
HUGO

ASSURANCE MALADIES GRAVES (25) TEMPORAIRE

SPECIMEN

Sommaire des garanties

Votre contrat est composé de la présente police, de la copie de la proposition, du questionnaire d'assurabilité et de tous les avenants et avis de modification en annexes.

Veillez lire attentivement votre police, la copie de la proposition et le questionnaire d'assurabilité en annexes. Si un changement doit être apporté aux réponses données, veuillez en aviser l'Assureur dans les 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 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 modale</u>
----------------------------------	---------------------	---------------------

SPECIMEN

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 : ensemble des gestes accomplis chaque jour par une personne dans le but de se nourrir, se vêtir, se mouvoir, prendre son bain, faire sa toilette et être continent :

- **se nourrir** : capacité de consommer des aliments qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.
- **se vêtir** : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres prothèses chirurgicales;
- **se mouvoir** : capacité de se déplacer d'une façon quelconque hors d'un lit, d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint;
- **prendre son bain** : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires;
- **faire sa toilette** : capacité de se rendre aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle;
- **être continent** : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs, de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général.

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 prestations 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.

Cancer non critique :

- un cancer de la prostate au stade T1a ou T1b (stade A); ou
- un mélanome malin au stade 1A selon la définition TNM (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à un virgule zéro (1,0) millimètre, non ulcéré et sans invasion au niveau IV ou V de Clark); ou
- un carcinome canalaire in situ du sein (requiert une confirmation par biopsie).

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

Délai de carence : période d'attente, exprimée en nombre de jours, au cours de laquelle aucune indemnité n'est payable. Le délai de carence commence à la date de la première consultation médicale liée à l'invalidité et qui suit le début de ladite invalidité.

Emploi, Travail : ces termes signifient, indistinctement, la(les) profession(s), un emploi ou un travail rémunéré exercé par l'assuré au début de l'invalidité.

Invalide ou invalidité : état d'invalidité totale de l'assuré, lié à un trouble résultant d'un accident ou d'une maladie.

Invalidité totale (ou totalement invalide) : lorsque l'assuré occupe un emploi rémunéré au début de l'invalidité, pour la période du délai de carence et des vingt-quatre (24) mois qui suivent immédiatement ce délai de carence, état de l'assuré qui, à la suite d'un accident ou une maladie, est incapable d'exercer les principales fonctions de son emploi au début de l'invalidité et qui, durant cette période, n'occupe pas un autre emploi et est sous les soins et traitements continus et appropriés d'un médecin.

Par la suite, état de l'assuré qui, suite à un accident ou une maladie, est incapable d'effectuer tout travail rémunérateur qu'il est raisonnablement apte à exercer en raison de son éducation, de sa formation ou de son expérience et qui demeure sous les soins et traitements continus et appropriés d'un médecin.

Lorsque l'assuré est sans emploi, au début de l'invalidité : état de l'assuré qui, à la suite d'un accident ou une maladie, est incapable d'effectuer tout travail rémunérateur qu'il est raisonnablement apte à exercer en raison de son éducation, de sa formation ou de son expérience et qui demeure sous les soins et traitements continus et appropriés d'un médecin.

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.

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.

Non-fumeur : personne qui n'a pas fait usage de tabac, sous quelque forme que ce soit, y compris les succédanés de nicotine, produits de nicotine, marijuana ou haschisch, au cours des douze (12) mois précédant la signature de la demande d'assurance.

Période de survie : à une période de trente (30) jours, pendant laquelle l'*assuré* doit survivre après la date du diagnostic d'une *maladie* couverte, pour que le montant de l'indemnité soit payable.

Police : le présent contrat, la proposition relative à cette *police*, toute demande de modification écrite de ce contrat.

Soins d'un médecin : soins réguliers et personnels prodigués par un médecin qui, d'après les normes médicales courantes, conviennent à l'affection qui cause l'invalidité de l'assuré.

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

Partie B – Garantie d'assurance maladies graves

25 maladies

Renouvelable jusqu'à 75 ans, transformable jusqu'à 60 ans

Indemnités

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

L'indemnité de maladies graves inscrite au sommaire des garanties, si l'une des maladies présente à la liste des maladies couvertes, est diagnostiquée chez l'Assuré, déduction faite de toute indemnité de *cancer non critique* déjà payée.

Cette indemnité n'est toutefois payable que si l'Assuré est toujours vivant, trente (30) jours après la date du diagnostic ou pendant le délai spécifique de la maladie couverte diagnostiquée, excluant le nombre de jours pendant lesquels la personne est maintenue en vie artificiellement.

L'Assureur paie pour un *cancer non critique* alors que la garantie est en vigueur un montant correspondant à dix pour cent (10 %) de l'indemnité de maladies graves inscrite au sommaire des garanties, sous réserve d'un maximum de dix mille dollars (10 000 \$). Cette indemnité n'est payable qu'une seule fois et est soustraite de toute autre indemnité payable en vertu de la présente garantie.

Conditions liées au paiement

L'indemnité n'est payable que s'il s'agit de la première manifestation d'une maladie grave.

Les indemnités de maladies graves ne sont pas cumulatives. Ainsi, l'Assureur ne pourra jamais être appelé à payer plus d'une indemnité de maladies graves en vertu de la présente garantie à l'exception de l'indemnité de *cancer non critique*. L'Assureur verse alors une seule indemnité soit celle qui correspond à la garantie donnant droit au montant le plus élevé.

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 est versée si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- a) l'Assureur a reçu la totalité des dossiers médicaux;
- 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 ou l'*accident* avait été diagnostiqué 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.

Exclusions

En plus des exclusions décrites dans les dispositions générales, aucun montant n'est payable si la maladie ou l'accident découle directement ou indirectement d'une maladie diagnostiquée, de signes ou de symptômes connus ou en investigation non déclarés avant la date d'émission de la garantie.

Aucune prestation de maladies graves ne sera payable pour tout cancer ou tumeur cérébrale bénigne, pour toute la durée de la garantie, si la date du diagnostic de n'importe quel cancer couvert ou exclu par la présente garantie ou tumeur cérébrale bénigne survient dans les premiers quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de prise d'effet de la garantie ou sa remise en vigueur, ou si la date d'apparition des signes ou des symptômes ou des consultations médicales ou des tests qui mènent au diagnostic de n'importe quel cancer couvert ou exclu par la présente garantie ou tumeur cérébrale bénigne survient dans les premiers quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de prise d'effet de la garantie ou sa remise en vigueur.

Obligation de divulgation

N'importe quel diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) ou de tumeur cérébrale bénigne ou signe ou symptôme ou consultation médicale ou test qui mènent à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) ou d'une tumeur cérébrale bénigne se manifestant pendant la période moratoire, doit être rapporté par écrit à l'Assureur dans les six (6) mois du diagnostic. Si cette information n'est pas divulguée à l'Assureur, celui-ci a le droit de refuser toute réclamation de maladies graves en vertu de cette garantie.

Prime

Le tableau des primes, inclus dans la *police*, détermine la prime payable lors des renouvellements.

Le renouvellement des primes indiquées au tableau de renouvellement est garanti tant et aussi longtemps que la prime est payée dans les délais requis.

Droit de transformation

Tant que la garantie d'assurance maladies graves 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 permanente comportant des garanties semblables, tel que désignée par l'Assureur à cette date. L'indemnité transformée ne peut excéder l'indemnité indiquée au sommaire des garanties.

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.

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

Si, au moment de la transformation, la présente garantie comportait la garantie d'exonération des primes, alors la nouvelle *police* comportera également une garantie d'exonération des primes pourvu que l'*Assuré* ne bénéficie pas de l'exonération des primes au moment de la transformation.

Restriction

Si la transformation se produit pendant que l'*Assuré* bénéficie de l'exonération des primes, la nouvelle *police* ne comportera pas ce bénéfice et le *titulaire* devra acquitter les primes.

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 est versée en vertu de la présente garantie à l'exception de l'indemnité en vertu d'un *cancer non critique*;
- à la date où toute la garantie a été transformée;
- à la date de terminaison de la garantie, tel qu'indiqué au sommaire des garanties;
- au décès de l'*Assuré*.

Liste et définitions des maladies graves couvertes à la garantie

Aux fins de la présente *police*, vous êtes couverts pour les 25 maladies graves suivantes, telles que définies ci-après :

Accident vasculaire cérébral *est défini comme :*

Un accident vasculaire cérébral causant des séquelles neurologiques d'une durée de plus de trente (30) jours et imputables à une thrombose, une hémorragie ou une embolie de source extra-crânienne. Il doit y avoir preuve de déficit neurologique objectif et mesurable. Les attaques ischémiques cérébrales transitoires sont spécifiquement exclues.

Autisme *est défini comme :*

Une anomalie organique dans le développement du cerveau, caractérisée par l'incapacité de développer un langage de communication ou d'autres formes de communication sociale. Le diagnostic doit être confirmé par un spécialiste avant le troisième (3^e) anniversaire de naissance de l'*Assuré*.

Brûlures *sont définies comme :*

Des brûlures au troisième (3^e) degré sur au moins vingt pour cent (20 %) de la surface du corps.

Cancer *est défini comme :*

Une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus.

Les cancers suivants sont exclus :

- carcinome in situ;
- mélanome malin au stade 1A selon la définition TNM (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à un virgule zéro (1,0) millimètre, non ulcéré et sans invasion au niveau IV ou V de Clark);
- tout cancer de la peau autre que le mélanome, en l'absence de métastase (propagation à des organes voisins);
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Période moratoire : aucune indemnité n'est payable pour tout cancer lorsque la première des dates suivantes survient dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date d'effet ou de la remise en vigueur de la présente garantie :

- la date de diagnostic de n'importe quel cancer, couvert ou exclu; ou
- la date d'apparition de signes ou de symptômes avant-coureurs de n'importe quel cancer, couvert ou exclu; ou
- la date des consultations médicales et des tests qui mènent au diagnostic de n'importe quel cancer, couvert ou exclu.

Cependant, ces exclusions ne mettent pas fin à la garantie. L'*Assuré* demeure protégé en vertu des autres maladies couvertes.

Obligation de divulgation : N'importe quel diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) ou signe ou symptôme ou consultation médicale ou test qui mènent au diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) se manifestant pendant la période moratoire, doit être rapporté par écrit à l'*Assureur* dans les six (6) mois du diagnostic. Si cette information n'est pas divulguée à l'*Assureur*, celui-ci a le droit de refuser toute réclamation de maladies graves en vertu de cette garantie.

Cécité *est définie comme :*

La perte totale et irréversible de la vision des deux (2) yeux, confirmée par un ophtalmologiste, avec une acuité visuelle corrigée de vingt sur deux cents (20/200) ou moins pour chaque œil, ou un champ de vision de moins de vingt (20) degrés aux deux (2) yeux.

Chirurgie coronarienne (pontage aortocoronarien) *est définie comme :*

La chirurgie du cœur visant à remédier, par pontage aortocoronarien, au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire. Les interventions non chirurgicales telles que l'angioplastie et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction ne sont pas couvertes.

Chirurgie de l'aorte *est définie comme :*

L'intervention chirurgicale pour remédier à une affection de l'aorte nécessitant le remplacement chirurgical de l'artère affectée au moyen d'un greffon. On entend par « aorte » l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

Coma *est défini comme :*

Un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes, pour une période continue de quatre (4) jours. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer continuellement quatre (4) ou moins pendant les quatre (4) jours.

Exclusions :

- un coma médicalement provoqué;
- un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde) *est définie comme :*

La nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par :

- des modifications électrocardiographiques (ECG) récentes indiquant un infarctus du myocarde; et
- l'élévation des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus.

La crise cardiaque durant une angioplastie est couverte pourvu qu'il y ait diagnostic de nouvelles modifications de l'onde Q sur l'électrocardiogramme en plus d'une élévation des marqueurs cardiaques.

La crise cardiaque n'inclut pas une découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde passé, sans symptôme ou incident médical corroborant cet infarctus.

Fibrose kystique *est définie comme :*

Un diagnostic définitif de fibrose kystique posé avant que l'Assuré ait atteint l'âge de dix-huit (18) ans, mis en évidence par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.

Insuffisance rénale *est définie comme :*

Stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des deux (2) reins, qui nécessite des traitements par dialyse régulière, par dialyse péritonéale ou par greffe rénale.

Insuffisance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente *est définie comme :*

Le diagnostic de l'insuffisance irréversible du cœur, des deux (2) poumons, du foie, des deux (2) reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire.

Pour se qualifier, l'Assuré doit être éligible comme receveur, au sein d'un programme gouvernemental de transplantations d'organes ou de moelle osseuse, approuvé au Canada ou aux États-Unis, d'un (1) ou de plusieurs des organes ou de la moelle osseuse, tel que spécifié dans cette clause.

En ce qui concerne la *période de survie*, la date de diagnostic est la date de prise d'effet de l'enregistrement de l'Assuré au programme de transplantation.

Maladie d'Alzheimer *est définie comme :*

Un diagnostic clinique non équivoque, par un spécialiste, de la maladie d'Alzheimer, laquelle est une affection dégénérative progressive du cerveau. L'Assuré doit présenter des signes de détérioration intellectuelle importante affectant la mémoire et le jugement, et entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social, de façon telle qu'une surveillance journalière continue est rendue nécessaire. Tout autre désordre organique du cerveau de type démentiel ainsi que les maladies psychiatriques sont exclus.

Maladie de Parkinson *est définie comme :*

Un diagnostic clinique non équivoque, par un spécialiste, de la maladie de Parkinson primitive idiopathique, laquelle se caractérise par un minimum de deux (2) des manifestations cliniques suivantes : rigidité musculaire, tremblements ou bradycinésie (lenteur anormale des mouvements, ralentissement des réactions physiques et mentales). L'Assuré doit avoir besoin de l'aide physique substantielle d'un autre adulte pour effectuer deux (2) ou plus des six (6) *activités de la vie quotidienne* suivantes : prendre son bain, se vêtir, faire sa toilette, être continent, se mouvoir ou se nourrir, comme spécifié dans les définitions. Tout autre type de parkinsonisme est spécifiquement exclu.

Maladie du motoneurone *est définie comme :*

Un diagnostic non équivoque d'une des maladies suivantes : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, amyotrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire, et ceci se limitent aux maladies énumérées précédemment.

Paralysie *est définie comme :*

La perte complète et permanente de l'usage de deux (2) membres ou plus durant une période ininterrompue de quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'événement déclencheur, sans qu'il y ait eu aucun signe d'amélioration durant cette période. Toute cause psychiatrique est spécifiquement exclue.

Perte d'autonomie *est définie comme :*

Un diagnostic non équivoque, par un spécialiste, pour une période continue de quatre-vingt-dix (90) jours confirmant l'incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux (2) des six (6) *activités de la vie quotidienne* spécifiées dans les définitions, sans possibilité raisonnable de guérison, ou confirmant une **déficiência cognitive** telle que définie ci-après :

La **déficiência cognitive** se définit comme :

La détérioration mentale et la perte de l'aptitude intellectuelle se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables, et résultant d'une cause organique objective, diagnostiquée par un spécialiste. Le degré de déficiência cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance journalière continue.

L'établissement de la déficiência cognitive sera fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées, validant lesdites déficiences. Tout trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique dont on peut faire la preuve objective n'est pas couvert.

Perte de la parole *est définie comme :*

La perte totale et irréversible de l'usage de la parole, résultant d'une *blessure* ou d'une maladie physique et persistant pour une période continue d'au moins cent quatre-vingts (180) jours. Toute cause psychiatrique est spécifiquement exclue.

Perte de membres *est définie comme :*

La séparation irréversible de deux (2) ou plusieurs membres au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville, résultant d'un *accident* ou d'une amputation médicalement nécessaire. Une perte résultant directement de l'usage de drogues ou d'alcool est exclue.

Remplacement des valves du cœur *est défini comme :*

Le remplacement de toute valve du cœur au moyen d'une valve naturelle, animale ou mécanique. La réparation d'une valve est expressément exclue.

Sclérose en plaques *est définie comme :*

Un diagnostic non équivoque, par un neurologue, de sclérose en plaques, caractérisé par des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins six (6) mois ou avec deux (2) épisodes distincts, documentés de faits cliniques. Les plaques disséminées de démyélinisation doivent être confirmées par une résonance magnétique (IRM) ou par technique d'imagerie médicale généralement utilisée pour le diagnostic de la sclérose en plaques.

Surdité est définie comme :

La perte totale et irréversible de l'ou ie des deux (2) oreilles, avec un niveau d'audition de quatre-vingt-dix (90) décibels ou plus, à l'intérieur d'un niveau de parole de cinq cents (500)   trois mille (3 000) cycles par seconde.

Transplantation d'un organe vital est définie comme :

Le diagnostic de l'insuffisance irréversible du cœur, des deux (2) poumons, du foie, des deux (2) reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicale­ment nécessaire.

Pour se qualifier pour la *transplantation d'un organe vital*, l'Assuré doit aller en chirurgie pour recevoir par transplantation un (1) cœur, deux (2) poumons, un (1) foie, deux (2) reins ou de la moelle osseuse, en se limitant à ces organes.

Tumeur cérébrale bénigne est définie comme :

Une tumeur non maligne qui provient du cerveau ou des méninges. La nature histologique de la tumeur doit être confirmée par un examen des tissus au moyen d'une biopsie ou d'une ex rese chirurgicale. Les tumeurs des os crâniens et les microad nomes pituitaires d'un diamètre de moins de dix (10) millimètres sont exclus.

Période moratoire : aucune indemnité n'est payable pour tout cancer ou tumeur cérébrale bénigne lorsque la première des dates suivantes survient dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date d'effet ou de la remise en vigueur de la présente garantie :

- la date de diagnostic de n'importe quel cancer, couvert ou exclu, ou de tumeur cérébrale bénigne; ou
- la date d'apparition de signes ou de symptômes avant-coureurs de n'importe quel cancer, couvert ou exclu, ou de tumeur cérébrale bénigne; ou
- la date des consultations médicales et des tests qui mènent au diagnostic de n'importe quel cancer, couvert ou exclu, ou de tumeur cérébrale bénigne.

Cependant, ces exclusions ne mettent pas fin à la garantie. L'Assuré demeure protégé en vertu des autres maladies couvertes.

Obligation de divulgation : N'importe quel diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) ou de tumeur cérébrale bénigne ou signe ou symptôme ou consultation médicale ou test qui mènent au diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) ou de tumeur cérébrale bénigne se manifestant pendant la période moratoire doit être rapporté par écrit à l'Assureur dans les six (6) mois du diagnostic. Si cette information n'est pas divulguée à l'Assureur, celui-ci a le droit de refuser toute réclamation de maladies graves en vertu de cette garantie.

VIH professionnel est défini comme :

Un diagnostic d'infection par le virus de l'immunodéficiency humaine (VIH), résultant d'une *blessure* accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'*occupation* de l'Assuré, laquelle expose celui-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH.

La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- a) la *blessure* accidentelle doit être rapportée à l'Assureur dans les quatorze (14) jours suivant l' v nement accidentel;
- b) un test du VIH doit être effectué dans les quatorze (14) jours suivant la *blessure* accidentelle et le résultat doit être négatif;
- c) un test du VIH doit être effectué entre quatre-vingt-dix (90) et cent quatre-vingts (180) jours suivant la *blessure* accidentelle et le résultat doit être positif;
- d) tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire approuvé par l'Assureur;
- e) la *blessure* accidentelle doit être rapportée, enquêtée et documentée selon les normes canadiennes du travail.

Aucune prestation ne sera payable si :

- a) l'Assuré a refusé d'utiliser tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH;
- b) un traitement approuvé préventif ou curatif pour l'infection au VIH était devenu disponible avant la *blessure* accidentelle;
- c) l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une *blessure* non accidentelle (incluant, mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogues intraveineuses).

Partie B – Garantie d'assurance maladies graves

25 maladies

Temporaire à 75 ans, transformable jusqu'à 60 ans

Indemnités

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

L'indemnité de maladies graves inscrite au sommaire des garanties, si l'une des maladies présente à la liste des maladies couvertes, est diagnostiquée chez l'Assuré, déduction faite de toute indemnité de *cancer non critique* déjà payée.

Cette indemnité n'est toutefois payable que si l'Assuré est toujours vivant, trente (30) jours après la date du diagnostic ou pendant le délai spécifique de la maladie couverte diagnostiquée, excluant le nombre de jours pendant lesquels la personne est maintenue en vie artificiellement.

L'Assureur paie pour un *cancer non critique* alors que la garantie est en vigueur un montant correspondant à dix pour cent (10 %) de l'indemnité de maladies graves inscrite au sommaire des garanties, sous réserve d'un maximum de dix mille dollars (10 000 \$). Cette indemnité n'est payable qu'une seule fois et est soustraite de toute autre indemnité payable en vertu de la présente garantie.

Conditions liées au paiement

L'indemnité n'est payable que s'il s'agit de la première manifestation d'une maladie grave.

Les indemnités de maladies graves ne sont pas cumulatives. Ainsi, l'Assureur ne pourra jamais être appelé à payer plus d'une indemnité de maladies graves en vertu de la présente garantie à l'exception de l'indemnité de cancer non critique. L'Assureur verse alors une seule indemnité soit celle qui correspond à la garantie donnant droit au montant le plus élevé.

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 est versée si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- a) l'Assureur a reçu la totalité des dossiers médicaux;
- 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 ou l'*accident* avait été diagnostiqué 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.

Exclusions

En plus des exclusions décrites dans les dispositions générales, aucun montant n'est payable si la maladie ou l'accident découle directement ou indirectement d'une maladie diagnostiquée, de signes ou de symptômes connus ou en investigation non déclarés avant la date d'émission de la garantie.

Aucune prestation de maladies graves ne sera payable pour tout cancer ou tumeur cérébrale bénigne, pour toute la durée de la garantie, si la date du diagnostic de n'importe quel cancer couvert ou exclu par la présente garantie ou tumeur cérébrale bénigne survient dans les premiers quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de prise d'effet de la garantie ou sa remise en vigueur, ou si la date d'apparition des signes ou des symptômes ou des consultations médicales ou des tests qui mènent au diagnostic de n'importe quel cancer couvert ou exclu par la présente garantie ou tumeur cérébrale bénigne survient dans les premiers quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de prise d'effet de la garantie ou sa remise en vigueur.

Obligation de divulgation

N'importe quel diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) ou de tumeur cérébrale bénigne ou signe ou symptôme ou consultation médicale ou test qui mènent à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) ou d'une tumeur cérébrale bénigne se manifestant pendant la période moratoire, doit être rapporté par écrit à l'Assureur dans les six (6) mois du diagnostic. Si cette information n'est pas divulguée à l'Assureur, celui-ci a le droit de refuser toute réclamation de maladies graves en vertu de cette garantie.

Prime

La prime de cette garantie est indiquée au sommaire des garanties. La prime est fixe et payable jusqu'à la date de terminaison de la *police*.

Droit de transformation

Tant que la garantie d'assurance maladies graves 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 permanente comportant des garanties semblables, tel que désigné par l'Assureur à cette date. L'indemnité transformée ne peut excéder l'indemnité indiquée au sommaire des garanties.

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.

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

Si, au moment de la transformation, la présente garantie comportait la garantie d'exonération des primes, alors la nouvelle *police* comportera également une garantie d'exonération des primes pourvu que l'*Assuré* ne bénéficie pas de l'exonération des primes au moment de la transformation.

Restriction

Si la transformation se produit pendant que l'*Assuré* bénéficie de l'exonération des primes, la nouvelle *police* ne comportera pas ce bénéfice et le *titulaire* devra acquitter les primes.

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 est versée en vertu de la présente garantie à l'exception de l'indemnité en vertu d'un *cancer non critique*;
- à la date où toute la garantie a été transformée;
- à la date de terminaison de la garantie, tel qu'indiqué au sommaire des garanties;
- au décès de l'*Assuré*.

SPECIMEN

Liste et définitions des maladies graves couvertes à la garantie

Aux fins de la présente *police*, vous êtes couverts pour les 25 maladies graves suivantes, telles que définies ci-après :

Accident vasculaire cérébral est défini comme :

Un accident vasculaire cérébral causant des séquelles neurologiques d'une durée de plus de trente (30) jours et imputables à une thrombose, une hémorragie ou une embolie de source extra-crânienne. Il doit y avoir preuve de déficit neurologique objectif et mesurable. Les attaques ischémiques cérébrales transitoires sont spécifiquement exclues.

Autisme est défini comme :

Une anomalie organique dans le développement du cerveau, caractérisée par l'incapacité de développer un langage de communication ou d'autres formes de communication sociale. Le diagnostic doit être confirmé par un spécialiste avant le troisième (3^e) anniversaire de naissance de l'*Assuré*.

Brûlures sont définies comme :

Des brûlures au troisième (3^e) degré sur au moins vingt pour cent (20 %) de la surface du corps.

Cancer est défini comme :

Une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus.

Les cancers suivants sont exclus :

- carcinome in situ;
- mélanome malin au stade 1A selon la définition TNM (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à un virgule zéro (1,0) millimètre, non ulcéré et sans invasion au niveau IV ou V de Clark);
- tout cancer de la peau autre que le mélanome, en l'absence de métastase (propagation à des organes voisins);
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Période moratoire : aucune indemnité n'est payable pour tout cancer lorsque la première des dates suivantes survient dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date d'effet ou de la remise en vigueur de la présente garantie :

- la date de diagnostic de n'importe quel cancer, couvert ou exclu; ou
- la date d'apparition de signes ou de symptômes avant-coureurs de n'importe quel cancer, couvert ou exclu; ou
- la date des consultations médicales et des tests qui mènent au diagnostic de n'importe quel cancer, couvert ou exclu.

Cependant, ces exclusions ne mettent pas fin à la garantie. L'*Assuré* demeure protégé en vertu des autres maladies couvertes.

Obligation de divulgation : N'importe quel diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) ou signe ou symptôme ou consultation médicale ou test qui mènent au diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) se manifestant pendant la période moratoire, doit être rapporté par écrit à l'*Assureur* dans les six (6) mois du diagnostic. Si cette information n'est pas divulguée à l'*Assureur*, celui-ci a le droit de refuser toute réclamation de maladies graves en vertu de cette garantie.

Cécité est définie comme :

La perte totale et irréversible de la vision des deux (2) yeux, confirmée par un ophtalmologiste, avec une acuité visuelle corrigée de vingt sur deux cents (20/200) ou moins pour chaque œil, ou un champ de vision de moins de vingt (20) degrés aux deux (2) yeux.

Chirurgie coronarienne (pontage aortocoronarien) est définie comme :

La chirurgie du cœur visant à remédier, par pontage aortocoronarien, au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire. Les interventions non chirurgicales telles que l'angioplastie et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction ne sont pas couvertes.

Chirurgie de l'aorte *est définie comme :*

L'intervention chirurgicale pour remédier à une affection de l'aorte nécessitant le remplacement chirurgical de l'artère affectée au moyen d'un greffon. On entend par « aorte » l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

Coma *est défini comme :*

Un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes, pour une période continue de quatre (4) jours. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer continuellement quatre (4) ou moins pendant les quatre (4) jours.

Exclusions :

- un coma médicalement provoqué;
- un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde) *est définie comme :*

La nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par :

- des modifications électrocardiographiques (ECG) récentes indiquant un infarctus du myocarde; et
- l'élévation des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus.

La crise cardiaque durant une angioplastie est couverte pourvu qu'il y ait diagnostic de nouvelles modifications de l'onde Q sur l'électrocardiogramme en plus d'une élévation des marqueurs cardiaques.

La crise cardiaque n'inclut pas une découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde passé, sans symptôme ou incident médical corroborant cet infarctus.

Fibrose kystique *est définie comme :*

Un diagnostic définitif de fibrose kystique posé avant que l'Assuré ait atteint l'âge de dix-huit (18) ans, mis en évidence par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.

Insuffisance rénale *est définie comme :*

Stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des deux (2) reins, qui nécessite des traitements par dialyse régulière, par dialyse péritonéale ou par greffe rénale.

Insuffisance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente *est définie comme :*

Le diagnostic de l'insuffisance irréversible du cœur, des deux (2) poumons, du foie, des deux (2) reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire.

Pour se qualifier, l'Assuré doit être éligible comme receveur, au sein d'un programme gouvernemental de transplantations d'organes ou de moelle osseuse, approuvé au Canada ou aux États-Unis, d'un (1) ou de plusieurs des organes ou de la moelle osseuse, tel que spécifié dans cette clause.

En ce qui concerne la *période de survie*, la date de diagnostic est la date de prise d'effet de l'enregistrement de l'Assuré au programme de transplantation.

Maladie d'Alzheimer *est définie comme :*

Un diagnostic clinique non équivoque, par un spécialiste, de la maladie d'Alzheimer, laquelle est une affection dégénérative progressive du cerveau. L'Assuré doit présenter des signes de détérioration intellectuelle importante affectant la mémoire et le jugement, et entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social, de façon telle qu'une surveillance journalière continue est rendue nécessaire. Tout autre désordre organique du cerveau de type démentiel ainsi que les maladies psychiatriques sont exclus.

Maladie de Parkinson *est définie comme :*

Un diagnostic clinique non équivoque, par un spécialiste, de la maladie de Parkinson primitive idiopathique, laquelle se caractérise par un minimum de deux (2) des manifestations cliniques suivantes : rigidité musculaire, tremblements ou bradycinésie (lenteur anormale des mouvements, ralentissement des réactions physiques et mentales). L'Assuré doit avoir besoin de l'aide physique substantielle d'un autre adulte pour effectuer deux (2) ou plus des six (6) *activités de la vie quotidienne* suivantes : prendre son bain, se vêtir, faire sa toilette, être continent, se mouvoir ou se nourrir, comme spécifié dans les définitions. Tout autre type de parkinsonisme est spécifiquement exclu.

Maladie du motoneurone *est définie comme :*

Un diagnostic non équivoque d'une des maladies suivantes : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, amyotrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire, et ceci se limitent aux maladies énumérées précédemment.

Paralysie *est définie comme :*

La perte complète et permanente de l'usage de deux (2) membres ou plus durant une période ininterrompue de quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'événement déclencheur, sans qu'il y ait eu aucun signe d'amélioration durant cette période. Toute cause psychiatrique est spécifiquement exclue.

Perte d'autonomie *est définie comme :*

Un diagnostic non équivoque, par un spécialiste, pour une période continue de quatre-vingt-dix (90) jours confirmant l'incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux (2) des six (6) *activités de la vie quotidienne* spécifiées dans les définitions, sans possibilité raisonnable de guérison, ou confirmant une **déficiência cognitive** telle que définie ci-après :

La **déficiência cognitive** se définit comme :

La détérioration mentale et la perte de l'aptitude intellectuelle se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables, et résultant d'une cause organique objective, diagnostiquée par un spécialiste. Le degré de déficiência cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance journalière continue.

L'établissement de la déficiência cognitive sera fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées, validant lesdites déficiences. Tout trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique dont on peut faire la preuve objective n'est pas couvert.

Perte de la parole *est définie comme :*

La perte totale et irréversible de l'usage de la parole, résultant d'une *blessure* ou d'une maladie physique et persistant pour une période continue d'au moins cent quatre-vingts (180) jours. Toute cause psychiatrique est spécifiquement exclue.

Perte de membres *est définie comme :*

La séparation irréversible de deux (2) ou plusieurs membres au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville, résultant d'un *accident* ou d'une amputation médicalement nécessaire. Une perte résultant directement de l'usage de drogues ou d'alcool est exclue.

Remplacement des valves du cœur *est défini comme :*

Le remplacement de toute valve du cœur au moyen d'une valve naturelle, animale ou mécanique. La réparation d'une valve est expressément exclue.

Sclérose en plaques *est définie comme :*

Un diagnostic non équivoque, par un neurologue, de sclérose en plaques, caractérisé par des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins six (6) mois ou avec deux (2) épisodes distincts, documentés de faits cliniques. Les plaques disséminées de démyélinisation doivent être confirmées par une résonance magnétique (IRM) ou par technique d'imagerie médicale généralement utilisée pour le diagnostic de la sclérose en plaques.

Surdité est définie comme :

La perte totale et irréversible de l'ou ie des deux (2) oreilles, avec un niveau d'audition de quatre-vingt-dix (90) décibels ou plus, à l'intérieur d'un niveau de parole de cinq cents (500)   trois mille (3 000) cycles par seconde.

Transplantation d'un organe vital est définie comme :

Le diagnostic de l'insuffisance irréversible du cœur, des deux (2) poumons, du foie, des deux (2) reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicale­ment nécessaire.

Pour se qualifier pour la *transplantation d'un organe vital*, l'Assuré doit aller en chirurgie pour recevoir par transplantation un (1) cœur, deux (2) poumons, un (1) foie, deux (2) reins ou de la moelle osseuse, en se limitant à ces organes.

Tumeur cérébrale bénigne est définie comme :

Une tumeur non maligne qui provient du cerveau ou des méninges. La nature histologique de la tumeur doit être confirmée par un examen des tissus au moyen d'une biopsie ou d'une ex rese chirurgicale. Les tumeurs des os crâniens et les microad nomes pituitaires d'un diamètre de moins de dix (10) millimètres sont exclus.

Période moratoire : aucune indemnité n'est payable pour tout cancer ou tumeur cérébrale bénigne lorsque la première des dates suivantes survient dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date d'effet ou de la remise en vigueur de la présente garantie :

- la date de diagnostic de n'importe quel cancer, couvert ou exclu, ou de tumeur cérébrale bénigne; ou
- la date d'apparition de signes ou de symptômes avant-coureurs de n'importe quel cancer, couvert ou exclu, ou de tumeur cérébrale bénigne; ou
- la date des consultations médicales et des tests qui mènent au diagnostic de n'importe quel cancer, couvert ou exclu, ou de tumeur cérébrale bénigne.

Cependant, ces exclusions ne mettent pas fin à la garantie. L'Assuré demeure protégé en vertu des autres maladies couvertes.

Obligation de divulgation : N'importe quel diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) ou de tumeur cérébrale bénigne ou signe ou symptôme ou consultation médicale ou test qui mènent au diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) ou de tumeur cérébrale bénigne se manifestant pendant la période moratoire doit être rapporté par écrit à l'Assureur dans les six (6) mois du diagnostic. Si cette information n'est pas divulguée à l'Assureur, celui-ci a le droit de refuser toute réclamation de maladies graves en vertu de cette garantie.

VIH professionnel est défini comme :

Un diagnostic d'infection par le virus de l'immunodéficiency humaine (VIH), résultant d'une *blessure* accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'*occupation* de l'Assuré, laquelle expose celui-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH.

La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- a) la *blessure* accidentelle doit être rapportée à l'Assureur dans les quatorze (14) jours suivant l' v nement accidentel;
- b) un test du VIH doit être effectué dans les quatorze (14) jours suivant la *blessure* accidentelle et le résultat doit être négatif;
- c) un test du VIH doit être effectué entre quatre-vingt-dix (90) et cent quatre-vingts (180) jours suivant la *blessure* accidentelle et le résultat doit être positif;
- d) tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire approuvé par l'Assureur;
- e) la *blessure* accidentelle doit être rapportée, enquêtée et documentée selon les normes canadiennes du travail.

Aucune prestation ne sera payable si :

- a) l'Assuré a refusé d'utiliser tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH;
- b) un traitement approuvé préventif ou curatif pour l'infection au VIH était devenu disponible avant la *blessure* accidentelle;
- c) l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une *blessure* non accidentelle (incluant, mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogues intraveineuses).

Partie B – Garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité totale de l'assuré

Indemnités

L'Assureur accorde, pendant que cette garantie est en vigueur, l'exonération des primes de la *police* jusqu'à l'anniversaire de police suivant la date où l'assuré atteint soixante-cinq (65) ans, lorsque l'assuré répond aux exigences suivantes :

- l'assuré a été *totale*ment invalide pour une période de six (6) mois consécutifs;
- l'*invalidité totale* de l'assuré est due à un *accident* ou à une *maladie* survenu alors que cette garantie est en vigueur; et
- l'assuré est toujours totalement invalide.

Lorsque l'Assureur conclut que l'assuré est admissible à l'exonération des primes de cette *police*, toutes les primes dues de cette *police*, durant le *dé*lai de *carence*, seront exonérées rétroactivement.

Fin de la garantie

En plus des spécifications inscrites aux dispositions générales de cette *police*, cette garantie d'exonération des primes de l'assuré prend fin à la première des dates suivantes :

- à la date de réception par l'Assureur d'une demande écrite de la part du *titulaire* d'annuler la garantie d'exonération des primes de l'assuré, ou à la date stipulée par le titulaire dans cette demande si elle est postérieure à la date de réception par l'Assureur;
- à l'anniversaire de police suivant la date où l'assuré atteint soixante-cinq (65) ans; ou
- au décès de l'assuré.

Dispositions générales

Les définitions, restrictions ou exclusions de la présente garantie d'exonération des primes de l'assuré s'ajoutent à celles inscrites aux dispositions générales de la *police*.

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

Les exclusions suivantes s'appliquent à la garantie de maladies graves et aux garanties d'exonération des primes ou de décès et mutilation à la suite d'un accident lorsque celles-ci sont présentes au contrat.

Aucune indemnité de maladies graves, d'exonération des primes ou de décès et mutilation 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 stupéfiant 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 ou de stupéfiants;
- 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 d'exonération des primes ou de décès et mutilation 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.

Aucune indemnité d'exonération des primes n'est payable pour :

- la période où l'*assuré* a droit à des congés payés suite à une entente entre l'*assuré* et son employeur;
- une grossesse, un accouchement, une fausse couche et toute condition qui en résulte, sauf en cas de complication pathologique;
- la période où l'*assuré* est incarcéré dans un pénitencier ou un établissement gouvernemental de détention.

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 relativement à la personne pour laquelle la demande de règlement est effectuée.

Fausse déclaration des habitudes de fumeur

Si la prime exigée pour la présente *police* est basée sur des déclarations présentées dans la proposition ou dans la demande de remise en vigueur selon lesquelles la *personne assurée* ne fait pas usage de tabac sous quelque forme que ce soit, y compris les succédanés de nicotine, produits de nicotine, marijuana ou haschisch, et que ces déclarations sont en fait fausses, ces déclarations seront réputées être frauduleuses et la présente *police* sera nulle à compter de la date d'effet.

Toute réclamation payée par l'*Assureur* devra lui être remboursée.

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 toute la garantie a été transformée;
- à la date de terminaison de la garantie, tel qu'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, de maladies graves et de retour de primes est payée au *bénéficiaire* indiqué à la proposition ou selon tout autre document soumis subséquemment à l'Assureur. Toute autre indemnité est payée à l'*assuré* s'il est majeur et au *titulaire* pour tout *assuré* mineur.

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 suivants 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.

SPECIMEN