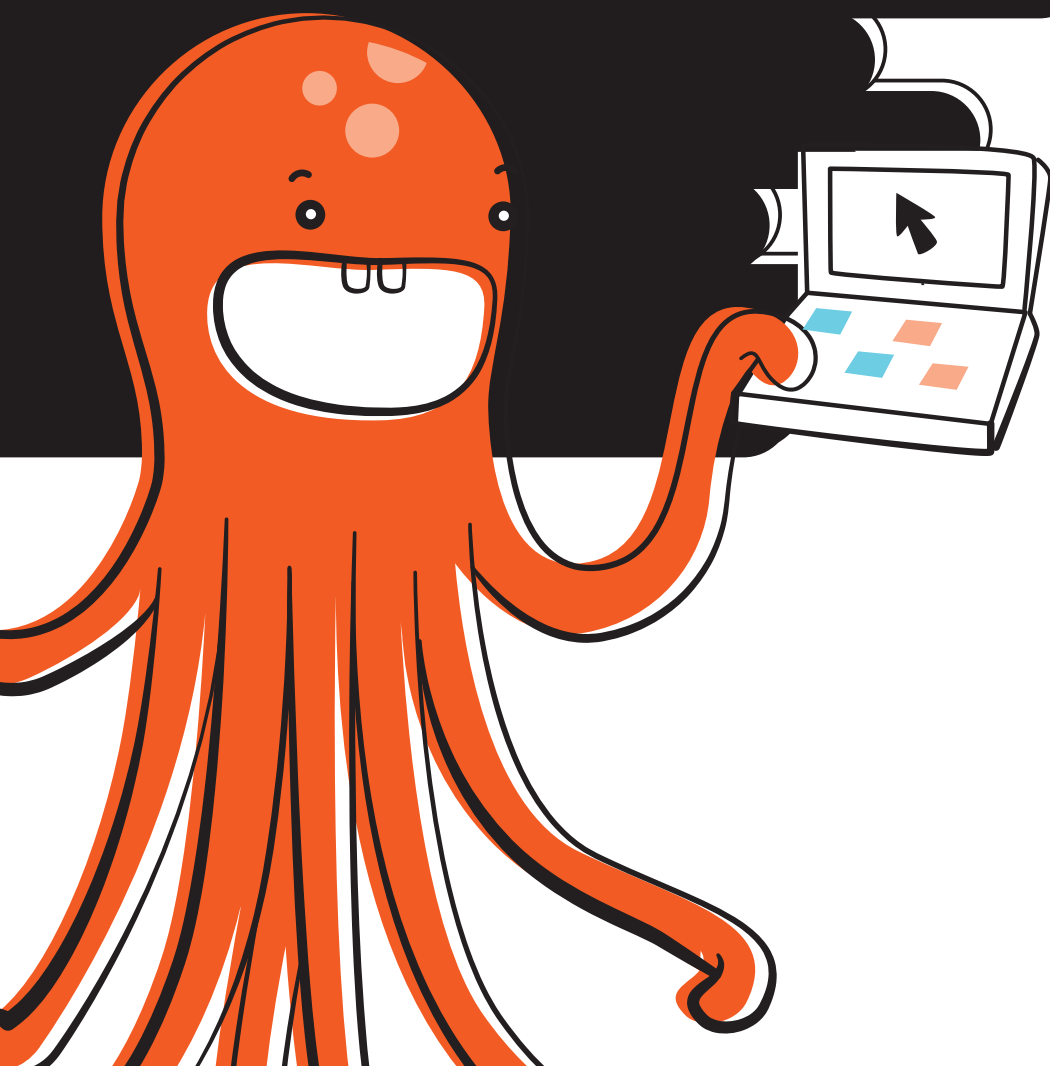


PARACHUTE^{MC}

SPÉCIMEN

**Police d'assurance
maladies graves**



Police d'assurance maladies graves PARACHUTE Complet

La présente *police* fait état de *vos* couverture d'assurance maladies graves établie par La compagnie d'assurance Temple. Aux présentes, les mots « Temple » et « nous » font référence à La compagnie d'assurance Temple.

« Vous », « votre » et « vos » font référence à la personne désignée comme *titulaire de contrat* dans le « Sommaire des protections ».

Prenez connaissance de la présente *police* et du « Sommaire des protections », lequel fournit des renseignements détaillés, notamment le montant de *vos* couverture, et indique si *vos conjoint* et *vos enfants* sont couverts. Le « Sommaire des protections » et la présente *police* font partie de *vos* contrat d'assurance.

La Compagnie d'assurance Temple convient de verser les prestations conformément aux dispositions de la présente *police* et sous réserve de celles-ci.

Signé à Toronto, au Canada, le **[jour mois année]**.

La présente *police* est assujettie à des exclusions et à des restrictions, y compris, mais sans s'y limiter, l'exclusion relative aux *affections préexistantes* et aux *affections et interventions couvertes*. **La présente *police* contient une disposition qui révoque ou limite le droit de l'assuré de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront payables (ne s'applique pas au Québec).**

Veillez prendre le temps d'examiner cette *police*

Pourvu que vous n'ayez présenté aucune demande de règlement, dans les 10 jours suivant la délivrance de la *police*, vous pouvez la résilier pour quelque raison que ce soit et obtenir le remboursement intégral des primes payées, si vous nous faites parvenir un avis de résiliation écrit.

Le genre masculin a été utilisé pour la rédaction, sans discrimination, pour faciliter la lecture.

Table des matières

Article 1:	Tableau des prestations	3
Article 2:	Définitions	5
Article 3:	Garantie d'assurance	9
Article 4:	Dispositions relatives aux primes	12
Article 5:	Date de prise d'effet et cessation de la couverture	13
Article 6:	Dispositions relatives à l'indemnisation	17
Article 7:	Affections et interventions couvertes, restrictions et exclusions	19
Article 8:	Dispositions générales	31
Article 9:	Dispositions légales	33
Article 10:	Politique de confidentialité	35

Article 1

1.1 Tableau des prestations

Affections et interventions couvertes

Reportez-*vous* au « Sommaire des protections » pour connaître les affections et les interventions pour lesquelles *vous* êtes couvert ou qui sont exclues de *votre* couverture. Reportez-*vous* à l'article 7 pour obtenir les définitions exactes des affections et des interventions couvertes suivantes.

Vous et votre conjoint

(100 % du *capital assuré*)

- Accident vasculaire cérébral
- Anémie aplasique
- Brûlures graves
- Cancer (mettant la vie en danger)
- Cécité
- Chirurgie de l'aorte
- Coma
- Crise cardiaque
- Défaillance d'un organe vital, avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe
- Démence, y compris la maladie d'Alzheimer
- Greffe d'un organe vital
- Infection à VIH contractée au travail
- Insuffisance rénale
- Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques
- Maladie du motoneurone
- Méningite purulente
- Paralysie
- Perte d'autonomie
- Perte de l'usage de la parole
- Perte de membres
- Pontage aortocoronarien
- Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque
- Sclérose en plaques
- Surdité
- Tumeur cérébrale bénigne

Diagnostic précoce d'affection couverte au titre de la garantie

(10 % du *capital assuré*)

- Angioplastie coronarienne
- Cancer (ne mettant pas la vie en danger) :
 - Cancer de la prostate au stade A
 - Cancer de la thyroïde à un stade précoce
 - Carcinome canalaire in situ du sein
 - Leucémie lymphoïde chronique à un stade précoce
 - Mélanome malin au stade 1A
 - Tumeur stromale gastro-intestinale (TSGI)

Enfant

(10 % du *capital assuré*)

- Accident vasculaire cérébral
- Autisme
- Brûlures graves
- Cancer (mettant la vie en danger)
- Cardiopathie congénitale
- C c t 
- Coma
- Crise cardiaque
- Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe
- Diabète de type 1
- Dystrophie musculaire
- Fibrose kystique
- Greffe d'un organe vital
- Insuffisance rénale
- Méningite purulente
- Paralysie
- Paralysie cérébrale
- Perte de l'usage de la parole
- Perte de membres
- Sclérose en plaques
- Surdité
- Trisomie 21 (ou syndrome de Down)
- Tumeur cérébrale bénigne

Capital assuré minimum et maximum

*Le *capital assuré* maximum pour chaque *enfant* correspond au moindre de 25 000 \$ ou de 50 % de *votre capital assuré*, arrondi au multiple supérieur de 1000 \$. Tous les *enfants* admissibles seront assurés pour le même *capital assuré*.

	Tranches	Minimum	Maximum
Vous	5 000,00 \$	10 000,00 \$	100 000,00 \$
Conjoint	5 000,00 \$	10 000,00 \$	100 000,00 \$
Personne à charge (Enfant)	1 000,00 \$	5 000,00 \$	25 000,00 \$

Don de bienfaisance

500 \$

Couverture en cas d'affections multiples

Pour *vous* et *votre conjoint*

Prestation pour cancers multiples

Pour *vous* et *votre conjoint*

Maximum sans preuve d'assurabilité

30 000,00 \$

Période de stabilité relative à une affection préexistante

24 mois

Période d'exclusion d'une affection préexistante

24 mois

Âge maximum à la souscription

64 ans

Âge de cessation

70 ans

Affections et interventions couvertes, et exclusions

Selon les définitions fournies à la section Affections et interventions couvertes, restrictions et exclusions à l'article 7.

Article 2

2.1 Définitions

Le présent article fournit les définitions des mots et des phrases revêtant une signification précise dans la présente *police*. Ces mots et expressions apparaissent en gras dans la présente police. Elles incluent le pluriel et le singulier.

Accident : événement imprévu supposant une force externe entraînant une perte ou une *blessure*, indépendamment de toutes les autres causes.

Activement au travail : *vous* :

1. répondez à la définition d'un membre en règle de l'association professionnelle qui est le promoteur de cette offre,
2. êtes actuellement en mesure de vous acquitter de toutes les fonctions essentielles de *vous* profession en tant que membre de l'association qui est le promoteur de cette offre pendant une journée complète de travail au moment de la demande; et
3. avez perçu un revenu de cette profession au cours des deux dernières semaines.

Cependant, si *vous* êtes en congé parental en vertu d'un programme fédéral ou provincial canadien, vous êtes considéré comme étant *activement au travail*.

Pour plus de précision, si *vous* êtes hospitalisé, autrement inapte ou en congé autorisé, *vous* n'êtes pas considéré comme *activement au travail*.

Affection préexistante : une affection, diagnostiquée ou non, ou une intervention pour laquelle la *personne assurée* a cherché à obtenir une investigation, des soins ou des services de nature médicale, un *diagnostic*, un traitement, y compris des mesures diagnostiques, des médicaments ou des conseils médicaux, ou pour laquelle elle a présenté des signes, des symptômes ou des preuves qui auraient dû inciter une personne à chercher à obtenir une investigation, des soins ou des services de nature médicale, un *diagnostic*, un traitement, y compris des mesures diagnostiques, des médicaments ou des conseils médicaux.

Affections et interventions couvertes : affections ou problèmes de nature médicale pour lesquels un *montant de prestation* peut être versé au titre de la présente *police*.

Assuré ou personne assurée : *vous*, *vous* conjoint ou *vos* personnes à charge qui êtes couverts au titre de la présente *police*. Une *personne assurée* ne peut l'être à la fois à titre de *titulaire de contrat* et de *conjoint* ou de *personne à charge* en vertu de l'une de nos polices d'assurance maladies graves PARACHUTE.

Assureur ou nous : La compagnie d'assurance Temple.

Avis de sinistre : premier *avis* écrit reçu par *nous* de la part d'un *demandeur* en vertu de la présente *police*, au moyen du formulaire que *nous* lui avons fourni à cette fin.

Avis : les communications écrites entre une *personne assurée* ou un *demandeur* et *nous*.

Bénéficiaire : personne autorisée à recevoir les prestations payables en vertu de cette *police*.

Blessure : préjudice ou dommage physique subi par l'*assuré* et causé par un *accident*.

Capital assuré : montant en dollars de la couverture d'assurance approuvée pour une *personne assurée* et utilisé pour déterminer le *montant de prestation* payable pour toute *demande de règlement*.

Catégories de couvertures en cas d'affections multiples : la catégorie des affections couvertes incluses dans la couverture en cas d'affections multiples.

Chirurgie : traitement de troubles corporels par le recours à une incision ou à la manipulation d'instruments chirurgicaux.

Conjoint : une personne qui :

1. est *résident à temps plein du Canada*; et
2. satisfait à l'une des conditions suivantes :
 - a. est légalement mariée avec vous;
 - b. a vécu maritalement de manière continue avec *vous* au cours de la période de 12 mois immédiatement antérieure;
 - c. est unie civilement à *vous*, selon la définition du Code civil du Québec;
 - d. est *votre* partenaire en union libre déclarée en Nouvelle-Écosse; ou
 - e. est le parent biologique ou adoptif d'au moins un de *vos enfants*.

Seul un *conjoint* est admissible à l'assurance au titre de la présente *police*, et il s'agit de la dernière personne à répondre à la définition de « *conjoint* » qui sera admissible à la couverture en vertu de la présente *police*.

Nous pouvons exiger une preuve écrite du statut de *conjoint* aussi souvent que *nous* le considérons comme raisonnablement nécessaire.

Couverture bénéficiant de droits acquis : un *assuré* était couvert par une *police antérieure*; l'existence d'une telle *police* fait partie de la *preuve d'assurabilité* et notre décision d'établir ou non la présente *police* en tient compte. Si la *police* est établie, l'*assuré* sera couvert au titre de la présente *police* pour un montant équivalent au *capital assuré* de la *police antérieure* à la *date de prise d'effet de la couverture*, pour toutes les affections et les interventions couvertes déterminées par l'*assureur* comme étant communes à la *police antérieure* et à la présente *police*, jusqu'à concurrence du *capital assuré* maximal offert et sous réserve des dispositions de transfert de couverture d'une *police antérieure*.

Date anniversaire de la police : anniversaire annuel de la *police*.

Date de cessation : date à laquelle l'*assuré* n'est plus admissible à la couverture ou a reçu le montant maximum payable en vertu de sa *police*.

Date de début de l'affection préexistante : soit :

1. la date de prise d'effet; ou
2. en ce qui concerne toute nouvelle affection couverte ou augmentation du *capital assuré*, la date de la modification apportée à la *police* afin (a) d'ajouter la nouvelle affection couverte ou (b) d'augmenter le *capital assuré*, selon le cas.

Date de prise d'effet de la couverture : la date et l'heure auxquelles la couverture d'un *assuré* entre en vigueur ou, pour une augmentation de couverture, date à laquelle l'augmentation entre en vigueur, tel qu'il est indiqué sur le « Sommaire des protections ».

Date du diagnostic : date à laquelle un *assuré* reçoit un *diagnostic* d'une affection ou d'une intervention couverte. Pour les affections couvertes « *Défaillance d'un organe vital, avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe* » et « *Insuffisance rénale* », la *date du diagnostic* correspond à la date à laquelle le nom de l'*assuré* est ajouté à une liste reconnue de patients en attente d'une greffe.

La *date du diagnostic* doit survenir pendant que la présente *police* est en vigueur.

Délai de grâce : nombre de jours pendant lesquels la couverture d'un *assuré* au titre de la présente *police* est en vigueur, même si la prime à acquitter est en souffrance.

Demande de règlement : demande officielle soumise en vue du versement d'un *montant de prestation* au titre de la présente *police*, accompagnée des documents justificatifs.

Demandeur : personne qui soumet une demande de versement d'un *montant de prestation* en vertu de la présente *police*.

Diagnostic : diagnostic médical (y compris des mesures diagnostiques) établi par le *médecin* d'un *assuré* souffrant d'une affection couverte ou devant subir une intervention couverte.

Le *diagnostic* doit être posé conformément aux systèmes de classification médicale généralement reconnus y compris, sans toutefois s'y limiter, les biopsies, les scintigraphies osseuses, les tomographies par ordinateur, les tests hématologiques, les IRM ou les radiographies. Tout test ou examen qui doit être effectué afin de répondre aux exigences de l'affection ou de l'intervention couverte doit être réalisé par un *médecin* autre que l'*assuré*, un parent, un associé d'affaires ou une personne habitant avec l'*assuré*.

Enfant : *votre* enfant naturel ou adoptif, *votre* beau-fils ou belle-fille, qui dépend entièrement de *vous* pour sa subsistance et qui est soit (i) âgé de moins de 21 ans ou (ii) âgé de moins de 26 ans s'il fréquente à temps plein un établissement d'enseignement reconnu et qui :

1. est *résident à temps plein du Canada*;
2. est célibataire;
3. ne travaille pas à temps plein; et

4. n'est pas admissible à une assurance maladies graves facultative à titre d'employé en vertu de quelque police d'assurance collective que ce soit.

Nous pouvons exiger une preuve écrite du statut de *l'enfant* aussi souvent que *nous* le considérons comme raisonnablement nécessaire.

Événement marquant : l'un des événements suivants :

1. *votre* mariage (incluant l'union de fait) ou *votre* divorce;
2. la naissance ou l'adoption de *votre enfant*; ou
3. le décès de *votre conjoint* ou de l'un de *vos enfants*.

Aux fins de la présente définition, *nous* considérerons que *votre* mariage a eu lieu à la date :

1. de *votre* mariage légitime;
2. à laquelle *vous* avez vécu maritalement de manière continue avec une autre personne au cours de la période de 12 mois immédiatement antérieure;
3. à laquelle *vous* êtes uni civilement, selon la définition du Code civil du Québec; ou
4. à laquelle *vous* déclarez vivre en union libre en Nouvelle-Écosse.

Fumeur : une personne qui se déclare comme telle sur la proposition d'assurance ou sur le formulaire de changement de statut quant à l'usage du tabac, et qui, dans les 12 mois précédant cette déclaration :

1. a consommé du tabac, peu importe la forme (exception faite d'un grand cigare une fois par mois), des produits à base de nicotine, des substituts de nicotine, des vaporisateurs nasaux ou oraux, ou des produits de désaccoutumance au tabac; ou
2. a consommé de la marijuana ou du haschich plus de trois fois par semaine.

Hôpital : établissement autorisé à fournir des soins médicaux et des traitements à temps plein sous la surveillance d'une équipe de médecins employés à temps plein. Cela n'inclut pas les maisons de soins infirmiers, les maisons de repos ou les centres de désintoxication.

Irréversible : qui ne peut être annulé ou modifié.

Maintien des fonctions vitales : soins donnés périodiquement par un *médecin* à une *personne assurée* qui exige un soutien nutritionnel, respiratoire ou cardiovasculaire lorsque toutes les fonctions de son cerveau ont cessé de manière *irréversible*.

Maladie : maladie ou mal qui n'est pas le résultat d'un *accident*.

Maximum sans preuve d'assurabilité : montant maximum de *capital assuré* offert au titre de la présente *police* sans que *vous, votre conjoint* ou *vos personnes à charge* ayez à fournir de *preuve d'assurabilité* satisfaisante. Lorsque le *capital assuré* demandé dépasse le *maximum sans preuve d'assurabilité*, *vous, votre conjoint* ou *vos personnes à charge* ne pouvez profiter du montant excédentaire que si *vous nous* fournissez une *preuve d'assurabilité* satisfaisante et que *nous* approuvons le montant excédentaire.

Médecin : docteur en médecine légalement qualifié et dûment autorisé à exercer sa profession, ainsi qu'à prescrire et à administrer des médicaments ou à pratiquer la *chirurgie* conformément à son permis d'exercice au sein du territoire où il offre de tels services.

Le *médecin* ne peut être la *personne assurée*, un membre de la famille ou un associé d'affaires de la *personne assurée* ni habiter avec eux.

Montant de prestation : montant de la couverture en dollars payable à la suite du *diagnostic* d'une affection ou d'une intervention couverte conformément aux modalités de la présente *police*, correspondant à la totalité ou à une fraction du *capital assuré* de l' *assuré*.

Nécessaire d'un point de vue médical : généralement accepté et reconnu par le corps médical canadien comme efficace, approprié et essentiel au traitement d'une *maladie* ou d'une *blessure*.

Période d'exclusion d'une affection préexistante : période de 24 mois suivant immédiatement la *date de début de l'affection préexistante*.

Période de stabilité relative à une affection préexistante : période de 24 mois précédant immédiatement la *date de début de l'affection préexistante*.

Période de survie : période débutant à la *date du diagnostic* et prenant fin 14 jours plus tard, à moins d'indication contraire dans la présente *police*. La *période de survie* n'inclut pas le nombre de jours de *maintien des fonctions vitales*. La *personne assurée* doit être en vie à la fin de la *période de survie* et ne doit pas avoir subi de cessation *irréversible* de toutes les fonctions de son cerveau.

Pour les affections assujetties à une période d'attente par exemple de 90 jours pour une *méningite purulente* et une *paralysie*, la *période de survie* se déroule en parallèle avec la période d'attente de cette affection.

Personne à charge ou Personne à charge admissible : *votre* ou *vos enfants*.

Police antérieure : *police* d'assurance collective maladies graves au titre de laquelle *vous* étiez couvert, mais qui a pris fin dans les 31 jours de la *date de prise d'effet de la couverture*.

Police : désigne le présent contrat d'assurance.

Preuve d'assurabilité :

1. déclaration ou preuve médicale servant de preuve de *vos* antécédents médicaux, de ceux de *vos personnes à charge* ou de *votre conjoint*; et
2. renseignements relatifs à une couverture similaire qui prend fin et qui est une *couverture bénéficiant de droits acquis*, fournies par l'administrateur de *votre* régime d'assurance collective et confirmées par *vous* dans le cadre de la *proposition d'assurance*.

Preuve de sinistre : preuve ou documents que *nous* a transmis le *demandeur* ou que *nous* avons obtenus au cours de notre investigation d'une *demande de règlement*.

Proposition d'assurance : formulaire de demande de couverture d'assurance au titre de la présente *police* rempli par *vous* aux fins d'approbation.

Régime d'assurance-maladie provincial ou territorial : tout régime prévoyant des prestations d'hospitalisation, médicales ou dentaires, établi par le gouvernement de la province ou du territoire de résidence principale de l'*assuré*.

Résident à temps plein du Canada : personne qui est une citoyenne ou une résidente permanente canadienne et qui est couverte par un *régime d'assurance-maladie provincial ou territorial*.

Sommaire des protections : document d'assurance intitulé « Sommaire des protections » ou tout document le remplaçant que *nous* établissons pour *vous* et qui résume le *montant de prestation* dont *vous*, *votre conjoint* et *vos personnes à charge* bénéficiez en vertu de la présente *police*. Le « Sommaire des protections » et la présente *police* font partie de *votre* contrat d'assurance.

Spécialiste : *médecin* dûment autorisé qui a reçu une formation médicale spécialisée relativement à l'affection ou à l'intervention couverte pour laquelle une prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité.

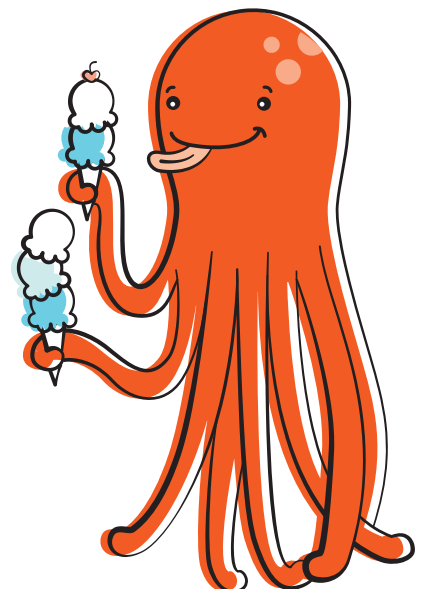
En cas de non-disponibilité d'un *spécialiste* et moyennant une approbation de notre part, une affection couverte peut être diagnostiquée par un *médecin* praticien dûment autorisé à pratiquer au Canada ou aux États-Unis d'Amérique.

Le terme *spécialiste* inclut, entre autres, tout cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, *spécialiste* des grands brûlés et interniste. Le *spécialiste* ne peut être la *personne assurée*, un membre de la famille ou un associé d'affaires de la *personne assurée* ni habiter avec eux.

Tableau des prestations : sommaire des garanties qui *vous* sont offertes, ainsi qu'à *votre conjoint* ou à *vos personnes à charge* conformément aux modalités de la présente *police*.

Titulaire de contrat : *vous*.

Vous, votre et vos : la personne désignée comme *titulaire de contrat* dans le « Sommaire des protections ».



Article 3

3.1 Garantie d'assurance



Votre conjoint et vos personnes à charge admissibles

À quel moment **votre conjoint et vos personnes à charge** sont-ils admissibles à la couverture en vertu de la présente *police*?

Votre conjoint et vos personnes à charge sont admissibles à la couverture en vertu de la présente *police* à la plus éloignée des dates suivantes :

1. la date à laquelle *vous* êtes admissible à la couverture en vertu de la présente *police*; et
2. la date à laquelle *votre conjoint* ou *votre enfant* répond pour la première fois à la définition de *conjoint* ou d'*enfant* en vertu de la présente *police*.

Qui peut présenter une demande de couverture en vertu de la présente *police*?

Vous devez présenter une *proposition d'assurance* pour ajouter une couverture pour *votre conjoint* ou pour *votre personne à charge*. Le « Sommaire des protections » indiquera si *vous* détenez cette couverture.

Versement du montant de prestation

Quand le **montant de prestation** est-il payable?

Si une *personne assurée* reçoit un premier *diagnostic* d'une affection couverte pendant qu'elle est *assurée* au titre de la présente *police*, *nous* lui verserons le *montant de prestation* prévu dans ce cas, sous réserve des modalités de la présente *police*.

Le *montant de prestation* devient payable lorsque les conditions suivantes sont remplies :

1. *Nous* avons reçu une preuve que *nous* jugeons satisfaisante, notamment une preuve médicale attestant le *diagnostic* concernant l'*assuré*;
2. le *diagnostic* est posé par un médecin, à moins que la *police* n'exige qu'il le soit par un *spécialiste*. Si le *diagnostic* est établi à l'extérieur du Canada, *nous* nous réservons le droit d'exiger une confirmation de ce *diagnostic* par un *médecin* ou un *spécialiste* autorisé pratiquant au Canada; et
3. aucune exclusion ou restriction au titre de la *police* ne s'applique.

Don de bienfaisance

En quoi la garantie pour don de bienfaisance consiste-t-elle?

Lorsque *nous* déterminons qu'un *montant de prestation* est payable pour la première *demande de règlement* d'une *personne assurée* au titre de la présente *police*, ce dernier peut désigner un organisme de bienfaisance enregistré au Canada comme *bénéficiaire* de ce don unique figurant au *tableau des prestations*. *Nous* verserons ce don de bienfaisance à l'organisme désigné, sous réserve que *nous* puissions, à notre entière discrétion, le verser à un autre organisme de bienfaisance enregistré au Canada dont les objectifs sont semblables.

Catégories de couvertures en cas d'affections multiples

Si un assuré souffre de plusieurs affections couvertes ou doit subir plusieurs interventions couvertes, le montant de prestation sera-il versé plus d'une fois?

S'applique à vous et à votre conjoint. Cette garantie n'est pas offerte aux *enfants*.

Si vous ou votre conjoint recevez un *montant de prestation* au titre de la présente *police*, la couverture de l'assuré peut demeurer en vigueur, sous réserve des modalités de la *police*, précisément, le paragraphe suivant, pourvu que les primes soient acquittées conformément aux modalités de la *police*.

Le *capital assuré* peut être réclamé jusqu'à concurrence de quatre *affections et interventions couvertes*, une *demande de règlement* étant admissible dans chacune des *catégories de couvertures en cas d'affections multiples* énumérées ci-dessous. Afin d'être admissible à cette garantie, le *diagnostic* subséquent doit être établi 90 jours ou plus après la date à laquelle a été posé le *diagnostic* de l'affection ou de l'intervention couverte précédente.

Les *catégories de couvertures en cas d'affections multiples* sont les suivantes :

Catégorie 1	Cancer (mettant la vie en danger)
Catégorie 2	Chirurgie de l'aorte, pontage aortocoronarien, crise cardiaque, remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque et accident vasculaire cérébral
Catégorie 3	Cécité, surdité, perte de membres, perte de l'usage de la parole, infection à VIH contractée au travail et brûlures graves
Catégorie 4	Anémie aplasique, méningite purulente, tumeur cérébrale bénigne, coma, démence, y compris la maladie d'Alzheimer, insuffisance rénale, perte d'autonomie, maladie du motoneurone, sclérose en plaques, greffe d'un organe vital, défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, paralysie et maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques

Le versement de prestations pour *diagnostic* précoce d'affections et d'interventions couvertes ne nuit pas à la capacité de soumettre une *demande de règlement* au titre des *catégories de couvertures en cas d'affections multiples*.

Cette prestation est assujettie aux restrictions ci-dessous :

Dès qu'une prestation devient payable, l'assuré n'est pas couvert au titre de la présente *police* pour une autre *demande de règlement* qui :

1. de l'avis de notre médecin-chef, est causée, directement ou indirectement, par la même affection ou intervention couverte, ou en découl;
2. de l'avis de notre médecin-chef, est directement ou indirectement associée à une affection ou à une intervention couverte, ou est susceptible d'avoir été causée par une telle affection ou intervention, au titre de laquelle l'assuré a déjà soumis une *demande de règlement* en vertu de la présente *police*; ou
3. a été soumise pour une autre affection ou intervention couverte au sein de la même catégorie de couvertures en cas d'affections multiples et pour laquelle une prestation a déjà été versée en vertu de la présente *police*.

Prestation pour diagnostic précoce

En quoi consiste la garantie pour diagnostic précoce?

S'applique à vous et à votre conjoint. Cette garantie n'est pas offerte aux *enfants*.

Si *vous* ou *votre conjoint* recevez un *diagnostic* d'une affection couverte par la garantie pour *diagnostic* précoce pendant que *vous* êtes *assuré* au titre de la présente *police*, nous vous verserons le *montant de prestation* prévu dans ce cas, sous réserve des modalités de la présente *police*.

Le montant de la prestation pour *diagnostic* précoce d'affections couvertes au titre de la garantie correspond à 10 % du *capital assuré* et n'est payable qu'une seule fois par affection et intervention couvertes par *assuré*.

Prestation pour cancers multiples

Si un assuré souffre de plusieurs occurrences de cancer, le montant de prestation sera-t-il versé plus d'une fois?

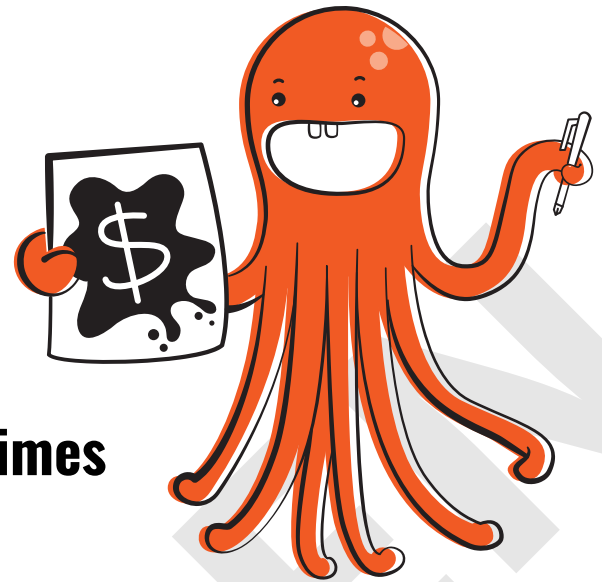
S'applique à vous et à votre conjoint. Cette garantie n'est pas offerte aux *enfants*.

Si *vous* ou *votre conjoint* recevez un *montant de prestation* au titre de la présente *police* à la suite du *diagnostic* d'un *cancer* (*mettant la vie en danger*), l'admissibilité de l'*assuré* à présenter d'autres demandes de règlement pour un *cancer* (*mettant la vie en danger*) est assujettie à la définition de *cancers* multiples ci-dessous, ainsi que des exclusions et des restrictions prévues et pourvu que les primes soient acquittées conformément aux modalités de la présente *police*.

Par *cancers* multiples, on entend un *diagnostic* subséquent de *cancer* (*mettant la vie en danger*), sous réserve de ce qui suit :

1. l'*assuré* ne doit avoir reçu aucun traitement directement ou indirectement lié au *cancer* précédent pendant la période de 60 mois précédant le *diagnostic* subséquent;
2. pendant la période de 60 mois précédant le *diagnostic* subséquent, l'*assuré* ne présente aucun nouveau signe ou symptôme, ou n'a fait aucune constatation ou découverte fortuite, pour lesquels il aurait cherché à obtenir une investigation médicale, une consultation aux fins d'examen ou de *diagnostic*, un *diagnostic*, un traitement, des soins, des médicaments ou des conseils médicaux, ou ne présente aucun symptôme associé à un *diagnostic* de *cancer* (*mettant ou non la vie en danger*) qui lui aurait incité à obtenir de tels renseignements; et
3. le premier *diagnostic* et le *diagnostic* subséquent sont établis pendant que l'*assuré* est couvert en vertu de la *police* et avant la *date de cessation*.

Article 4



4.1 Dispositions relatives aux primes

Païement des primes

À combien s'élève la prime et quand est-elle exigible?

Votre prime initiale est exigible au plus tard à la date de prise d'effet de la couverture. Par la suite, les primes sont exigibles le même jour de chaque mois pendant que la police est en vigueur. Le montant de la prime exigible durant les 12 premiers mois suivant la date de prise d'effet de la couverture, y compris les primes exigibles pour votre conjoint et vos personnes à charge, est indiqué dans le « Sommaire des protections ».

Si vous résiliez la police, le remboursement de votre prime sera calculé au prorata à partir de la date d'entrée en vigueur de la résiliation jusqu'à la prochaine date d'échéance de la prime. Les ajustements de prime pour toute autre modification de la police seront calculés au prorata à partir de la date d'entrée en vigueur de la modification jusqu'à la prochaine date anniversaire de la police.

Taux de primes

L'assureur peut-il modifier le montant des primes?

Vos primes sont garanties pendant les 12 premiers mois suivant la date de prise d'effet de la couverture si vous n'apportez aucune modification à votre couverture ou à celle de votre conjoint ou de vos personnes à charge. Par la suite, nous pouvons en modifier le montant à n'importe quelle date anniversaire de la police. En cas d'augmentation, nous vous enverrons un préavis d'au moins 60 jours.

Délai de grâce

Qu'arrive-t-il lorsqu'une prime est en souffrance?

Exception faite de la prime initiale qui doit être payée, à défaut de quoi votre couverture ainsi que celle de votre conjoint et de vos personnes à charge ne prendra pas effet, nous vous accordons un délai de grâce de 60 jours à compter de la date d'exigibilité de la prime pour payer la prime en souffrance. Votre couverture ainsi que celle de votre conjoint et de vos personnes à charge demeurera en vigueur durant le délai de grâce, mais prendra fin d'office si vous ne payez pas la prime exigible durant le délai de grâce.

Remise en vigueur de la couverture

Une police résiliée peut-elle être remise en vigueur?

Si votre police prend fin en raison du non-paiement des primes, elle ne peut pas être remise en vigueur.

Article 5

5.1 Date de prise d'effet et cessation de la couverture

Date de prise d'effet de la couverture des personnes assurées

Quand la couverture entre-t-elle en vigueur?

Votre couverture entre en vigueur à la *date de prise d'effet de la couverture* indiquée dans le « Sommaire des protections ».

La couverture pour *votre conjoint* et *vos personnes à charge* entrera en vigueur à la plus éloignée des dates suivantes :

1. la *date de prise d'effet de la couverture* indiquée dans le « Sommaire des protections »; ou
2. la date à laquelle *vous* présentez une *proposition d'assurance* pour *votre conjoint* ou *votre personne à charge*, et que cette proposition est approuvée par *nous*.

Transfert de couverture d'une police antérieure

Qu'arrive-t-il si la couverture en vertu de la présente police remplace une couverture en vertu d'une police antérieure?

Si la présente *police* remplace une couverture sur *votre* tête en vertu d'une *police antérieure*, la période d'exclusion de l' *affection préexistante* sera réduite de la période pendant laquelle *vous, votre conjoint* ou *vos personnes à charge* étiez couverts par la *police antérieure*, mais uniquement en ce qui a trait à une *couverture bénéficiant de droits acquis*. Les nouvelles *affections et interventions couvertes* que *nous* ajoutons et les augmentations du *capital assuré* qui ne concernent pas une *couverture bénéficiant de droits acquis* seront considérées comme établies à la *date de prise d'effet de la couverture*.

Renouvellement de la police

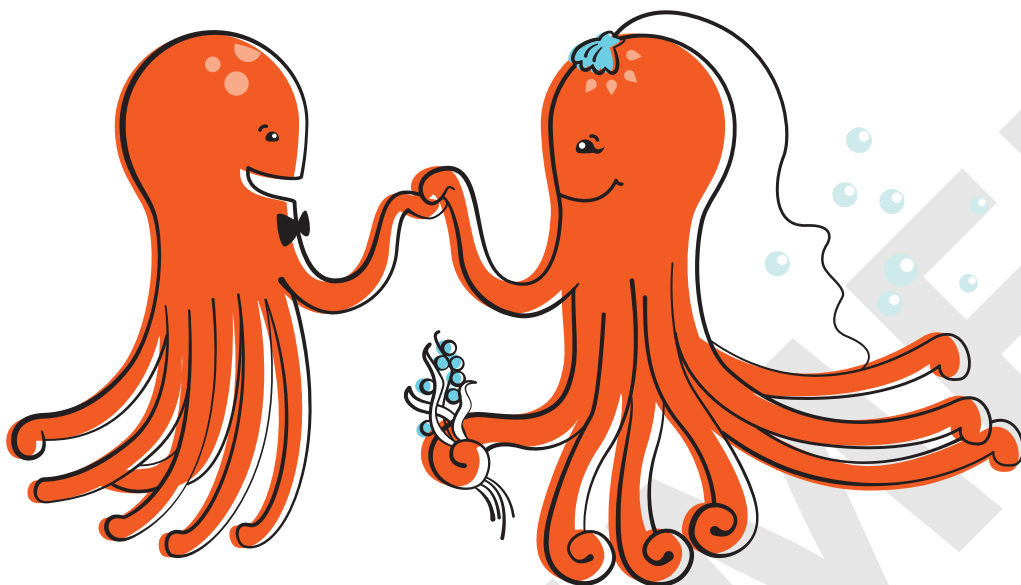
La police sera-t-elle renouvelée?

La présente *police* est renouvelée à chaque *date anniversaire de la police*, à condition que *vous* ayez moins de 70 ans, et que *vous, votre conjoint* et *vos enfants*, le cas échéant, soyez âgés de moins de 70 ans et soyez *résidents à temps plein du Canada* à la *date anniversaire de la police*. En outre, *vous* devez confirmer *votre* intention de renouveler *votre* couverture en *nous* payant la prime exigible à la *date anniversaire de la police*. *Nous* ne pouvons pas résilier la *police*, sauf en cas de non-paiement de la prime.

Quand la police prend-elle fin?

Votre police expire à la date à laquelle *vous* atteignez 70 ans et elle se termine comme spécifié dans les dispositions de résiliation.

Vous pouvez mettre fin à la présente *police* en *nous* faisant parvenir un *avis*. La couverture prendra fin le jour auquel *nous* recevons cet *avis*.



Événement marquant

Pouvez-vous demander une modification du capital assuré?

Vous pouvez demander l'augmentation de l'un ou de l'ensemble de votre capital assuré, de celui de votre conjoint ou de vos personnes à charge dans les 60 jours suivant un événement marquant, pourvu que vous soyez activement au travail à la date à laquelle vous demandez l'augmentation.

Si le nouveau capital assuré est inférieur au maximum sans preuve d'assurabilité, aucune preuve d'assurabilité n'est requise. L'augmentation prendra effet à la plus éloignée des dates suivantes :

1. la date à laquelle vous demandez l'augmentation; et
2. la date à laquelle survient l'événement marquant.

Si le nouveau capital assuré est supérieur au maximum sans preuve d'assurabilité, une preuve d'assurabilité est exigée. L'augmentation prendra effet à la plus éloignée des dates suivantes :

1. la date à laquelle vous demandez l'augmentation;
2. la date à laquelle survient l'événement marquant; et
3. la date à laquelle nous approuvons la preuve d'assurabilité.

Si vous ne soumettez pas votre demande dans les 60 jours suivant un événement marquant, votre couverture demeurera inchangée. Pour augmenter une couverture après la période de 60 jours, des preuves d'assurabilité seront exigées.

Cessation de votre assurance

Quand l'assurance sur la tête du titulaire de contrat prend-elle fin?

Vous cesserez d'être assuré à la plus rapprochée des dates suivantes :

1. la date de fin de la présente *police*;
2. la dernière date à laquelle toute prime exigible a été payée pour *votre* assurance si le *délai de grâce* est expiré;
3. la *date anniversaire de la police* à laquelle *vous* n'êtes plus *résident à temps plein du Canada*;
4. la date à laquelle *vous* atteignez l'âge de 70 ans;
5. la date à laquelle le montant maximum payable en vertu de la présente *police* a été versé, et
6. la date de *votre* décès.

Cessation de l'assurance d'un conjoint

Quand l'assurance sur la tête du conjoint prend-elle fin?

Votre conjoint cessera d'être assuré à la plus rapprochée des dates suivantes :

1. la date de fin de la présente *police*;
2. la date à laquelle *vous* cessez d'être *assuré*;
3. la date à laquelle *nous* recevons *votre* demande écrite de résiliation de la couverture de *votre conjoint*;
4. la date à laquelle *votre conjoint* cesse d'être légalement marié avec *vous* (ou uni civilement avec *vous*, selon la définition du Code civil du Québec, ou en union libre déclarée avec *vous* en Nouvelle-Écosse) ou a cessé de vivre maritalement de manière continue avec *vous*;
5. la dernière date à laquelle toute prime exigible pour l'assurance de *votre conjoint* a été payée si le *délai de grâce* est expiré;
6. la *date anniversaire de la police* à laquelle *votre conjoint* n'est plus *résident à temps plein du Canada*;
7. la date à laquelle *votre conjoint* atteint l'âge de 70 ans;
8. la date à laquelle le montant maximum payable en vertu de la présente *police* a été versé; et
9. la date du décès de *votre conjoint*.

Cessation de l'assurance d'un enfant

Quand l'assurance sur la tête d'un enfant prend-elle fin?

Votre enfant cessera d'être assuré à la plus rapprochée des dates suivantes :

1. la date de fin de la présente *police*;
2. la date à laquelle *vous* cessez d'être assuré;
3. la date à laquelle *l'enfant* commence à travailler à temps plein;
4. la date à laquelle *l'enfant* atteint l'âge de 21 ans ou de 26 ans s'il étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu;
5. la date à laquelle *l'enfant* se marie ou est uni civilement, selon la définition du Code civil du Québec, ou est en union libre déclarée en Nouvelle-Écosse, ou s'il a vécu maritalement de manière continue au cours de la période de 12 mois immédiatement antérieure;
6. la date à laquelle *l'enfant* devient admissible à une assurance maladies graves facultative à titre d'employé en vertu de quelque *police* d'assurance collective que ce soit;
7. la dernière date à laquelle toute prime exigible a été payée pour *votre* couverture pour *enfant* si le *décal de grâce* est expiré;
8. la date à laquelle *nous* recevons *votre* demande écrite de résiliation de la couverture de *votre enfant*;
9. la date à laquelle *l'enfant* reçoit un *montant de prestation* au titre de la présente *police*; et
10. la date du décès de *votre enfant*.

Article 6

6.1 Dispositions relatives à l'indemnisation

Avis de sinistre

De quels renseignements ai-je besoin pour présenter une demande de règlement?

Un *avis de sinistre* écrit doit *nous* être transmis dans les 30 jours suivant la *date du diagnostic*. L'omission de fournir un *avis de sinistre* dans les délais prescrits n'a pas pour effet d'invalider la *demande de règlement* lorsque l'*avis de sinistre* est transmis dès qu'il est raisonnablement possible de le faire.

Preuve de sinistre

De quels renseignements ai-je besoin pour présenter une preuve de sinistre?

Le *demandeur* doit soumettre une *demande de règlement* au titre de la présente *police* à l'aide des formulaires de *demande de règlement* approuvés par *nous*. Aucun règlement ne sera payé avant que *nous* n'ayons reçu une preuve écrite satisfaisante démontrant que de telles prestations sont payables en vertu des dispositions de la présente *police*. Une preuve écrite de sinistre doit *nous* être transmise dans les 90 jours suivant la *date du diagnostic*. L'omission de fournir une telle *preuve de sinistre* dans les délais prescrits n'a pas pour effet d'invalider la *demande de règlement* lorsque la *preuve de sinistre* est transmise dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, pourvu que l'information *nous* soit transmise dans l'année qui suit la *date du diagnostic*.

Le *demandeur* est responsable des dépenses engagées pour fournir les renseignements étayant sa *demande de règlement*.

L'assuré doit-il être examiné?

Nous pourrions juger nécessaire de faire examiner l'*assuré* par un ou plusieurs médecins afin d'évaluer la *demande de règlement*. *Nous* acquitterons les frais associés à ces examens médicaux. Si l'*assuré* refuse d'être examiné, il se pourrait que *nous* ne soyons pas en mesure de statuer favorablement sur la *demande de règlement*.

Bénéficiaire

Qui reçoit le montant de prestation en vertu de la présente police?

Les prestations sont versées à l'*assuré*, mais les prestations pour un *enfant vous* sont versées. Si l'*assuré* est décédé au moment où le paiement est effectué, les prestations sont payables à sa succession.

Nous n'acceptons pas les désignations de *bénéficiaires* pour quelque prestation que ce soit au titre de la présente *police*, sauf au Québec.

Modes de paiement

Quel est le mode de paiement du montant de prestation?

Le *montant de prestation* est payable en une somme forfaitaire.

Processus d'examen

Un *demandeur* peut-il demander à ce qu'un refus soit reconsidéré?

Si une partie ou l'intégralité d'une *demande de règlement* fait l'objet d'un refus, le *demandeur* pourra faire, par écrit, une demande de révision du refus dans les six mois suivant la réception de l'*avis* de refus de notre part. Le *demandeur* peut soumettre des commentaires écrits, des documents, des dossiers ou toute autre information relative à la *demande de règlement* et peut demander, sans frais, une copie de la *proposition d'assurance* et de tout document qui *nous* ont été fournis relativement à la *preuve d'assurabilité* de l'*assuré*, ainsi qu'à la présente *police*.

Nous réexaminerons la *demande de règlement* et la demande écrite d'examen et aviserons le *demandeur* de notre décision dans un délai raisonnable après réception de tous les renseignements requis.

Poursuites judiciaires

Quand peut-on poursuivre en justice un *assureur*?

Les poursuites judiciaires ne peuvent être intentées contre *nous* moins de 60 jours après la soumission d'une *preuve de sinistre* ou après les délais prévus par la loi applicable.

Les actions ou instances en recouvrement d'un règlement aux termes d'un contrat ne peuvent être engagées contre un *assureur*, à moins de l'être dans les délais prescrits par la *Loi sur les assurances* (Alberta, Manitoba et Colombie-Britannique), la *Loi sur la prescription des actions* de 2002 (Ontario) ou par une autre loi provinciale applicable.

Article 7

7.1 Affections et interventions couvertes, restrictions et exclusions

Affections et interventions couvertes

Quelles affections et interventions sont couvertes en vertu de la police?

Une *personne assurée* n'est couverte que pour les affections et les interventions couvertes qui s'appliquent à leur situation dans le *tableau des prestations*.

Accident vasculaire cérébral : *diagnostic* formel d'un *accident vasculaire cérébral* causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

1. apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques;
2. nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique,

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

Le *diagnostic* d'*accident vasculaire cérébral* doit être posé par un *spécialiste*.

Exclusion:

Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection couverte dans les cas suivants :

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

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 :

1. stimulation de la moelle osseuse;
2. immunosuppresseurs;
3. greffe de moelle osseuse

Le *diagnostic* d'*anémie aplasique* doit être posé par un *spécialiste*.

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 *spécialiste*.

Autisme : trouble organique du développement du cerveau caractérisé par l'incapacité de développer un langage de communication ou d'autres formes de communication sociale. Le *diagnostic* doit être établi par un *spécialiste* avant le troisième anniversaire de naissance de l'enfant.

Brûlures graves : *diagnostic* formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps. Le *diagnostic* de *brûlures graves* doit être posé par un *spécialiste*.

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. Le *diagnostic* de *cancer* doit être posé par un *spécialiste*.

Exclusion:

Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection couverte si, dans les 90 jours suivant i) la *date de prise d'effet de la couverture* ou ii) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la couverture de l'*assuré* si cette date est postérieure, l'*assuré* :

1. 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 de la *police*), peu importe la date d'établissement du *diagnostic* ou
2. a reçu un *diagnostic* de cancer (couvert ou non au titre de la *police*).

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 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.

Exclusion:

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

1. lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« *borderline* ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
2. 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;
3. tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
4. cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
5. 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;
6. leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai.

Aux fins de la *police*, 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 (7e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Aux fins de la *police*, 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).

Cancer (ne mettant pas la vie en danger) : s'entend des types de cancer suivants :

1. **Carcinome canalaire in situ du sein**, qui désigne le *diagnostic*, confirmé par biopsie, de *carcinome canalaire in situ du sein* ne mettant pas la vie en danger.
2. **Leucémie lymphoïde chronique à un stade précoce**, qui désigne le *diagnostic* de leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 de la classification de Rai.
3. **Cancer de la thyroïde à un stade précoce**, qui désigne le *diagnostic* de cancer au stade T1 de la thyroïde papillaire ou de la thyroïde folliculaire d'un diamètre tumoral maximal de 2 cm et sans atteinte ganglionnaire ni métastases.
4. **Tumeur stromale gastro-intestinale (TSGI)**, qui désigne le *diagnostic* de tumeur stromale gastro-intestinale maligne ou de tumeur carcinoïde maligne à un stade inférieur au stade 2 de la classification de l'AJCC.
5. **Cancer de la prostate au stade A**, qui désigne le *diagnostic* de cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans atteinte ganglionnaire ni métastases.
6. **Mélanome malin au stade 1A**, qui désigne le *diagnostic* de mélanome malin dont l'épaisseur n'excède pas 1 mm, à moins qu'il soit ulcéré ou s'accompagne d'une atteinte ganglionnaire ou de métastases.

Exclusion:

Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection couverte si, dans les 90 jours suivant la date la plus éloignée entre :

1. la *date de prise d'effet de la couverture*; ou
2. la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la couverture de l'assuré, l'assuré :
 - a. 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 de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic ou
 - b. a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la police).

Cardiopathie congénitale : diagnostic de l'une ou plusieurs des cardiopathies couvertes figurant dans les listes suivantes :

Liste A

- Atrésie d'une valvule cardiaque
- Coarctation de l'aorte
- Hypoplasie du ventricule droit
- Hypoplasie ventriculaire gauche
- Maladie d'Ebstein
- Retour veineux pulmonaire anormal total
- Syndrome d'Eisenmenger
- Tétralogie de Fallot
- Transposition des gros vaisseaux
- Tronc artériel commun
- Ventricule à double entrée
- Ventricule gauche à double issue
- Ventricule unique

Les affections énumérées dans la liste A

sont couvertes à compter de la date de naissance. Le *diagnostic* de toute affection couverte figurant dans la liste A doit être posé par un cardiologue pédiatre dûment autorisé et corroboré par des techniques d'imagerie cardiaque appropriées.

Liste B

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

Les affections figurant dans la liste B

sont couvertes uniquement si une *chirurgie* à cœur ouvert est effectuée après la naissance pour corriger la *cardiopathie congénitale*. Le *diagnostic* de toute affection couverte figurant dans la liste B doit être posé par un cardiologue pédiatre dûment autorisé et corroboré par des techniques d'imagerie cardiaque appropriées. La *chirurgie* doit être recommandée par un cardiologue pédiatre dûment autorisé et être effectuée par un chirurgien cardiologue au Canada.

Exclusion relative à la Liste B:

Les interventions par cathétérisme, dites « transcathéter », comme la valvuloplastie au ballonnet ou la fermeture percutanée d'une communication interauriculaire, sont exclues.

Exclusion générale relative aux cardiopathies congénitales:

Les cardiopathies congénitales qui ne sont pas explicitement mentionnées dans la liste A ou la liste B ne sont pas des affections couvertes et sont exclues.

Cécité : *diagnostic* formel de la perte totale et *irréversible* de la vue des deux yeux, attestée par :

1. une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux, ou
2. un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Le *diagnostic* de *cécité* doit être posé par un *spécialiste*.

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 présente affection couverte en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

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 96 heures. L'échelle de *coma* de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période. Le *diagnostic* de *coma* doit être posé par un *spécialiste*.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection couverte dans les cas suivants :

1. le coma a été médicalement provoqué;
2. le coma résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues;
3. un *diagnostic* de mort cérébrale a été posé.

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 :

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

Le *diagnostic* de *crise cardiaque* doit être posé par un *spécialiste*.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection couverte dans les cas suivants :

1. 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;
2. changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « *crise cardiaque* » ci-dessus; ou
3. *diagnostic* ou *diagnostic* provisoire de *crise cardiaque* sans les marqueurs biochimiques cardiaques permettant de conclure à un infarctus du myocarde et des changements récents à l'ECG évoquant une *crise cardiaque*, comme le définit la *police*.

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 poumons, du foie, des deux 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 États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. Pour les besoins de la *période de survie*, la date d'établissement du *diagnostic* est la date de l'inscription de l'*assuré* dans un centre de transplantation. Le *diagnostic* de défaillance d'un organe vital doit être posé par un *spécialiste*.

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

1. aphasie (un trouble de la parole);
2. apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
3. agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
4. perturbation des fonctions exécutives (p. ex., perte de la capacité d'abstraction, 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 :

1. une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un minixamen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
2. 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 mois.

Le *diagnostic* de démence doit être posé par un *spécialiste*.

Aux fins de la *police*, la référence à un minixamen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, Journal of Psychiatric Research, 1975;12(3):189.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection couverte pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

Diabète de type 1 (diabète juvénile) : *diagnostic* formel de *diabète de type 1* caractérisé par une insuffisance totale d'insuline et une dépendance continue et vitale aux injections d'insuline exogène. Le *diagnostic* doit être posé par un *spécialiste* étant pédiatre ou un endocrinologue dûment autorisé et titulaire d'un permis l'autorisant à exercer au Canada, et la dépendance à l'insuline pendant au moins trois mois doit être attestée.

Dystrophie musculaire : *diagnostic* formel de *dystrophie musculaire*, corroboré par électromyographie et biopsie musculaire, qui se caractérise par des anomalies neurologiques bien définies.

Fibrose kystique : *diagnostic* formel de *fibrose kystique* se manifestant par une *maladie* pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.

Grefe d'un organe vital : intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance *irréversible* du cœur, des deux poumons, du foie, des deux 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. Le *diagnostic* de défaillance d'un organe vital doit être posé par un *spécialiste*.

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 de prise d'effet de la couverture* ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la couverture de l'*assuré* si cette date est ultérieure.

La prestation exigible au titre de la présente affection couverte ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

1. la *blessure accidentelle* a été signalée à l'*assureur* dans les 14 jours suivant sa survenance;
2. une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la *blessure accidentelle*, et son résultat doit être négatif;
3. une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la *blessure accidentelle*, et son résultat doit être positif;
4. tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis;
5. 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.

Le *diagnostic d'infection à VIH contractée au travail* doit être posé par un *spécialiste*.

Exclusion :

Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection couverte dans les cas suivants :

1. l'*assuré* a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;
2. un traitement approuvé contre l'infection à VIH était disponible avant la *blessure accidentelle*;
3. 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.

Insuffisance rénale : *diagnostic* formel d'une insuffisance chronique et *irréversible* des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale. La *date du diagnostic* correspond à la date à laquelle l'*assuré* s'inscrit à titre de receveur au programme de greffe. Le *diagnostic d'insuffisance rénale* doit être posé par un *spécialiste*.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques :

« **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 an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

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

Le *diagnostic* de *maladie de Parkinson* ou de *syndrome parkinsonien atypique* doit être posé par un *spécialiste* étant neurologue.

Les renseignements médicaux sur le *diagnostic* et sur tout signe, symptôme ou toute investigation médicale ayant mené à l'établissement du *diagnostic* doivent *nous* être communiqués dans les six mois suivant la *date du diagnostic*. Si ces renseignements ne *nous* sont pas fournis dans le délai prescrit, *nous* pouvons refuser toute *demande de règlement* portant sur la maladie de Parkinson ou un *syndrome parkinsonien atypique*, ou sur toute autre affection ou intervention couverte découlant de la *maladie de Parkinson* ou un *syndrome parkinsonien atypique* ou de son traitement.

Exclusion :

Aucune prestation ne sera exigible au titre de la présente affection couverte si, dans la première année suivant (i) la date de prise d'effet de la *police* ou (ii) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la couverture de l'*assuré* si cette date est postérieure à la première, l'*assuré* :

1. 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
2. a reçu un *diagnostic* de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.

Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection couverte pour tout autre type de parkinsonisme.

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. Le *diagnostic* de *maladie du motoneurone* doit être posé par un *spécialiste*.

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 90 jours suivant la date d'établissement du *diagnostic*. Le *diagnostic* de *méningite purulente* doit être posé par un *spécialiste*.

Exclusion :

Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection couverte dans le cas d'une méningite virale.

Paralytie : *diagnostic* formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une *blessure* ou d'une *maladie* affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur. Le *diagnostic* de *paralytie* doit être posé par un *spécialiste*.

Paralytie cérébrale : *diagnostic* formel de *paralytie cérébrale*, trouble neurologique non progressif caractérisé par la spasticité et le manque de coordination des mouvements.

Perte d'autonomie : *diagnostic* formel d'une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement. Le *diagnostic* de *perte d'autonomie* doit être posé par un *spécialiste*.

Les activités de la vie quotidienne visées sont les suivantes :

1. **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;
2. **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;
3. **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;
4. **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;
5. **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;
6. **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.

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 180 jours. Le *diagnostic* de *perte de l'usage de la parole* doit être posé par un *spécialiste*.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection couverte pour toute cause psychiatrique.

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. Le *diagnostic* de *perte de membres* doit être posé par un *spécialiste*.

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 *spécialiste*.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection couverte en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

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 *spécialiste*.

Exclusion :

Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection couverte en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

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

1. au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
2. anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de six mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
3. 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 mois.

Le *diagnostic* de *sclérose en plaques* doit être posé par un *spécialiste*.

Surdité : *diagnostic* formel de la perte totale et *irréversible* de l'ou ie des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz. Le *diagnostic* de *surdité* doit être posé par un *spécialiste*.

Trisomie 21 (ou syndrome de Down) : *diagnostic* formel de *Trisomie 21* posé par un *spécialiste* possédant les compétences normalement requises pour évaluer et traiter les patients ayant le syndrome de Down.

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. Le *diagnostic* de *tumeur cérébrale bénigne* doit être posé par un *spécialiste*.

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 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 présente affection couverte si, dans les 90 jours suivant la date la plus éloignée entre :

1. la *date de prise d'effet de la couverture*; ou
2. la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la couverture de l'*assuré*, l'*assuré*:
 - a. a présenté des signes, symptômes ou a fait l'objet d'investigations médicales qui ont mené à l'établissement d'un *diagnostic* de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou exclue au titre de la *police*), sans égard à la *date du diagnostic*; ou
 - b. a reçu un *diagnostic* de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou exclue au titre de la *police*).

Exclusion : Aucune prestation n'est versée au titre de l'affection ou de l'intervention couverte définie ci-dessus en cas d'adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

Période de restriction applicable aux affections préexistantes

Un montant de prestation sera-t-il payable pour une affection préexistante?

Aucun *montant de prestation* ne sera payable pour une *affection préexistante* déjà présente pendant la période reliée aux *affections préexistantes* et diagnostiquée pendant la période d'exclusion d'une *affection préexistante*.

Exclusions relatives aux maladies graves d'un enfant

Quelles exclusions s'appliquent à la couverture d'un enfant?

1. Si un *enfant* naît dans les 10 mois suivant la date de prise d'effet de la couverture et si une affection couverte est diagnostiquée ou une intervention couverte est requise chez cet *enfant* dans les 31 jours suivant sa date de naissance, aucune prestation n'est versée à l'égard de cette affection ou de cette intervention couverte.
2. Toute tumeur concomitante au virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Exclusions générales relatives à toutes les affections et interventions couvertes

Quelles exclusions s'appliquent à toutes les couvertures?

1. Aucune prestation n'est versée si la période de restriction applicable aux *affections préexistantes* s'applique.
2. Aucune prestation n'est versée pour une affection ou une intervention couverte diagnostiquée ou requise alors que l'*assuré* n'était pas couvert au titre de la présente *police*.
3. Aucune prestation n'est versée si les restrictions relatives à la *période de survie* ne sont pas satisfaites.
4. Aucune prestation n'est versée si l'affection de l'*assuré* découle directement ou indirectement d'une ou de plusieurs des situations suivantes, ou y a contribué ou y est associée de quelque façon que ce soit :
 - a. tentative de suicide, ou *blessure* ou maladie auto-infligée, que l'*assuré* soit sain d'esprit ou non;
 - b. perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
 - c. consommation d'alcool ou usage de médicaments ou de drogues sauf s'ils sont pris seulement en conformité avec la prescription du médecin;
 - d. insurrection, émeute, mouvement populaire, hostilités de toutes sortes, guerre (déclarée ou non) ou service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
 - e. tout *accident*, *blessure* ou maladie résultant d'activités dangereuses ou sportives, entre autres, la pratique professionnelle d'un sport, la course automobile, le saut extrême, le saut à l'élastique (« bungee »), le parachutisme, le vol en avion ultraléger, le deltaplane, la plongée sous-marine, l'escalade de rochers ou en montagne, le ski hors-piste ou hélicoptère, le motocross ou les sports extrêmes;
 - f. *blessures* subies au volant d'un véhicule motorisé dans le contexte de facultés affaiblies par une quelconque substance intoxicante ou d'un taux d'alcoolémie supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres;
 - g. soins médicaux jugés non nécessaires d'un point de vue médical ou de nature esthétique (le don d'un organe ou de tissus est considéré comme un soin nécessaire du point de vue médical); ou
 - h. toute exclusion s'appliquant en particulier à une affection ou à une intervention couverte donnée, telle qu'elle est définie dans le présent article.
5. Aucune prestation n'est versée si l'*assuré* ne cherche pas à obtenir des soins médicaux afin de se soustraire aux limitations de la *période d'exclusion d'une affection préexistante* ou à d'autres conditions ou restrictions de la présente *police*.
6. Aucune prestation n'est versée si, dans les 90 jours suivant la *date de prise d'effet de la couverture* ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture si cette date est postérieure à la première, l'*assuré* :
 - a. reçoit un *diagnostic* de *cancer* (mettant ou non la vie en danger) ou présente des signes ou des symptômes ou subit des investigations qui mènent à l'établissement d'un *diagnostic* de cancer (mettant ou non la vie en danger et couvert ou exclu au titre de la présente garantie), sans égard à la *date du diagnostic*; ou
 - b. reçoit un *diagnostic* de *tumeur cérébrale bénigne* ou présente des signes ou des symptômes ou subit des investigations qui mènent à l'établissement d'un *diagnostic* de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou exclue au titre de la présente garantie), sans égard à la *date du diagnostic*.
7. Aucune prestation ne sera versée si, dans les 365 jours suivant la *date de prise d'effet de la couverture* ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la couverture, selon la dernière éventualité, un *diagnostic* de *maladie de Parkinson* ou de *trouble parkinsonien atypique précis* a été posé, ou si la *personne assurée* a présenté des signes ou des symptômes ou s'est soumise à des examens qui ont mené à l'établissement d'un *diagnostic* de *maladie de Parkinson* ou de *trouble parkinsonien atypique précis*, peu importe la date d'établissement du *diagnostic*.

Article 8

8.1 Dispositions générales

Contrat intégral

Qu'inclut le contrat d'assurance?

Le contrat d'assurance intégral contient la présente *police*, le « Sommaire des protections », la *proposition d'assurance*, tout document annexé à la *police* lors de son établissement et toute modification à la *police* convenue par écrit après son établissement.

Déclarations erronées et erreurs d'écriture

Qu'arrive-t-il si un assuré fournit des renseignements erronés?

Si *vous* ou un *assuré* fournissez des renseignements erronés dans le cadre de la *proposition d'assurance*, les faits véridiques seront utilisés pour déterminer si oui ou non l'assurance est en vigueur au titre de la présente *police*. Lorsqu'une *preuve d'assurabilité* est exigée, *vous* et chaque *assuré* devez *nous* faire part, au moment de soumettre la *proposition d'assurance*, de tous les faits portés à *votre* connaissance qui pourraient influencer sur la couverture. Des rajustements ou des remboursements de prime seront effectués au besoin.

Qu'arrive-t-il en cas d'erreur d'écriture?

Une erreur d'écriture désigne une erreur dans l'écriture ou la copie de données commise par *nous*. Une erreur d'écriture n'invalidera pas une assurance qui autrement serait en vigueur, pas plus qu'elle n'aura pour effet de maintenir en vigueur une assurance qui autrement serait arrivée à échéance conformément aux dispositions de la présente *police*.

Âge

Qu'arrive-t-il si une erreur sur l'âge d'un assuré est commise?

Nous avons le droit d'exiger une preuve satisfaisante de l'âge d'un *assuré* avant d'effectuer le paiement d'une *demande de règlement*. Si une erreur sur l'âge d'un *assuré* est commise, le *montant de prestation* sera rajusté à la hausse ou à la baisse en fonction des taux de primes et de l'âge véritable de l'*assuré*. Si *vous* n'étiez pas admissible à l'assurance en fonction de *votre* âge véritable, *votre* couverture, celle de *votre conjoint* et celle de *vos personnes à charge*, le cas échéant, seront annulées et un rajustement équitable des primes sera convenu avec *vous*. Si l'erreur porte sur l'âge de *votre conjoint* et qu'il n'est pas admissible à l'assurance en fonction de son âge véritable, sa couverture sera annulée et un rajustement équitable des primes sera convenu avec *vous*.

Contestabilité de la police

Quand une *police* peut-elle être contestée?

Nous ne contesterons pas la validité de la présente *police* ou de tout énoncé de l'*assuré*, sauf en cas de non-paiement de la prime ou de fraude, si la *police* est en vigueur depuis deux ans à compter de la *date de prise d'effet de la couverture*.

Devise

Les paiements sont-ils effectués en dollars canadiens?

Tous les paiements effectués au titre de la présente *police* à notre intention ou de notre part doivent être versés en dollars canadiens.

Police sans participation

S'agit-il d'une *police* avec participation?

La présente *police* est sans participation. *Vous* n'avez droit à aucune part de nos bénéfices et excédents.

Conformité

Qu'arrive-t-il si la présente *police* n'est pas conforme aux lois de la province applicable?

Toute disposition de la présente *police* qui n'est pas conforme aux lois de la province ou du territoire de résidence de l'*assuré* est réputée automatiquement modifiée conformément aux exigences minimales de telles lois.

Les droits en vertu de la présente *police* peuvent-ils être cédés?

Aucune *personne assurée* n'est autorisée à céder ses droits en vertu de la présente *police*.

Article 9

9.1 Dispositions légales

Applicables dans toutes les provinces et dans tous les territoires (à l'exception du Québec).

1. Le contrat

La *proposition d'assurance*, la présente *police*, tout document annexé à la présente *police* lors de son établissement ainsi que toute modification au contrat convenue par écrit après l'établissement de la présente *police* constituent l'intégralité du contrat. Aucun agent n'est autorisé à le modifier ni à déroger à l'une de ses clauses.

2. Renonciation

L'*assureur* est réputé n'avoir renoncé à aucune disposition du présent contrat, en totalité ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée dans un document écrit dûment signé par l'*assureur*.

3. Copie de la proposition d'assurance

L'*assureur* doit, sur demande, fournir à l'*assuré* ou à un *demandeur* au titre du contrat une copie de la *proposition d'assurance*.

4. Faits importants

Les déclarations faites par l'*assuré* ou une *personne assurée* à la souscription du présent contrat ne peuvent pas être utilisées pour appuyer une *demande de règlement* au titre de ce contrat ni pour la soustraire à l'une des dispositions énoncées dans le contrat, à moins de figurer dans la *proposition d'assurance* ou dans toute autre déclaration ou réponse fournie par écrit comme *preuve d'assurabilité*.

5. Cessation de l'assurance

1. Le contrat peut être résilié à tout moment sur demande de l'*assuré*.
2. Si le contrat est résilié par l'*assuré*, l'*assureur* doit lui rembourser, aussitôt que possible, toute prime excédentaire acquittée et calculée à la date de réception de l'*avis* selon le taux de prime à court terme, conformément au tableau utilisé par l'*assureur* au moment de la cessation.

6. Avis et preuve de sinistre

L'*assuré* ou une *personne assurée* ou un *bénéficiaire* ayant le droit de présenter une *demande de règlement*, ou l'agent de l'un d'eux, est tenu :

1. de fournir par écrit à l'*assureur* un *avis de sinistre* :
 - a. en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social ou à l'agence principale de l'*assureur* dans la province, ou
 - b. en le remettant à un agent autorisé de l'*assureur* dans la province, au plus tard trente (30) jours suivant la date à laquelle survient un sinistre au titre du contrat à la suite d'un *accident* ou d'une maladie;
2. dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date à laquelle survient un sinistre au titre du contrat à la suite d'un *accident* ou d'une maladie, de fournir à l'*assureur* les preuves qui peuvent raisonnablement être fournies des circonstances :
 - a. de la survenance de l'*accident* ou du début de la maladie,
 - b. des pertes qui en résultent,
 - c. du droit du *demandeur* de recevoir paiement,
 - d. de son âge, et
 - e. de l'âge du *bénéficiaire*, s'il y a lieu; et
3. si l'*assureur* l'exige, de fournir un certificat satisfaisant établissant la cause ou la nature de l'*accident* ou de la maladie qui peut faire l'objet d'une *demande de règlement* en vertu du contrat et dans le cas d'une maladie, la durée.

Le défaut de donner *avis* du sinistre ou d'en fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente disposition légale n'invalide pas la demande si :

1. l'*avis* est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas plus d'une année ou, en Saskatchewan, plus que le délai de prescription indiqué dans la *Loi sur la*

prescription des actions, après la date de l'*accident* ou la date à laquelle survient un sinistre en vertu du contrat à la suite d'une maladie, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'*avis* ou de fournir la preuve dans le délai prescrit; ou

2. advenant le décès de la *personne assurée*, si une déclaration de présomption de décès est nécessaire, l'*avis* est donné ou la preuve fournie au plus tard un an ou, en Saskatchewan, dans le délai de prescription indiqué dans la Loi sur la prescription des actions, après la date de la déclaration par le tribunal.

7. Formulaires de preuve de sinistre fournis par l'assureur

L'*assureur* doit fournir les formulaires de *preuve de sinistre* dans les quinze (15) jours suivant la réception de l'*avis de sinistre*. Toutefois, le *demandeur* peut, s'il n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, soumettre la *preuve de sinistre* sous forme de déclaration écrite indiquant la cause ou la nature de l'*accident* ou de la maladie qui fait l'objet de la *demande de règlement* ainsi que la gravité du sinistre.

8. Droit d'examen

En tant que condition préalable à la remise des prestations d'assurance en vertu de ce contrat :

1. le *demandeur* doit donner à l'*assureur* l'occasion d'examiner la personne de l'*assuré* aussi souvent qu'il est raisonnablement requis pendant que la *demande de règlement* est en instance d'évaluation, et

2. dans le cas du décès de l'*assuré*, l'*assureur* peut exiger une autopsie, sous réserve de toute loi du territoire en question ayant trait aux autopsies.

9. Délai de règlement de sommes payables

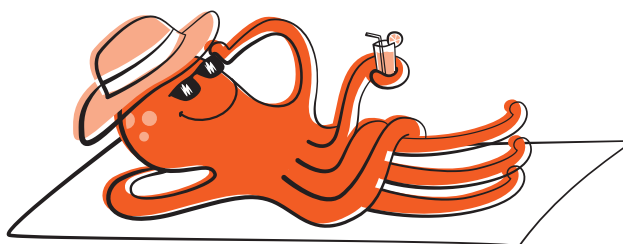
Toutes les sommes payables en vertu du présent contrat sont versées par l'*assureur* dans les 60 jours suivant la réception de la preuve du sinistre.

10. Prescription extinctive

Applicable seulement au Nouveau-Brunswick, à la Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve-et-Labrador et à l'Île-du-Prince-Édouard: Les actions ou instances en recouvrement d'un règlement aux termes du présent contrat ne doivent pas être engagées contre l'*assureur* plus d'un an après la date à laquelle les sommes assurées sont devenues payables ou seraient devenues payables si la *demande de règlement* avait été valide.

Applicable seulement au Yukon, aux Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut : Les actions ou instances en recouvrement d'un règlement aux termes du présent contrat ne doivent pas être engagées contre l'*assureur* plus de deux ans après la date à laquelle les sommes assurées sont devenues payables ou seraient devenues payables si la *demande de règlement* avait été valide.

—FIN DE LA POLICE—



Article 10

10.1 Politique de confidentialité

La collecte, l'utilisation, la divulgation et la conservation de renseignements personnels relatifs à la présente *police* seront effectuées conformément aux dispositions de la loi sur la protection de la vie privée applicable et à notre déclaration de confidentialité. *Nous* recueillons, utilisons et divulguons les renseignements personnels afin de traiter les propositions d'assurance et, si ces propositions sont acceptées, pour fournir les produits pertinents aux *assurés*, y compris les enquêtes et les évaluations portant sur les demandes de règlement ainsi que la création et la conservation de nos dossiers.

L'*assuré* peut exercer certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements figurant dans son dossier en *nous* faisant parvenir une demande écrite. *Nous* limitons l'accès aux renseignements personnels contenus dans de tels dossiers :

1. à nos employés qui n'ont pas besoin d'y accéder dans le cadre de leur travail;
2. aux personnes que *nous* approuvons et qui ont besoin de ces renseignements pour mener leurs tâches à bien relativement à *votre police*;
3. aux personnes à qui l'*assuré* a autorisé l'accès; et
4. aux personnes autorisées par la loi à accéder à ces renseignements.

Pour toute question à propos de nos politiques et pratiques sur la protection des renseignements personnels, communiquez avec *nous* :

Responsable de la protection des renseignements personnels

Compagnie d'assurance Temple
390, rue Bay, 22e étage
Toronto (Ontario) M5H 2Y2

Par téléphone :

416-364-2851 ou
1-877-364-2851 (numéro sans frais)

Par courriel :

privacyofficer@templeins.com

Au site Web :

<https://www.munichre.com/temple-insurance/en/general/privacy-statement1.html>