



Nous avons établi cette **police** en considération du paiement de la prime et des déclarations que **vous** avez faites dans la proposition d'assurance. **Votre** proposition d'assurance fait partie intégrante de **votre police**. Le paiement des indemnités et de la prime est subordonné aux conditions de la **police**.

Assuré(e)

Police numéro

Date d'effet

Titulaire

DROIT D'EXAMEN DE 10 JOURS : **Nous vous** accordons un délai de 10 jours à compter de la date à laquelle **vous** avez reçu cette **police** pour l'examiner. Si **vous** n'en êtes pas satisfait, veuillez la retourner à un bureau de la Compagnie d'assurance vie RBC ou à **votre** agent avant minuit du dixième jour suivant la date à laquelle **vous** l'avez reçue. La **police** sera réputée nulle depuis la **date d'effet** et **nous vous** rembourserons la prime que vous aurez payée.

La présente police comporte une clause qui révoque ou limite le droit de l'assuré de désigner les personnes auxquelles ou au bénéfice desquelles le produit de l'assurance sera versé. Cette restriction ne s'applique qu'aux sommes payables au titre d'un avenant de remboursement des primes, si celui-ci est annexé à la présente police.

VEUILLEZ LIRE VOTRE POLICE AVEC ATTENTION. Elle constitue un contrat au sens de la loi entre **vous** et **nous**.

Rino D'Onofrio
Président et chef de la direction

John Carinci
VP et chef, Exploitation et Expérience client

**CETTE POLICE A ÉTÉ ÉTABLIE PAR LA
COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE RBC**

TABLE DES MATIÈRES**Page**

Droit d'examen de 10 jours	1
Barème des garanties et des primes.....	2
Article 1.0 Définitions.....	6
Article 2.0 Conditions particulières	8
Article 2.1 Maladies assurées	10
Article 2.2 Maladie grave à l'étranger	19
Article 2.3 Option de transformation en assurance soins de longue durée.....	20
Article 3.0 Exclusions et limitations	23
Article 4.0 Conditions générales.....	26
Article 5.0 Dispositions visant les primes.....	28
Article 6.0 Conditions statutaires.....	30
Modifications provinciales	32

Spécimen

Les clauses ajoutées au contrat, le cas échéant, sont annexées à la police.

Article 1.0 : Définitions

Les définitions ci-après décrivent **vos** droits et obligations aux termes de la présente **police**.

Les termes ou expressions en caractères gras sont définis dans la **police**. Veuillez **vous** y reporter lorsque **vous** la lisez.

Les termes **nous**, **notre** et **nos** désignent la Compagnie d'assurance vie RBC.

Les termes **vous**, **votre** et **vos** désignent le ou les titulaires de police nommés au Barème des garanties et des primes.

Acte criminel : toute infraction au Code criminel ou à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, que l'infraction soit commise au Canada ou ailleurs.

Âge à la souscription : l'âge de l'**assuré** à son anniversaire de naissance le plus proche de la **date d'effet**.

Âge atteint : l'âge de l'**assuré** à l'établissement de la **police**, plus le nombre d'années écoulées depuis la **date d'effet**.

Anniversaire contractuel : l'anniversaire annuel de la **date d'effet** de la **police**.

Assuré : la personne, nommée au Barème des garanties et des primes, dont la santé a fait l'objet d'une sélection des risques aux termes de la **police**.

Blessure accidentelle : une lésion ou atteinte corporelle causée uniquement et directement par un événement soudain et imprévu sur lequel l'**assuré** n'avait aucune prise, et ce, pendant que la **police** est en vigueur.

Date d'échéance : la date d'expiration de la **police** indiquée au Barème des garanties et des primes et qui correspond à l'**anniversaire contractuel** coïncidant avec la date à laquelle l'**âge atteint** de l'**assuré** est de soixante-quinze soixante-quinze (75) ans.

Date d'effet : la date, indiquée au Barème des garanties et des primes, à laquelle entre en vigueur l'assurance, sous réserve de l'article 4.0 Conditions générales.

Diagnostic ou **diagnostiqué(e)** : l'opinion formelle d'un **spécialiste**, établissant que l'**assuré** est atteint d'une **maladie grave** au sens de la **police**. Cette opinion doit être étayée par le dossier médical de l'**assuré**, notamment les examens cliniques, radiologiques, histologiques et de laboratoire et doit faire état de la date à laquelle la **maladie grave** au sens de la police a été établie pour la première fois de façon formelle par un **spécialiste**.

Indemnité de maladie grave : la somme assurée indiquée au Barème des garanties et des primes. Elle n'est payable qu'une seule fois à l'apparition d'une **maladie grave**, sous réserve des dispositions de la **police**.

Intervention chirurgicale : chirurgie pratiquée par un **médecin** au Canada, aux États-Unis d'Amérique ou dans un autre pays sous réserve de **notre** approbation.

Irréversible : désigne le fait qu'au moment où le **diagnostic** est posé, un traitement médical ou chirurgical n'apporterait pas une nette amélioration à l'état pathologique / aux limitations. Le traitement médical ou chirurgical ne doit pas être entrepris s'il est de nature expérimentale ou s'il fait courir à l'**assuré** un risque injustifié.

Maintenu artificiellement en vie : désigne le fait que l'**assuré** est maintenu en vie sous les soins réguliers d'un médecin autorisé par des moyens de support nutritionnel, respiratoire ou cardiovasculaire après cessation irréversible de toutes les fonctions du cerveau.

Maladie grave : une maladie, un trouble de santé ou un acte médical au sens de l'article 2.1 Maladies assurées de la **police**. Aucune indemnité n'est payable à l'égard d'une maladie, d'un état pathologique ou d'un acte médical qui ne sont pas définis à l'article 2.1 Maladies assurées de la **police**.

Période de survie : désigne, lorsqu'une **maladie grave** au sens de l'article 2.1 Maladies assurées exige qu'un **diagnostic** soit posé, le nombre minimum de jours consécutifs suivant immédiatement la date du **diagnostic** initial au terme desquels l'**assuré** doit être en vie pour que l'**indemnité de maladie grave** ou l'indemnité d'assistance immédiate soit payable. Lorsqu'une **maladie grave**, au sens de l'article 2.1 Maladies assurées exige un acte médical ou une **intervention chirurgicale**, **période de survie** désigne le nombre minimum de jours consécutifs suivant immédiatement la date de l'acte médical ou de l'**intervention chirurgicale** en question au terme desquels l'**assuré** doit être en vie pour que l'**indemnité de maladie grave** soit payable. Sauf indication contraire dans la définition d'une **maladie grave** donnée, la **période de survie** est de trente (30) jours. L'**indemnité de maladie grave** n'est ni payable ni acquise pendant la **période de survie**. La **période de survie** ne comprend pas le nombre de jours où l'**assuré** est **maintenu artificiellement en vie**.

Police : le contrat d'assurance par écrit, conclu entre **vous** et **nous**, faisant état de la protection dont bénéficie l'**assuré**. Sauf dispositions contraires, font également partie de la **police**, les modifications, garanties complémentaires et avenants établis et expressément annexés par **nous** aux présentes.

Prestataire : la ou les personnes appelées à recevoir l'**indemnité de maladie grave**. Le **prestataire** est l'**assuré** sauf si, avant que la **période de survie** ne s'écoule, **vous nous** fournissez une lettre par écrit dûment signée désignant un **prestataire** autre que l'**assuré**. Si le **prestataire** est considéré comme mineur dans son lieu de résidence, **nous vous** versons l'**indemnité de maladie grave**.

Se manifeste(nt) : première apparition ou observation par qui que ce soit d'un signe ou symptôme d'une **maladie grave**, que cette apparition ou observation se traduise ou non par une prise de conscience de l'existence d'une maladie ou d'un problème de santé ou qu'elle donne lieu ou non à ce moment-là à une consultation, une investigation, un **diagnostic** ou un traitement médical.

Spécialiste : médecin autorisé possédant une formation dans le domaine de la médecine ayant précisément traité la maladie grave assurée pour laquelle l'**indemnité de maladie grave** ou d'assistance immédiate est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par une commission d'examen de spécialité au Canada, aux États-Unis d'Amérique ou dans un autre pays sous réserve de **notre** approbation. Le **spécialiste** ne peut être ni **vous**, ni l'**assuré**, ni un membre de la famille ou un associé de ces **derniers**. En cas d'absence ou de non-disponibilité d'un **spécialiste**, et si **nous** l'approuvons, le **diagnostic** peut être posé par un médecin autorisé à exercer au Canada, aux États-Unis d'Amérique ou dans un autre pays, sous réserve de **notre** approbation.

Article 2.0 : Conditions particulières

Indemnité de maladie grave

Sous réserve des dispositions de la **police**, nous versons au **prestataire** l'**indemnité de maladie grave** si, après la **date d'effet** et pour autant que la **police** soit en vigueur :

1. l'**assuré** fait l'objet d'un **diagnostic de maladie grave** (lorsque la **maladie grave** définie exige qu'un **diagnostic** soit posé) ou subit une **intervention chirurgicale** en raison d'une **maladie grave** (lorsque la **maladie grave** définie exige une intervention chirurgicale) au sens de l'article 2.1 Maladies assurées, à l'exclusion du **cancer de la prostate au stade précoce**, du **cancer du sein au stade précoce**, du **cancer de la peau au stade précoce**, du **cancer du sang au stade précoce**, du **cancer de l'intestin au stade précoce**, du **cancer de la thyroïde au stade précoce** et d'une **angioplastie coronarienne** ; et
2. l'**assuré** est en vie au terme de la **période de survie** applicable à la **maladie grave** en question.

Si nous versons l'**indemnité de maladie grave**, nous remboursons également les primes acquittées durant la **période de survie**.

L'**indemnité de maladie grave** n'est versée qu'une seule fois, sans intérêt, peu importe le nombre de **maladies graves** dont l'**assuré** peut être atteint. L'**indemnité de maladie grave** est versée en règlement complet et définitif de toute demande de règlement en vertu de la **police** qui est alors résiliée avec tous ses avenants.

Indemnité d'assistance immédiate

Sous réserve des dispositions de la **police**, nous versons au **prestataire** dix pour cent (10 %) de l'**indemnité de maladie grave** (y compris toute majoration demandée au titre de l'avenant Augmentation systématique des prestations, si cet avenant a été souscrit et qu'il figure au Barème des garanties et des primes) jusqu'à concurrence de cinquante mille dollars (50 000 \$), peu importe le nombre de **polices** que détient l'**assuré** auprès de nous, si, alors que la **police** est en vigueur :

1. un **diagnostic de cancer de la prostate au stade précoce**, de **cancer du sein au stade précoce**, de **cancer de la peau au stade précoce**, de **cancer du sang au stade précoce**, de **cancer de l'intestin au stade précoce**, de **cancer de la thyroïde au stade précoce** est posé chez l'**assuré** ou l'**assuré** subit une **angioplastie coronarienne** et ce, au sens de l'article 2.1 Maladies assurées ; et
2. l'**assuré** est en vie au terme de la **période de survie**.

L'**indemnité d'assistance immédiate** n'est versée qu'une seule fois, sans intérêt, peu importe le nombre de **maladies graves** dont l'**assuré** peut être atteint. L'**indemnité d'assistance immédiate** ainsi versée ne vient pas en réduction de l'**indemnité de maladie grave** indiquée au Barème des garanties et des primes. L'**indemnité d'assistance immédiate** est versée en règlement complet et définitif de toute demande de règlement en vertu de la présente clause.

Conditions de règlement

Avant de payer l'**indemnité de maladie grave** ou l'indemnité d'assistance immédiate, **nous** exigeons ce qui suit :

- le **diagnostic** (lorsque la **maladie grave** définie exige qu'un **diagnostic** soit posé) à l'égard de l'**assuré**, attesté par un **spécialiste** ;
- une attestation d'un **spécialiste** indiquant que l'**assuré** a subi une **intervention chirurgicale** (lorsque la **maladie grave** définie exige un acte médical ou une **intervention chirurgicale**) en raison d'une **maladie grave** ;
- une preuve que l'**assuré** est en vie au terme de la période de **survie** ;
- une preuve de la date de naissance de l'**assuré** ; et
- toute autre information raisonnable que **nous** pourrions demander pour évaluer la demande de règlement.

Ni l'**indemnité de maladie grave** ni l'indemnité d'assistance immédiate ne sont payables si **nous** déterminons que le **diagnostic** est inexact.

Spécimen

Article 2.1 : Maladies assurées

L'expression **maladie grave** comprend uniquement les maladies, actes médicaux, états pathologiques ou **interventions chirurgicales** définis ci-après :

Accident vasculaire cérébral

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 :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques ; et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique persistant pendant plus de trente (30) jours après la date d'établissement du **diagnostic**. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

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

Exclusion : aucune **indemnité de maladie grave** ne sera payable au titre de la définition de l'**accident vasculaire cérébral** dans les cas suivants :

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

Anémie aplastique

Anémie aplastique : 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 :

- stimulation de la moelle osseuse ;
- immunosuppresseurs ;
- greffe de moelle osseuse.

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

Angioplastie coronarienne

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'acte médical doit être jugé médicalement nécessaire par un **spécialiste**.

Brûlures graves

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)

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 **indemnité de maladie grave** ne sera payable au titre de la définition de « **cancer (mettant la vie en danger)** » dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta ;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases ;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases ;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases ;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases ;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai ;
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.

L'indemnité au titre de cette maladie est assujettie à la disposition relative à la période moratoire d'exclusion pour cancer à l'article 3.0 Exclusions et limitations de cette **police**.

Cancer du sein au stade précoce

Cancer du sein au stade précoce : carcinome canalaire in situ du sein confirmé par une biopsie et **diagnostiqué** par un **spécialiste**.

Cancer de la prostate au stade précoce

Cancer de la prostate au stade précoce : cancer de la prostate au stade T1A ou T1B, sans nœuds lymphoïdes ni métastases, confirmé par une biopsie et **diagnostiqué** par un **spécialiste**.

Cancer de la peau au stade précoce

Cancer de la peau au stade précoce : mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases, confirmé par une biopsie et **diagnostiqué** par un **spécialiste**.

Cancer du sang au stade précoce

Cancer du sang au stade précoce : leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1, selon la classification de Rai, confirmée par des analyses de sang appropriées et **diagnostiquée** par un **spécialiste**.

Cancer de l'intestin au stade précoce

Cancer de l'intestin au stade précoce : tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC, confirmées par une biopsie et **diagnostiquées** par un **spécialiste**.

Cancer de la thyroïde au stade précoce

Cancer de la thyroïde au stade précoce : 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, confirmé par une biopsie et **diagnostiqué** par un **spécialiste**.

Cécité

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

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux, ou
- 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

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 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 **indemnité de maladie grave** ne sera payable au titre de la définition de « chirurgie de l'aorte » en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Coma

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 **indemnité de maladie grave** ne sera payable au titre de la définition du terme « **coma** » dans les cas suivants :

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

Crise cardiaque

- **Crise cardiaque** : **diagnostic** formel de la mort du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au

point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque ;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque ;
- 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 **indemnité de maladie grave** n'est payable au titre de la définition de « **crise cardiaque** » dans les cas suivants :

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

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe

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 d'une **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 maladie d'Alzheimer

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

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

L'**assuré** doit présenter :

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

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

Exclusion : aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable au titre de cette définition pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

Greffe d'un organe vital

Greffe 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 de « **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

Infection à VIH contractée au travail : diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une **blessure accidentelle** qui a exposé l'**assuré** à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il exerçait sa profession habituelle. La **blessure accidentelle** causant l'infection doit avoir lieu après la **date d'effet** de la **police** ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la police si cette date est ultérieure.

L'indemnité n'est payable que si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- la **blessure accidentelle** doit **nous** être signalée dans un délai de quatorze (14) jours ;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les quatorze (14) jours suivant la **blessure accidentelle**, et son résultat doit être négatif ;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les quatre-vingt-dix (90) à cent quatre-vingts (180) jours suivant la **blessure accidentelle**, et son résultat doit être positif ;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis ;
- la **blessure accidentelle** doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices sur le milieu de travail en vigueur au Canada et aux États-Unis d'Amérique.

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

Exclusion : aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable au titre de la définition d'une **infection à VIH contractée au travail** si :

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

Insuffisance rénale

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.

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.

Syndromes parkinsoniens atypiques : diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

Le diagnostic de **maladie de Parkinson** ou de **syndromes parkinsoniens atypiques** doit être posé par un neurologue.

Exclusion : aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable aux termes de la définition de **maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques** pour tout autre type de parkinsonisme.

L'indemnité au titre de cette définition est assujettie à la disposition relative à la période moratoire d'exclusion pour maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens à l'article 3.0 Exclusions et limitations de cette **police**.

Maladie du motoneurone

Maladie du motoneurone : diagnostic formel de l'un des troubles suivants :

- sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig) ;
- sclérose latérale primitive ;
- atrophie musculaire progressive ;
- paralysie bulbaire progressive ; ou
- paralysie pseudo-bulbaire,

tout autre trouble étant exclu.

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

Méningite purulente

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 **indemnité de maladie grave** n'est payable au titre de cette définition dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie

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

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

Perte d'autonomie

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

Le **diagnostic** de **perte d'autonomie** doit être posé par un **spécialiste**.

Activités de la vie quotidienne :

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

Perte de l'usage de la parole

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 accidentelle** ou d'une maladie pendant une période d'au moins cent quatre-vingts (180) jours.

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

Exclusion : aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable au titre de la définition de « **perte de l'usage de la parole** » pour toute cause psychiatrique.

Perte de membres

Perte de membres : diagnostic formel de la séparation complète de deux (2) membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'une **blessure accidentelle** ou d'une amputation médicalement nécessaire.

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

Pontage aortocoronarien

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 **indemnité de maladie grave** ne sera payable au titre de la définition de « chirurgie de l'aorte » en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

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 **indemnité de maladie grave** ne sera payable au titre de la définition de « chirurgie de l'aorte » en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques

Sclérose en plaques : **diagnostic** formel d'au moins une (1) des manifestations suivantes :

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

Surdité : **diagnostic** définitif de la perte totale et **irréversible** de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre 500 à 3 000 hertz.

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

Tumeur cérébrale bénigne

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**.

Exclusion : aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable au titre de la définition de « **tumeur cérébrale bénigne** » pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

L'indemnité au titre de cette maladie est assujettie à la disposition relative à la période moratoire d'exclusion pour tumeur cérébrale bénigne à l'article 3.0 Exclusions et limitations de cette **police**.

Spécimen

Article 2.2 : Maladie grave à l'étranger

Si l'**assuré** fait l'objet d'un **diagnostic** de **maladie grave** à l'étranger, ou subit une **intervention chirurgicale** pour **maladie grave** à l'étranger, l'**indemnité de maladie grave** sera payable si l'**assuré** satisfait aux conditions suivantes en plus de satisfaire à toutes les autres conditions stipulées dans cette **police** :

- le dossier médical de l'**assuré** est mis à **notre** disposition ; et
- compte tenu de ce dossier médical, **nous** jugeons à notre satisfaction :
 - que le même **diagnostic** aurait été posé au Canada si la **maladie grave** s'était déclarée ou si la **blessure accidentelle** était survenue au Canada ;
 - qu'un traitement immédiat aurait été nécessaire selon les normes de la médecine au Canada ;
 - que le même traitement, dont l'intervention chirurgicale en question, aurait été recommandé au Canada ; et
- l'**assuré** doit subir une expertise médicale par un médecin nommé par **nous**, si **nous** le jugeons nécessaire. Dans le cas d'une **chirurgie** élective, l'expertise doit avoir lieu avant l'**intervention chirurgicale**.

Spécimen

Article 2.3 : Option de transformation en assurance soins de longue durée

Cette **police** peut être transformée, sans preuve que l'**assuré** est assurable, en une **police** d'assurance soins longue durée alors offerte par **nous** aux fins d'une transformation, aux conditions suivantes :

- **nous** recevons **vosre** demande de transformation par écrit au plus tôt à l'**anniversaire contractuel** auquel l'**âge atteint** de l'**assuré** est de cinquante-cinq (55) ans et au plus tard à l'**anniversaire contractuel** auquel l'**âge atteint** de l'**assuré** est de soixante-cinq (65) ans ;
- cette **police** est en vigueur depuis au moins deux (2) ans au moment où **vous** faites la demande de transformation ;
- cette **police** est en vigueur au moment où **vous** faites la demande de transformation ;
- vous ne bénéficiez pas d'une exonération des primes de cette **police** conformément à une garantie d'exonération des primes indiquée au Barème des garanties et des primes ou dans une modification apportée à la **police** ;
- la **période de survie** exigée à l'égard de l'**assuré** atteint d'une **maladie grave** n'a pas débuté au moment où vous présentez votre demande de transformation ;
- aucune demande d'**indemnité de maladie grave** n'est à l'étude ou payable ;
- l'**assuré** n'est pas dans l'incapacité d'accomplir au moins deux (2) activités de la vie quotidienne et n'est pas atteint d'une déficience cognitive au moment où **vous** faites la demande de transformation ; et
- l'**assuré** ne présente pas une déficience cognitive au moment où **vous** faites la demande de transformation.

Activités de la vie quotidienne :

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

La déficience cognitive est définie comme une détérioration des fonctions mentales et la perte des capacités intellectuelles, constatées par la détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté à raisonner, lesquelles sont mesurables et attribuables à une cause organique objective **diagnostiquée** par un **spécialiste**. La nature de la déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance pendant au moins huit (8) heures par jour.

L'établissement d'une déficience cognitive doit être fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées et valides de la déficience en question.

La déficience cognitive liée à une cause psychiatrique est explicitement exclue.

Transformation partielle

Vous pouvez transformer la totalité de l'**indemnité de maladie grave** ou une partie seulement si **nous** y consentons. Toute partie de la garantie d'**indemnité de maladie grave** qui ne fait pas l'objet de la transformation peut être maintenue en vigueur seulement si le montant correspondant de la prime et le montant de l'indemnité sont conformes à **nos** règles administratives pour ce type de contrat. Les taux de primes applicables à la partie restante de l'**indemnité de maladie grave** peuvent également changer, à **notre** gré, compte tenu de **nos** règles administratives pour ce type de contrat. D'autre part, cette **police** et toute partie de l'**indemnité de maladie grave** ne faisant pas l'objet de la transformation seront alors nulles et sans effet à compter de la **date d'effet** de la transformation.

En cas de transformation partielle, l'indemnité de soins de longue durée maximale offerte correspondra au montant de l'**indemnité de maladie grave** faisant l'objet de la transformation. Vous pouvez continuer à vous prévaloir de transformations partielles jusqu'à ce que le montant maximal de l'indemnité de soins de longue durée, en fonction du montant d'origine de l'**indemnité de maladie grave** avant toute transformation, ait été exercé.

Indemnité de soins de longue durée offerte

L'indemnité de soins de longue durée offerte dépend de **nos** limites de souscription et de participation et de l'**indemnité de maladie grave** en vigueur au moment de la transformation selon le tableau ci-après. Quel que soit le nombre de **polices** que détient l'**assuré** auprès de **nous**, l'indemnité maximale totale de soins de longue durée offerte par le biais de la transformation de tout type de police d'assurance couvrant l'**assuré** ne dépassera pas deux cents dollars (200 \$) par jour, ou le montant équivalent par mois.

Montant d'assurance maladies graves en vigueur au moment de la transformation	Indemnité maximale de soins de longue durée offerte
Entre 25 000 \$ et 99 000 \$	110 \$ par jour (ou le montant équivalent par mois)
Entre 100 000 \$ et 249 000 \$	150 \$ par jour (ou le montant équivalent par mois)
Entre 250 000 \$ et 2 000 000 \$	200 \$ par jour (ou le montant équivalent par mois)

Police transformée

À la suite de la transformation en une **police** d'assurance soins de longue durée :

- Toute preuve de bonne santé et d'assurabilité présentée pour souscrire la **police** d'assurance **maladies graves** ou pour la remettre en vigueur sera prise en compte et fera partie intégrante de la nouvelle **police** d'assurance soins de longue durée.
- la **date d'effet** de la nouvelle **police** d'assurance soins de longue durée sera l'**anniversaire contractuel** mensuel suivant la date à laquelle **nous** aurons reçu **vos**re demande de transformation à **nos** bureaux ; et
- la prime de la nouvelle **police** d'assurance soins de longue durée sera calculée d'après **nos** taux en vigueur au moment de la transformation et selon l'**âge atteint** de l'**assuré** à la date à laquelle **nous** recevons à **nos** bureaux **vos**re demande de transformation.

Spécimen

Article 3.0 : Exclusions et limitations

Exclusions générales

Les exclusions ci-après s'ajoutent aux exclusions particulières énoncées dans les définitions des **maladies graves** de l'article 2.1 Maladies assurées.

Aucune indemnité prévue par la **police** (et les avenants) n'est versée et aucune prime n'est remboursée en raison d'une **maladie grave**, d'un décès ou d'un sinistre attribuable directement ou indirectement aux causes suivantes :

- a) suicide ou tentative de suicide ou blessure que l'**assuré** s'inflige intentionnellement, qu'il soit ou non en possession de ses facultés mentales ;
- b) usage ou prise de drogues par l'**assuré**, de substances intoxicantes, de stupéfiants ou de substances toxiques, sauf s'ils sont prescrits par un médecin ou selon les instructions du fabricant dans le cas d'un médicament en vente libre ;
- c) tentative de perpétration ou perpétration d'un **acte criminel**, que l'**assuré** en ait été inculpé ou non ;
- d) participation de l'**assuré** à une guerre, déclarée ou non, acte d'hostilité des forces armées d'un pays quelconque, insurrection ou émeute ;
- e) usage ou conduite par l'**assuré** d'un moyen de transport, terrestre, maritime, fluvial ou aérien mû par un autre moyen que la force musculaire, lorsque son taux d'alcoolémie dépasse quatre-vingts (80) milligrammes d'alcool par cent (100) millilitres de sang ou lorsqu'il est sous l'influence d'une drogue, d'une substance intoxicante, d'un stupéfiant ou d'une substance toxique, sauf s'ils sont prescrits par un médecin ou selon les instructions du fabricant dans le cas d'un médicament en vente libre.

Aucune indemnité en vertu de la **police** (et de ses avenants) n'est versée et aucune prime n'est remboursée en raison d'une **maladie grave**, d'un décès ou d'un sinistre attribuable directement ou indirectement à un état de santé spécifiquement exclu dans un avenant ou une modification à la **police**.

L'**indemnité de maladie grave** n'est payable que si l'**assuré** est en vie à l'expiration de la **période de survie**.

Période moratoire d'exclusion pour tumeur cérébrale bénigne

Aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable si dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- la **date d'effet** de la **police**, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de la **police**,

l'assuré :

- présente des signes, des symptômes ou fait l'objet d'investigations menant à un **diagnostic de tumeur cérébrale bénigne** (couverte ou exclue aux termes de la **police**), quelle que soit la date du **diagnostic** ; ou
- a fait l'objet d'un **diagnostic de tumeur cérébrale bénigne** (couverte ou exclue aux termes de la **police**).

Par la suite, la **tumeur cérébrale bénigne** ne sera pas considérée comme une **maladie grave** au sens de l'article 2.1 Maladies assurées et aucune indemnité ne sera payable aux termes de cette **police**, ni aucune prime ne sera remboursée aux termes de la **police**, si **l'assuré** est atteint d'une **maladie grave** ou meurt des suites directes ou indirectes d'une forme quelconque de **tumeur cérébrale bénigne**.

Les renseignements médicaux tels qu'ils sont décrits ci-dessus doivent **nous** être communiqués dans les six (6) mois suivant la date du **diagnostic**. Si ces renseignements ne **nous** sont pas communiqués, **nous** avons le droit de refuser toute demande de règlement pour **tumeur cérébrale bénigne** ou toute **maladie grave** causée par une **tumeur cérébrale bénigne** ou par son traitement.

Période moratoire d'exclusion pour cancer

Aucune **indemnité de maladie grave** ni indemnité d'assistance immédiate n'est payable si dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- la **date d'effet** de la **police**, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de la **police**,

l'assuré :

- présente des signes, des symptômes ou fait l'objet d'investigations menant à un **diagnostic de cancer**, de **cancer de la prostate au stade précoce**, de **cancer du sein au stade précoce**, de **cancer du sang au stade précoce**, de **cancer de l'intestin au stade précoce**, de **cancer de la thyroïde au stade précoce** ou de **cancer de la peau au stade précoce** (couverts ou exclus aux termes de cette **police**), quelle que soit la date du **diagnostic** ; ou
- a fait l'objet d'un **diagnostic de cancer**, de **cancer de la prostate au stade précoce**, de **cancer du sein au stade précoce**, de **cancer du sang au stade précoce**, de **cancer de l'intestin au stade précoce**, de **cancer de la thyroïde au stade précoce** ou de **cancer de la peau au stade précoce** (couverts ou exclus aux termes de cette **police**).

Par la suite, le **cancer**, le **cancer de la prostate au stade précoce**, le **cancer du sein au stade précoce**, le **cancer du sang au stade précoce**, le **cancer de l'intestin au stade précoce**, le **cancer de la thyroïde au stade précoce** et le **cancer de la peau au stade précoce** ne seront pas considérés comme des **maladies graves** aux termes de l'article 2.1 Maladies assurées. Aucune indemnité n'est versée aux termes de cette **police**, ni aucune prime n'est remboursée aux termes de cette **police**, si l'**assuré** est atteint d'une **maladie grave** ou meurt des suites directes ou indirectes d'une forme quelconque de **cancer**, y compris le **cancer**, le **cancer de la prostate au stade précoce**, le **cancer du sein au stade précoce**, le **cancer du sang au stade précoce**, le **cancer de l'intestin au stade précoce**, le **cancer de la thyroïde au stade précoce** ou le **cancer de la peau au stade précoce** (couverts ou exclus aux termes de cette **police**).

Les renseignements médicaux tels qu'ils sont décrits ci-dessus doivent **nous** être communiqués dans les six (6) mois suivant la date du **diagnostic**. Si cette information ne nous est pas communiquée, **nous** avons le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou pour toute **maladie grave** causée par un **cancer** ou par son traitement.

Période moratoire d'exclusion pour la maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques

Aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable si dans la première année suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- la **date d'effet** de la **police**, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de la **police**,

l'**assuré** :

- présente des signes, des symptômes ou fait l'objet d'investigations menant à un **diagnostic** de **maladie de Parkinson**, d'un **syndrome parkinsonien atypique** ou de tout autre type de parkinsonisme, quelle que soit la date du **diagnostic** ; ou
- fait l'objet d'un **diagnostic** de **maladie de Parkinson**, d'un **syndrome parkinsonien atypique** ou de tout autre type de parkinsonisme.

Par la suite, la **maladie de Parkinson** et le **syndrome parkinsonien atypique** ne seront pas considérés comme des **maladies graves** au sens de l'article 2.1 Maladies assurées et aucune indemnité ne sera payable, ni aucune prime ne sera remboursée aux termes de la **police**, si l'**assuré** est atteint d'une **maladie grave** ou meurt des suites directes ou indirectes d'une forme quelconque de **maladie de Parkinson** ou de **syndrome parkinsonien atypique**.

Les renseignements médicaux tels qu'ils sont décrits ci-dessus doivent nous être communiqués dans les six (6) mois suivant la date du **diagnostic**. Si cette information ne **nous** est pas communiquée, **nous** avons le droit de refuser toute demande de règlement pour la **maladie de Parkinson** ou les **syndromes parkinsoniens atypiques** ou toute **maladie grave** causée par la **maladie de Parkinson**, ou un **syndrome parkinsonien atypique**, ou son traitement.

Article 4.0 : Conditions générales

Prise d'effet de l'assurance

La **date d'effet** de la **police** est indiquée au Barème des garanties et des primes. L'assurance aux termes de la **police** entre en vigueur à la **date d'effet** seulement si et lorsque :

- nous **vous** remettons la **police** ; et
- toutes les conditions exigées pour **vous** remettre la police sont remplies ; et
- aucun changement en ce qui concerne l'assurabilité de l'**assuré** ne s'est produit entre la date de la proposition d'assurance et la date de la remise de la **police** ainsi que la date à laquelle toutes les conditions exigées pour **vous** remettre la **police** ont été remplies.

Incontestabilité

Nous avons le droit de contester la validité de la **police** ou le paiement de l'**indemnité de maladie grave** ou de toute autre garantie prévue par la **police** si **vous** ou l'**assuré** au titre de la **police** avez fait une déclaration inexacte ou avez passé sous silence un fait essentiel dans la proposition d'assurance ou lors d'un examen médical ou dans les déclarations ou réponses écrites ou électroniques fournies comme preuve d'assurabilité.

Par fait essentiel, il faut entendre un fait qui aurait pu **nous** faire changer la décision d'établir la **police** ou les conditions en vertu desquelles **nous** l'aurions établie. Ces conditions peuvent comprendre notamment le paiement d'une prime additionnelle, la réduction du montant d'assurance demandé ou une exclusion de couverture pour une **maladie grave** ou un décès causé par un risque ou un problème de santé précis.

Sauf en cas de fraude, **nous** ne pouvons pas contester la validité de la **police** en raison d'une déclaration inexacte ou réticence après qu'elle aura été en vigueur, du vivant de l'**assuré**, pendant deux (2) ans à compter de la **date d'effet** ou la date de sa dernière remise en vigueur. Toutefois, si une **maladie grave** est **diagnostiquée** chez l'**assuré** avant que la **police** n'ait été en vigueur pendant deux (2) ans du vivant de l'**assuré** depuis la **date d'effet** ou la date de la dernière remise en vigueur, **nous** sommes habilités à contester la **police**, que la déclaration inexacte ou la réticence soit frauduleuse ou non.

En cas d'indication de fraude, **nous** pouvons déclarer la **police** nulle et sans effet à tout moment. Le terme fraude s'entend entre autres de la présentation fallacieuse des mœurs tabagiques de l'**assuré**. Si la **police** est déclarée nulle pour cause de fraude, **nous** ne remboursons pas les primes payées.

Conformité avec les lois provinciales

Si une disposition de la **police** est, à sa **date d'effet**, contraire aux lois de la province où l'**assuré** réside au moment de la signature de la proposition, elle est modifiée d'office pour qu'elle soit conforme aux exigences minimales des lois en question.

Déclaration inexacte de l'âge ou du sexe

Si la date de naissance ou le sexe de l'**assuré** figurant dans la proposition d'assurance ayant servi de base à la **police** sont erronés, toutes les indemnités payables en vertu de la **police** seront limitées au montant d'assurance que la même prime aurait procuré selon l'âge ou le sexe réel de l'**assuré**. Si une date indiquée dans le Barème des garanties et des primes a été établie en fonction d'une date de naissance erronée, **nous** changerons cette date en conséquence.

Titulaire

Le titulaire de la **police** peut se prévaloir de tous les droits et privilèges conférés par la **police**. Il peut nommer un nouveau titulaire ou un titulaire en sous-ordre à toute époque au moyen d'une demande par écrit à cet effet. Cette demande n'entre en vigueur que lorsqu'elle est enregistrée à **nos** bureaux. Le changement de titulaire est assujéti à tout paiement ou toute démarche de **notre** part avant l'enregistrement de la demande.

Police sans participation

La **police** n'ouvre pas droit aux bénéfices que **nous** répartissons.

Cession

Nous ne sommes liés par une cession de la **police** ou d'un intérêt dans celle-ci que si elle est enregistrée à **nos** bureaux. **Nous** ne sommes pas responsables des conséquences légales ou de la validité d'une cession.

Résiliation de la garantie

La **police** est résiliée :

- a) lorsqu'une prime demeure impayée à l'expiration du délai de grâce ;
- b) lorsque **nous** recevons par écrit à **nos** bureaux **vos** avis par écrit de résiliation de la **police** ;
- c) lorsqu'elle est transformée en une **police** d'assurance soins de longue durée, sous réserve des dispositions de l'option de transformation en assurance soins de longue durée ;
- d) au décès de l'**assuré** ;
- e) lorsque l'**indemnité de maladie grave** prévue par la **police** est versée ; ou
- f) à l'**anniversaire contractuel** auquel l'**âge atteint** de l'**assuré** est de soixante-quinze (75) ans ou, si l'**assuré** est en vie au terme de la **période de survie**, au lendemain de la période de survie.

Article 5.0 : Dispositions visant les primes

Primes

La prime indiquée au Barème des garanties et des primes ou dans les avenants, garanties complémentaires ou modifications annexés ultérieurement à la **police** est payable lorsque **nous vous** remettons la **police**. Les primes suivantes sont payables conformément au Barème des garanties et des primes. Si un chèque ou un autre moyen de paiement n'est pas honoré, la prime demeure impayée.

Les primes cessent d'être payables lorsque la **police** est résiliée.

Mode de paiement des primes

Les primes **nous** sont payables comme suit, sauf si **nous vous** autorisons par écrit de les acquitter autrement :

- mensuellement, annuellement ou semestriellement par prélèvement automatique sur le compte bancaire ; ou
- annuellement ou semestriellement par chèque.

Monnaie

Tout paiement aux termes de la **police** doit être effectué en dollars canadiens.

Délai de grâce

Nous vous accordons un délai de grâce de trente et un (31) jours pour acquitter chaque prime de renouvellement. Pendant ce temps, la **police** demeure en vigueur, sauf si **nous** recevons à **nos** bureaux un avis de résiliation par écrit. Si, à l'expiration du délai de grâce, la prime n'a pas encore été acquittée, la **police** tombe en déchéance.

Remise en vigueur

Si la **police** tombe en déchéance en raison du non-paiement d'une prime avant l'expiration du délai de grâce et que **vous** l'acquitez par la suite intégralement dans un délai de soixante (60) jours à compter de sa date d'échéance, **nous** remettons la **police** en vigueur sans que vous ayez besoin de fournir une justification d'assurabilité. Toutefois, la disposition précitée ne s'applique pas si la **police** est résiliée par suite d'un avis de résiliation de **votre** part.

Si le montant de la prime impayée est reçu plus de soixante (60) jours après sa date d'échéance, la **police** est remise en vigueur si :

1. **nous** recevons une preuve établissant que l'**assuré** est assurable conformément à **nos** normes de sélection des risques ; et
2. **nous** recevons le paiement de toutes les primes en souffrance ; et
3. **nous** approuvons la demande de remise en vigueur.

Si ces conditions sont remplies, la **police** est remise en vigueur et **nous vous** faisons parvenir un avis à cet effet indiquant la date de remise en vigueur et, s'il y a lieu, les conditions, restrictions et autres dispositions de la remise en vigueur.

Toute garantie complémentaire annexée à la **police** est également remise en vigueur, sous réserve des dispositions de la garantie en question et de l'avis de remise en vigueur.

Si **nous** ne recevons pas une demande de remise en vigueur dûment remplie ou si **nous** n'approuvons pas **votre** demande de remise en vigueur, **notre** engagement en ce qui concerne la prime payée en retard se limite au remboursement de cette prime. Si la **police**, y compris ses garanties complémentaires, est remise en vigueur, elle ne couvrira une **maladie grave** donnée que si les signes, symptômes ou troubles de cette maladie **se manifestent** pour la première fois plus de dix (10) jours après la date de remise en vigueur, sauf dans le cas d'un **cancer**, d'un **cancer de la prostate au stade précoce**, d'un **cancer du sein au stade précoce**, d'un **cancer du sang au stade précoce**, d'un **cancer de l'intestin au stade précoce**, d'un **cancer de la thyroïde au stade précoce** ou d'un **cancer de la peau au stade précoce**. Ces **maladies graves** ne seront assurées que si les signes, symptômes ou troubles de ces maladies **se manifestent** pour la première fois plus de quatre-vingt-dix (90) jours après la date de remise en vigueur. À tout autre égard, les droits conférés par la police resteront les mêmes, sous réserve de toute autre disposition jointe à la **police** remise en vigueur.

La **police** n'est pas remise en vigueur plus de cent quatre-vingts (180) jours après la date à laquelle la prime est exigible.

Article 6.0 : Conditions statutaires

Documents constitutifs du contrat

Font partie intégrante et constitutive du contrat, la proposition d'assurance, la **police**, tout document attaché à la **police** à sa **date d'effet** ainsi que toutes les modifications que **nous** avons convenu d'y apporter par écrit. **Nous** ne sommes pas liés par une déclaration qui ne fait pas partie du contrat. Seuls **nos** dirigeants dûment autorisés peuvent apporter des modifications à la **police**, et ce, par écrit seulement. Aucun représentant n'est autorisé à apporter des changements à la **police** ou à déroger à l'une de ses dispositions.

Renonciation

Nous sommes présumés ne pas avoir renoncé à une condition ou partie d'une condition du contrat à moins que cette renonciation n'ait été expressément établie par écrit et signée par **nous**.

Copie de la proposition

Nous fournissons une copie de la proposition à l'**assuré** ou à tout ayant droit aux termes du contrat s'il en fait la demande.

Faits essentiels

Aucune déclaration faite par l'**assuré** lors de la signature de la proposition ne peut être invoquée pour contester une demande de règlement au titre du contrat ou pour se soustraire aux conditions de ce dernier, sauf si elle figure dans la proposition ou dans une déclaration ou réponse fournie par écrit ou sous forme électronique comme preuve d'assurabilité.

Avis et preuve de sinistre

Vous ou l'**assuré** ou leur mandataire devez :

1. **nous** donner l'avis de sinistre par écrit et le faire parvenir par messagerie ou courrier recommandé à l'adresse de **notre** siège social ou agence principale dans **votre** province dans un délai de trente (30) jours de la survenance du sinistre découlant d'une **blesure accidentelle**, d'une affection ou d'une **maladie grave** garantie par le contrat ; et
2. dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours suivant la survenance du sinistre découlant d'une **blesure accidentelle**, d'une affection ou d'une **maladie grave** garanti par le contrat, **nous** faire parvenir toute preuve raisonnable du sinistre indiquant les circonstances du sinistre ou la date de la **blesure accidentelle** ou du début de l'affection ou de la **maladie grave**, la perte en résultant occasionnée par le sinistre, une justification de l'ayant droit au règlement, son âge et, s'il y a lieu, l'âge du **prestataire** ; et
3. sur demande de **notre** part, fournir une attestation indiquant la cause ou la nature de la **blesure accidentelle**, de l'affection ou de la **maladie grave** donnant lieu à la demande de règlement aux termes du contrat.

Défaut de donner l'avis ou la preuve de sinistre

Si l'avis ou la preuve de sinistre n'est pas donné dans les délais prescrits aux présentes conditions statutaires et s'il est établi qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire dans ces délais, le droit à indemnisation demeure ouvert, à condition que l'avis ou la preuve de sinistre en question soit donné au plus tard un (1) an après la date de la **blessure accidentelle** ou du début de l'affection ou de la **maladie grave** garanti par le contrat.

Formulaires de preuve de sinistre

Nous fournissons les formulaires pour soumettre la preuve de sinistre dans un délai de quinze (15) jours suivant la réception de l'avis de sinistre. Si **vous** ne recevez pas les formulaires dans ce délai, **vous** pouvez **nous** présenter une déclaration par écrit indiquant la cause ou la nature de la **blessure accidentelle**, de l'affection ou de la **maladie grave** à l'origine de la demande de règlement ainsi que l'étendue du sinistre.

Droit d'examen

Comme condition préalable au règlement des sommes assurées prévues par la **police** :

1. l'**assuré** doit se prêter à tout examen médical que **nous** pourrions raisonnablement exiger tant que la demande de règlement est à l'étude ; et
2. en cas de décès de l'**assuré**, **nous** pouvons demander qu'une autopsie soit pratiquée, sous réserve des dispositions de la loi en matière d'autopsie de la compétence pertinente.

Règlement des sommes dues

Nous versons les sommes dues au titre de la **police** dans un délai de soixante (60) jours de la date de réception de la preuve de sinistre.

Prescription

Les actions ou poursuites intentées contre **nous** en recouvrement des sommes prévues par le présent contrat sont prescrites par un (1) an (trois (3) ans dans la province de Québec) à compter de la date où les sommes en question sont payables ou auraient été payables si la demande de règlement avait été valable.

Modifications provinciales

La présente police d'assurance est modifiée par l'ajout des dispositions suivantes :

Prescription des actions en justice :

Toute procédure ou tout recours judiciaire contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées exigibles au titre du contrat est absolument exclu, à moins qu'il ne soit entamé dans les délais prescrits par la loi intitulée *Insurance Act* (pour les procédures ou recours régis par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour les procédures ou recours régis par les lois du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour les procédures ou recours régis par les lois de l'Ontario), ou toute autre loi applicable dans votre province de résidence. Pour les procédures ou recours régis par les lois du Québec, le délai de prescription est indiqué dans le Code civil du Québec.

Limitation relative au bénéficiaire :

Votre police contient une clause qui limite ou révoque votre droit de désigner un bénéficiaire pour recevoir les sommes assurées payables, le cas échéant, au titre du contrat si,

- la présente assurance a été souscrite par téléphone* ;
- la présente assurance a été souscrite en ligne* ;
- un avenant d'assurance temporaire pour enfants était ou sera annexé au contrat d'assurance ;
- la couverture est une police d'assurance maladies graves assortie d'un avenant de remboursement des primes ;
- la présente assurance est une assurance rachat de parts en cas d'invalidité ;
- la présente assurance est une assurance invalidité pour personne-clé ;
- la présente assurance est une assurance Protection-retraite ; ou
- la présente assurance comprend un avenant Protection-retraite.

**Une fois que votre police vous a été remise, vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires de votre choix sans aucune restriction en remplissant le formulaire Changement de bénéficiaire.*