaire* doivent également signer tout formulaire ou autre document permettant à l'*Assureur* d'obtenir tout renseignement pertinent.

Sous réserve des articles ayant trait à l'incontestabilité et à l'âge, l'omission de divulguer ou la déclaration inexacte portant sur un tel fait rendent le contrat annulable par l'*Assureur*.

Incontestabilité

Lorsqu'une garantie a été continuellement en vigueur pendant deux (2) ans à l'égard d'une *personne assurée*, l'omission de divulguer ou la déclaration inexacte d'un fait à l'égard de cette personne, ne rend pas la garantie annulable, sauf en cas de fraude.

Toutefois, cette règle ne s'applique pas à la demande de règlement pour une *maladie* grave couverte dont les premiers signes et symptômes apparaissent avant que la garantie ait été en vigueur durant deux (2) ans.

Fin de la *police* et des garanties

À moins de stipulation particulière au niveau d'une garantie donnée, la présente *police* et les garanties prennent fin à la première des dates suivantes :

- la date de réception par l'*Assureur* d'une demande écrite du *titulaire* d'annuler la présente *police* ou la date stipulée dans cette demande si elle est postérieure à la date de réception par l'*Assureur*;
- à la date où une indemnité de maladies graves est versée en vertu de la présente garantie;
- à la date où l'ensemble des garanties de la *police* a été transformé;
- à la date de terminaison de la *Police*, comme indiqué au sommaire des garanties;
- au décès de l'*assuré*.

Remise en vigueur

Si la présente *police* prend fin par défaut de paiement de prime, celle-ci peut être remise en vigueur dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de résiliation, pourvu que le *titulaire* en fasse la demande, qu'il établisse l'assurabilité de l'*assuré* à la satisfaction de l'*Assureur* et qu'il paie les primes en souffrance. Les délais prévus en matière d'incontestabilité, de suicide et de période moratoire sont à nouveau en vigueur à compter de la date du dernier rétablissement.

Changement de *bénéficiaire*

Sous réserve des dispositions de la loi, le *titulaire* peut en tout temps désigner un *bénéficiaire*, le changer ou le révoquer. L'*Assureur* ne reconnaît que le changement qui lui est notifié par écrit. L'*Assureur* n'assume aucune responsabilité quant à la validité de la désignation du *bénéficiaire* ou de tout changement de *bénéficiaire*.

Règlement de la *police*

Toute indemnité d'assurance vie est payée au *bénéficiaire* indiqué à la proposition ou selon tout autre document soumis subséquemment à l'*Assureur*. Toute autre indemnité est payée au *titulaire* ou selon tout autre document soumis subséquemment à l'*Assureur*.

Remboursement

Aucun chèque de remboursement de prime ne sera émis pour des montants inférieurs à vingt dollars (20 \$).

Monnaie légale

Tout paiement, en vertu des dispositions de cette *police*, est effectué en monnaie légale du Canada.

Droit d'annulation

Le *titulaire* peut obtenir l'annulation de la présente *police*, dans un délai de quinze (15) jours, de la date de sa réception ou à l'intérieur des soixante (60) jours suivant la date d'émission de la *police*, pourvu que le *titulaire* retourne la *police* accompagnée d'une demande écrite d'annulation. Toute prime perçue en vertu de la *police* lui est alors remboursée.

Conformité avec la loi

Toute disposition de la *police* qui, à la date de prise d'effet, n'est pas conforme aux lois de la province ou du territoire où la *police* a été établie est modifiée de façon à répondre aux exigences minimales de ces lois.

Dispositions générales

Les exclusions, restrictions et dispositions générales s'appliquent à la *police* ainsi qu'à toutes les garanties dans la mesure où elles s'y rapportent.

Certaines garanties comportent des exclusions et des restrictions leur étant propres. Ces exclusions et restrictions s'ajoutent aux exclusions et restrictions des dispositions générales.