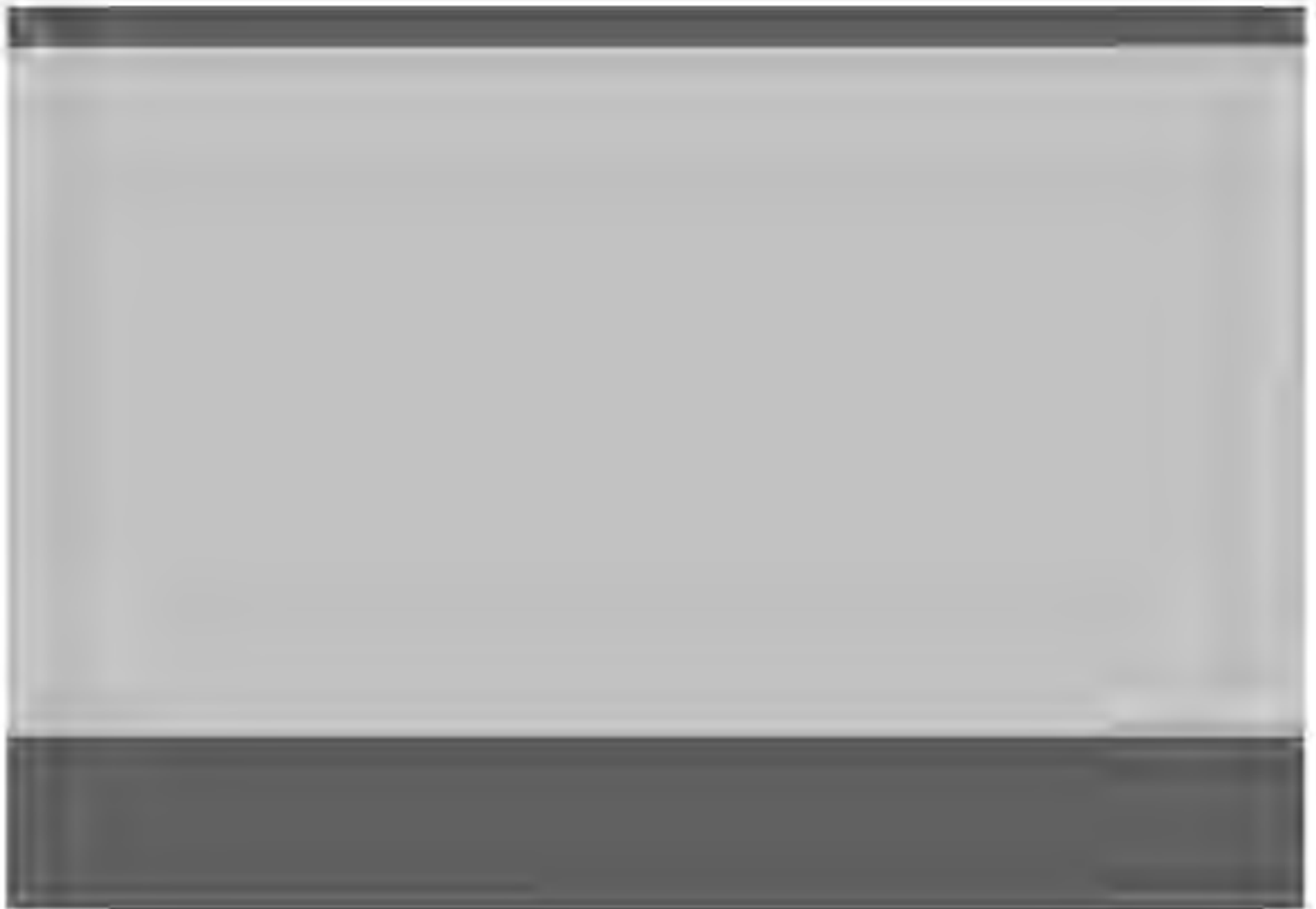


Assurance invalidité Protection Accidents

Modèle le contrat

Ce modèle de contrat vous est fourni à titre informatif uniquement.
Il ne s'agit pas d'un contrat d'assurance ni d'une offre d'assurance valide.



Assurance invalidité Protection Accidents

L'Assurance invalidité Protection Accidents est un portefeuille de produits individuels conçus pour procurer une couverture à divers marchés. La structure du contrat offre de la souplesse et permet de répondre aux besoins de ces divers marchés.

Renseignements généraux

Le modèle de contrat comprend les dispositions qui s'appliquent à tous les produits offerts au titre de l'Assurance invalidité Protection Accidents.

Chaque contrat individuel établi par la Financière Manuvie comprend les dispositions contractuelles pertinentes en fonction des options et montants de couverture choisis par le client et approuvés par la Compagnie.

Structure du contrat

Chaque contrat se compose des pages suivantes :

1. Sommaire du contrat
2. Barèmes d'assurance
3. Définitions générales
4. Pages sur les dispositions contractuelles propres au produit
5. Dispositions générales de la police
6. Dispositions légales

Renseignements figurant sur ces pages

1. Sommaire du contrat

Cette page indique la couverture prévue par le contrat, les dates d'effet et d'expiration, la prime annuelle/mensuelle totale et la période d'examen de 10 jours.

2. Barèmes d'assurance

Un barème d'assurance est produit pour chaque couverture mentionnée à la page Sommaire du contrat. Vous trouverez à cette page les montants de couverture.

3. Définitions générales

Il s'agit des définitions des termes particuliers employés dans le contrat.

4. Pages sur les dispositions contractuelles propres au produit

Une page sur les dispositions contractuelles propres au produit est incluse pour chaque couverture mentionnée à la page Sommaire du contrat; elle comprend les dispositions relatives à la couverture visée.

5. Dispositions générales de la police

Vous trouverez à cette page les dispositions qui s'appliquent à l'ensemble du contrat.

6. Dispositions légales

Vous trouverez à cette page les dispositions qui s'appliquent à l'ensemble du contrat et que la loi nous oblige à inclure dans le contrat.

LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE MANUFACTURERS



Protection Accidents
Delivery Station 500-GB Waterloo Affaires nouvelles, Marchés des groupes à affinités
500 King Street North Waterloo (Ontario) N2J 4C6
Tél. sans frais : 1 888 477-5450 / Téléc. sans frais : 1 800 521-2396

SOMMAIRE DU CONTRAT

Contrat n° S1000001

Assuré principal : HENRY JONES

Date d'effet du contrat : 18 septembre 2015

COUVERTURE	DATE D'EFFET	DATE D'EXPIRATION
Protection 24 heures (F)	18 septembre 2015	18 septembre 2050
Protection 24 heures (E)	18 septembre 2015	18 septembre 2030
Extension invalidité 24 heures (3)	18 septembre 2015	18 septembre 2025
Extension invalidité 24 heures	18 septembre 2015	18 septembre 2025
Perte de revenu hors du travail	18 septembre 2015	18 septembre 2030
Avenant d'indemnisation pour entorses et foulures (4)	18 septembre 2015	18 septembre 2035
Avenant d'indemnisation pour entorses et foulures (5)	18 septembre 2015	18 septembre 2035
Extension invalidité hors du travail (3)	18 septembre 2015	18 septembre 2025
Extension invalidité hors du travail	18 septembre 2015	18 septembre 2025
Invalidité-maladie (R)	18 septembre 2015	18 septembre 2030
Invalidité-maladie (A)	18 septembre 2015	18 septembre 2030
Extension invalidité-maladie (3)	18 septembre 2015	18 septembre 2025
Extension invalidité-maladie (65)	18 septembre 2015	18 septembre 2025
Indemnités d'hospitalisation	18 septembre 2015	18 septembre 2050
Hospitalisation-maladie	18 septembre 2015	18 septembre 2050
Décès accidentel	18 septembre 2015	18 septembre 2025
Décès et mutilation par accident	18 septembre 2015	18 septembre 2050
Frais médicaux excédentaires	18 septembre 2015	18 septembre 2050
Remboursement des primes	Voir page 291F	Voir page 291F
Remboursement des primes au décès	Voir page 292F	Voir page 292F
Total de la prime annuelle :	2 249,76 \$	
Prime mensuelle :	187,48 \$	

Vous avez demandé les options de Remboursement des primes et de Remboursement des primes au décès. Il se peut que certaines couvertures du présent contrat n'offrent pas ces options. Pour des renseignements complets, veuillez consulter les tableaux d'assurance aux pages P291F et P292F.

Vu la proposition du présent contrat et moyennant le paiement de la prime exigible à la date d'effet du contrat et de toutes les primes exigibles ultérieurement, La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (ci-après l'assureur) s'engage à verser les prestations stipulées au contrat, sous réserve des conditions qui y sont y énoncées, notamment les exclusions et les restrictions.

Droit d'examen

Veillez lire le présent contrat dès sa réception. Si l'assuré principal n'en est pas satisfait pour une raison quelconque, il peut le renvoyer au Siège social de l'assureur dans les 10 jours suivant la date de réception. Le contrat sera alors réputé n'avoir jamais pris effet et toute somme versée sera rapidement remboursée.

Numéros des pages faisant partie du présent contrat : (P) 115F, 126F, 123F, 121F, 118F, 155F, 156F, 127F, 122F, 164F, 162F, 165F, 167F, 140F, 170F, 180F, 230F, 260F, 291F, 292F, 310F, 515F, 526F, 523F, 521F, 518F, 555F, 556F, 527F, 522F, 562F, 565F, 567F, 540F, 570F, 581F, 630F, 660F, 591F, 592F, 593F, 710F, 750F

Date : septembre 18, 2015
Toronto, Ontario



Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - PROTECTION 24 HEURES (F)

ASSURÉ PRINCIPAL	Âge à la souscription : ?? ans	Âge à l'expiration : 90 ans
<u>Nature de la garantie</u>	<u>Aperçu de la garantie</u>	
INVALIDITÉ TOTALE-ACCIDENT	???? \$ par mois payables à partir du ???? jour d'invalidité totale pendant un maximum de 24 mois. À partir de l'âge 70 ans, le total mensuel global est plafonné à 1 000 \$.	
INVALIDITÉ PARTIELLE-ACCIDENT	50 % de la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident, payables à partir du ??? jour d'invalidité partielle, pendant un maximum de six mois.	
INVALIDITÉ PRÉSUMÉE	100 % de la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident, payable dès le premier jour de l'invalidité totale présumée, pendant une période maximale de 24 mois. À partir de 70 ans, la prestation mensuelle totale est plafonnée à 1 000 \$.	
RÉADAPTATION	Jusqu'à trois fois la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident	
AMBULANCE	Jusqu'à 100 \$ par accident	
HOSPITALISATION-ACCIDENT	100 \$ par jour payables pendant 365 jours au maximum par accident	
DÉCÈS ACCIDENTEL	10 000 \$ augmentant de 1 000 \$ tous les 12 mois, jusqu'à concurrence de 20 000 \$. À partir de 70 ans, la prestation est plafonnée à 10 000 \$.	
DÉCÈS AU COURS DE LA PÉRIODE D'INDEMNISATION	Trois fois la dernière prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident	

N.B. Le présent tableau d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties offertes au titre du présent contrat. Pour des renseignements complets, veuillez consulter la section du présent contrat intitulée Protection 24 heures (F).

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - PROTECTION 24 HEURES (E)

ASSURÉ PRINCIPAL	Âge à la souscription : ?? ans	Âge à l'expiration : 90 ans
<u>Nature de la garantie</u>	<u>Aperçu de la garantie</u>	
INVALIDITÉ TOTALE-ACCIDENT	???? \$ par mois payables à partir du ???? jour d'invalidité totale pendant un maximum de 24 mois. À partir de 70 ans, la prestation mensuelle totale est plafonnée à 1 000 \$.	
INVALIDITÉ PARTIELLE-ACCIDENT	50 % de la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident, payables à partir du ???? jour d'invalidité partielle pendant un maximum de six mois	
INVALIDITÉ PRÉSUMÉE	100 % de la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident, payable dès le premier jour de l'invalidité totale présumée, pendant une période maximale de 24 mois. À partir de 70 ans, la prestation mensuelle totale est plafonnée à 1 000 \$.	
RÉADAPTATION	Jusqu'à trois fois la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident	
DÉCÈS AU COURS DE LA PÉRIODE D'INDEMNISATION	Trois fois la dernière prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident	

N.B. Le présent tableau d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties offertes au titre du contrat.
Pour des renseignements complets, veuillez consulter la section du contrat intitulée Protection 24 heures (E).

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - EXTENSION INVALIDITÉ 24 HEURES (3)

(période d'indemnisation de 3 ans)

ASSURÉ PRINCIPAL	Âge à la souscription : ??	Âge à l'expiration : 65 ans
<u>Nature de la garantie</u>	<u>Aperçu de la garantie</u>	
INVALIDITÉ TOTALE-ACCIDENT	???? \$ par mois payables après que l'assuré principal a reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale par suite d'accident. Les prestations sont payables pendant un maximum de 36 mois.	
INVALIDITÉ PARTIELLE-ACCIDENT	50 % de la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident, payable pendant une période maximale de six mois après que l'assuré principal a reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale.	
RÉADAPTATION	Jusqu'à trois fois la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident	

N.B. Le présent tableau d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties offertes au titre du présent contrat. Pour des renseignements complets, veuillez consulter la section du présent contrat intitulée Extension invalidité 24 heures (3).

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - EXTENSION INVALIDITÉ 24 HEURES

ASSURÉ PRINCIPAL	Âge à la souscription : ?? ans	Âge à l'expiration : 65 ans
<u>Nature de la garantie</u>	<u>Aperçu de la garantie</u>	
INVALIDITÉ TOTALE-ACCIDENT	???? \$ par mois payables après que l'assuré principal a reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale. Les prestations sont payables jusqu'à l'âge de 65 ans.	
INVALIDITÉ PARTIELLE-ACCIDENT	50 % de la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident, payable pendant une période maximale de six mois après que l'assuré principal a reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale.	
RÉADAPTATION	Jusqu'à trois fois la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident	

N.B. Le présent tableau d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties offertes au titre du présent contrat. Pour des renseignements complets, veuillez consulter la section du présent contrat intitulée Extension invalidité 24 heures.

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - PERTE DE REVENU HORS DU TRAVAIL (A)

ASSURÉ PRINCIPAL	Âge à la souscription: ?? ans	Âge à l'expiration : 70 ans
<u>Nature de la garantie</u>	<u>Aperçu de la garantie</u>	
INVALIDITÉ TOTALE-ACCIDENT	???? \$ par mois payables à partir du ???? jour d'invalidité totale pendant un maximum de 24 mois.	
INVALIDITÉ PARTIELLE-ACCIDENT	50 % de la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident, payables à partir du ???? jour d'invalidité partielle pendant un maximum de six mois.	
INVALIDITÉ PRÉSUMÉE	100 % de la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident, payable dès le premier jour de l'invalidité totale présumée, pendant une période maximale de 24 mois.	
RÉADAPTATION	Jusqu'à trois fois la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident	
DÉCÈS AU COURS DE LA PÉRIODE D'INDEMNISATION	Trois fois la dernière prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident	

N.B. Le présent tableau d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties offertes au titre du présent contrat. Pour des renseignements complets, veuillez consulter la section du présent contrat intitulée Perte de revenu hors du travail (A).

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - AVENANT D'INDEMNISATION POUR ENTORSES ET FOULURES (4)

Le présent avenant modifie les limitations relatives aux entorses et aux foulures de la couverture de base pour invalidité totale ou partielle attribuable à un accident. Il s'applique à toute couverture établie depuis le 15 février 2005.

ASSURÉ PRINCIPAL	Âge à la souscription : ??	Âge à la cessation : 90 ans
<u>Type de garantie</u>	<u>Description de la couverture</u>	
Entorses et foulures	La garantie Entorses et foulures prolonge la période maximale pendant laquelle l'assuré principal peut recevoir, selon le même montant, des prestations d'invalidité totale ou partielle attribuable à un accident en raison d'une entorse ou d'une foulure au titre du présent contrat. Aux termes de cette garantie, cette période est prolongée de un mois par année, jusqu'à concurrence de quatre mois. À partir de 70 ans, la prestation mensuelle totale est plafonnée à 1 000 \$.	

Remarque : Le tableau qui figure aux présentes ne donne qu'un aperçu des garanties du contrat. Pour connaître le détail de la couverture, veuillez consulter les dispositions du régime ou de l'avenant **Invalidité totale-Accident** et les sections du présent contrat portant sur les **entorses et foulures**.

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - AVENANT D'INDEMNISATION POUR ENTORSES ET FOULURES (5)

Le présent avenant modifie les limitations relatives aux entorses et aux foulures ainsi qu'aux blessures au cou et au dos de la couverture de base pour invalidité totale ou partielle attribuable à un accident. Il s'applique à toute couverture établie avant le 15 FÉVRIER 2005.

ASSURÉ PRINCIPAL	Âge à la souscription : ??	Âge à la cessation : 90 ans
<u>Type de garantie</u>	<u>Description de la couverture</u>	
Entorses et foulures	La garantie Entorses et foulures prolonge la période maximale pendant laquelle l'assuré principal peut recevoir, selon le même montant, des prestations d'invalidité totale ou partielle attribuable à un accident en raison d'une entorse ou d'une foulure au titre du présent contrat. Aux termes de cette garantie, cette période est prolongée de un mois par année, jusqu'à concurrence de cinq mois.	
Cou et dos	La garantie Cou et dos prolonge la période maximale pendant laquelle l'assuré principal peut recevoir, selon le même montant, des prestations d'invalidité totale ou partielle attribuable à un accident en raison d'une blessure au cou et au dos au titre du présent contrat. Aux termes de cette garantie, cette période est prolongée d'au plus un mois. À partir de 70 ans, la prestation mensuelle totale est plafonnée à 1 000 \$.	

Remarque : Le tableau qui figure aux présentes ne donne qu'un aperçu des garanties du contrat. Pour connaître le détail de la couverture, veuillez consulter les dispositions du régime ou de l'avenant **Invalidité totale-Accident** et les sections du présent contrat portant sur les **entorses et foulures**.

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - EXTENSION INVALIDITÉ HORS DU TRAVAIL (3) (période d'indemnisation de 3 ans)

ASSURÉ PRINCIPAL	Âge à la souscription : ??	Âge à l'expiration : 65 ans
<u>Nature de la garantie</u>	<u>Aperçu de la garantie</u>	
INVALIDITÉ TOTALE-ACCIDENT	???? \$ par mois payables après que l'assuré principal a reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale par suite d'accident. Les prestations sont payables pendant un maximum de 36 mois.	
INVALIDITÉ PARTIELLE-ACCIDENT	50 % de la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident, payable pendant une période maximale de six mois après que l'assuré principal a reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale.	
RÉADAPTATION	Jusqu'à trois fois la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident	

N.B. Le présent tableau d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties offertes au titre du présent contrat. Pour des renseignements complets, veuillez consulter la section du présent contrat intitulée Extension invalidité hors du travail (3).

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - EXTENSION INVALIDITÉ HORS DU TRAVAIL

ASSURÉ PRINCIPAL	Âge à la souscription : ?? ans	Âge à l'expiration : 65 ans
<u>Nature de la garantie</u>	<u>Aperçu de la garantie</u>	
INVALIDITÉ TOTALE-ACCIDENT	???? \$ par mois payables après que l'assuré principal a reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale. Les prestations sont payables jusqu'à l'âge de 65 ans.	
INVALIDITÉ PARTIELLE-ACCIDENT	50 % de la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident, payable pendant une période maximale de six mois après que l'assuré principal a reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale.	
RÉADAPTATION	Jusqu'à trois fois la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident	

N.B. Le présent tableau d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties offertes au titre du présent contrat. Pour des renseignements complets, veuillez consulter la section du présent contrat intitulée Extension invalidité hors du travail.

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - INVALIDITÉ-MALADIE (R)

(Rétroactivité - période d'indemnisation de 2 ans)

ASSURÉ PRINCIPAL	Âge à la souscription : ??	Âge à l'expiration : 70 ans
<u>Nature de la garantie</u>	<u>Aperçu de la garantie</u>	
Invalidité totale-maladie	???? \$ par mois payables après 15 jours consécutifs d'invalidité totale. Les prestations courent rétroactivement à partir du 1 ^{er} jour d'invalidité totale et sont payables pendant un maximum de 24 mois.	
Invalidité partielle-maladie	50 % de la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite de maladie, payables après 15 jours consécutifs d'invalidité partielle. Les prestations sont payables à partir du 1 ^{er} jour d'invalidité partielle pendant un maximum de six mois.	
DÉCÈS AU COURS DE LA PÉRIODE D'INDEMNISATION	Jusqu'à trois fois la dernière prestation mensuelle d'invalidité par suite de maladie.	
Toutes les prestations en cours de versement ou à venir sont réduites de moitié dès que l'assuré principal atteint 65 ans.		

N.B. Le présent tableau d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties offertes au titre du présent contrat. Pour des renseignements complets, veuillez consulter la section du présent contrat intitulée Invalidité-maladie.

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - INVALIDITÉ-MALADIE (A)

(Période d'attente - période d'indemnisation de 2 ans)

ASSURÉ PRINCIPAL	Âge à la souscription : ?? ans	Âge à l'expiration : 70 ans
<u>Nature de la garantie</u>	<u>Aperçu de la garantie</u>	
Invalidité totale-maladie	???? \$ par mois payables à partir du ?? jour consécutif d'invalidité totale pendant un maximum de 24 mois	
Invalidité partielle-maladie	50 % de la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite de maladie, payables à partir du ?? jour d'invalidité partielle pendant un maximum de six mois	
DÉCÈS AU COURS DE LA PÉRIODE D'INDEMNISATION	Jusqu'à trois fois la dernière prestation mensuelle d'invalidité par suite de maladie.	
Toutes les prestations en cours de versement ou à venir sont réduites de moitié dès que l'assuré principal atteint 65 ans.		

N.B. Le présent tableau d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties offertes au titre du présent contrat. Pour des renseignements complets, veuillez consulter la section du présent contrat intitulée Invalidité-maladie.

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - EXTENSION INVALIDITÉ-MALADIE (3) (période d'indemnisation de 3 ans)

ASSURÉ PRINCIPAL	Âge à la souscription : ??	Âge à l'expiration : 65 ans
<u>Nature de la garantie</u>	<u>Aperçu de la garantie</u>	
Invalidité totale-maladie	???? \$ par mois payables après que l'assuré principal a reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale par suite de maladie. Les prestations sont payables pendant un maximum de 36 mois.	

N.B. Le présent tableau d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties offertes au titre du présent contrat. Pour des renseignements complets, veuillez consulter la section du présent contrat intitulée Extension invalidité-maladie.

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - EXTENSION INVALIDITÉ-MALADIE (65) (indemnisation jusqu'à 65 ans)

ASSURÉ PRINCIPAL	Âge à la souscription : ??	Âge à l'expiration : 65 ans
<u>Nature de la garantie</u>	<u>Aperçu de la garantie</u>	
Invalidité totale-maladie	???? \$ par mois payables après que l'assuré principal a reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale par suite de maladie. Les prestations sont payables jusqu'à l'âge de 65 ans.	

N.B. Le présent tableau d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties offertes au titre du présent contrat. Pour des renseignements complets, veuillez consulter la section du présent contrat intitulée Extension invalidité-maladie (65).

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - INDEMNITÉS D'HOSPITALISATION

(PAGE 1 DE 2)

ASSURÉ PRINCIPAL	Âge à la souscription : ?? ans	Âge à l'expiration : 90 ans
<u>Nature de la garantie</u>	<u>Aperçu de la garantie</u>	
HOSPITALISATION JOURNALIÈRE NORMALE à cause d'un accident ou d'une maladie	???? \$ par jour pendant un maximum de 365 jours	
HOSPITALISATION JOURNALIÈRE SUPPLÉMENTAIRE dans une unité de soins intensifs, ou à cause d'un cancer ou d'une crise cardiaque, ou si l'hospitalisation a lieu hors du Canada	???? \$ par jour pendant un maximum de 30 jours, en plus de la prestation d'hospitalisation journalière normale	
CONVALESCENCE	???? \$ par jour d'invalidité totale suivant la sortie de l'hôpital, pendant un maximum de : 3 jours pour 1 journée à l'hôpital; 6 jours pour 2 jours consécutifs à l'hôpital; 9 jours pour 3 jours consécutifs à l'hôpital; 12 jours pour 4 jours consécutifs à l'hôpital; 14 jours pour 5 à 14 jours consécutifs à l'hôpital; 30 jours pour 15 jours consécutifs ou plus à l'hôpital.	

CONJOINT	Âge à la souscription : ?? ans	Âge à l'expiration : 90 ans
<u>Nature de la garantie</u>	<u>Aperçu de la garantie</u>	
HOSPITALISATION JOURNALIÈRE NORMALE à cause d'un accident ou d'une maladie	???? \$ par jour pendant un maximum de 365 jours	
HOSPITALISATION JOURNALIÈRE SUPPLÉMENTAIRE dans une unité de soins intensifs, ou à cause de cancer ou de crise cardiaque, ou si l'hospitalisation a lieu hors du Canada	???? \$ par jour pendant un maximum de 30 jours, en plus de la prestation d'hospitalisation journalière normale	
CONVALESCENCE	???? \$ par jour d'invalidité totale suivant la sortie de l'hôpital, pendant un maximum de : 3 jours pour 1 journée à l'hôpital; 6 jours pour 2 jours consécutifs à l'hôpital; 9 jours pour 3 jours consécutifs à l'hôpital; 12 jours pour 4 jours consécutifs à l'hôpital; 14 jours pour 5 à 14 jours consécutifs à l'hôpital; 30 jours pour 15 jours consécutifs ou plus à l'hôpital.	

N.B. Le présent tableau d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties offertes au titre du présent contrat. Pour des renseignements complets, veuillez consulter la section du présent contrat intitulée Indemnités d'hospitalisation.

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - INDEMNITÉS D'HOSPITALISATION

(PAGE 2 DE 2)

ENFANTS À CHARGE

<u>Nature de la garantie</u>	<u>Aperçu de la garantie</u>
HOSPITALISATION JOURNALIÈRE NORMALE à cause d'un accident ou d'une maladie	50 % de la prestation d'hospitalisation normale de l'assuré principal, par jour, pendant un maximum de 365 jours
HOSPITALISATION JOURNALIÈRE SUPPLÉMENTAIRE dans une unité de soins intensifs, ou à cause de cancer ou de crise cardiaque, ou si l'hospitalisation a lieu hors du Canada	50 % de la prestation d'hospitalisation supplémentaire de l'assuré principal, par jour, pendant 30 jours au maximum, payables en plus de la prestation d'hospitalisation journalière normale
CONVALESCENCE	50 % de la prestation de convalescence de l'assuré principal par jour d'invalidité totale suivant la sortie de l'hôpital, pendant un maximum de : 3 jours pour 1 journée à l'hôpital; 6 jours pour 2 jours consécutifs à l'hôpital; 9 jours pour 3 jours consécutifs à l'hôpital; 12 jours pour 4 jours consécutifs à l'hôpital; 14 jours pour 5 à 14 jours consécutifs à l'hôpital; 30 jours pour 15 jours consécutifs ou plus à l'hôpital.

N.B. Le présent tableau d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties offertes au titre du présent contrat. Pour des renseignements complets, veuillez consulter la section du présent contrat intitulée Indemnités d'hospitalisation.

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - HOSPITALISATION-MALADIE

ASSURÉ PRINCIPAL	Âge à la souscription : ?? ans	Âge à l'expiration : 90 ans
<u>Nature de la garantie</u>	<u>Aperçu de la garantie</u>	
Hospitalisation-maladie	???? \$ par jour pendant un maximum de 365 jours	
Hospitalisation-maladie supplémentaire (dans une unité de soins intensifs ou en raison d'un cancer ou d'une crise cardiaque)	???? \$ par jour, en plus de la prestation Hospitalisation-maladie, pendant un maximum de 365 jours. À compter de 65 ans, la période maximale d'indemnisation est de 60 jours.	
Hospitalisation-maladie à l'étranger (Australie, Nouvelle-Zélande, États-Unis et Europe de l'Ouest)	???? \$ par jour, en plus de la prestation Hospitalisation-maladie, pendant un maximum de 60 jours.	
Convalescence-maladie	???? \$ par jour d'invalidité totale suivant la sortie de l'hôpital à raison de 3 jours pour une journée d'hospitalisation, pendant un maximum de 365 jours	

N.B. Le présent tableau d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties offertes au titre du présent contrat.
Pour des renseignements complets, veuillez consulter la section du présent contrat intitulée Hospitalisation-maladie.

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - DÉCÈS ACCIDENTEL

ASSURÉ PRINCIPAL	Âge à la souscription : ?? ans	Âge à l'expiration : 65 ans
<u>Nature de la garantie</u>	<u>Aperçu de la garantie</u>	
DÉCÈS ACCIDENTEL	???? \$	

N.B. Le présent tableau d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties offertes au titre du présent contrat.
Pour des renseignements complets, veuillez consulter la section du présent contrat intitulée Décès accidentel.

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT

ASSURÉ PRINCIPAL	Âge à la souscription : ?? ans	Âge à l'expiration : 90 ans
<u>Nature de la garantie</u>	<u>Aperçu de la garantie</u>	
Décès par accident	??? \$	
Supplément pour décès par accident	??? \$ par enfant à charge après le paiement de la prestation de décès par accident, au décès de l'assuré principal	
Mutilation par accident / perte de l'usage	jusqu'à ??? \$ par perte couverte, selon le pourcentage stipulé au tableau des indemnités	
Toutes les prestations sont réduites de moitié dès que l'assuré principal atteint 70 ans.		

N.B. Le présent tableau d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties offertes au titre du présent contrat. Pour des renseignements complets, veuillez consulter la section du présent contrat intitulée Décès et mutilation par accident.

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - FRAIS MÉDICAUX EXCÉDENTAIRES

ASSURÉ PRINCIPAL	Âge à la souscription : ??	Âge à l'expiration : 90 ans
<u>Nature de la garantie</u>	<u>Aperçu de la couverture</u>	
SERVICES PARAMÉDICAUX-ACCIDENT	Jusqu'à ???? par accident.	
SOINS DENTAIRES-ACCIDENT	Jusqu'à ???? par accident.	
ÉQUIPEMENT MÉDICAL-ACCIDENT	Jusqu'à ???? par accident.	
PROTHÈSES ET FOURNITURES MÉDICALES-ACCIDENT	Jusqu'à ???? par accident.	
MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE-ACCIDENT <small>(Cette garantie n'est pas offerte aux résidents du Québec)</small>	Jusqu'à 800 \$ par accident. Provision de médicaments d'au plus 30 jours par ordonnance	
SOINS DE LA VUE-ACCIDENT	Coût et réparation ou, si la réparation est impossible, remplacement d'une (1) paire de lunettes de prescription ou d'une provision de verres de contact de prescription pour un (1) an, jusqu'à concurrence de 300 \$ par accident.	
SÉJOUR À L'HÔPITAL-ACCIDENT	Jusqu'à 100 \$ par jour pendant un maximum de 365 jours, par accident	
SOINS INFIRMIERS ET D'UN PRÉPOSÉ AUX SERVICES DE SOUTIEN À LA PERSONNE EN CAS D'ACCIDENT	Jusqu'à 100 \$ par jour, pendant un maximum de 25 jours, par accident	
SERVICES DE CHAMBRE À L'HÔPITAL-ACCIDENT	Jusqu'à 15 \$ payables par jour d'hospitalisation, par accident.	
FORMULAIRE MÉDICAL DE DEMANDE DE RÈGLEMENT-ACCIDENT	Jusqu'à 100 \$ par formulaire de demande de règlement initial, sous réserve d'un maximum de 3 formulaires, par période de 365 jours	

N. B. Le présent tableau d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties offertes au titre du présent contrat. Pour des renseignements complets, veuillez consulter la section du présent contrat intitulée Frais médicaux excédentaires.

Modèle

TABLEAU D'ASSURANCE - AVENANT DE REMBOURSEMENT DES PRIMES

Le présent contrat comporte l'option Remboursement des primes ou l'option Avenant de remboursement de primes, ou les deux. La présente couverture est assujettie à l'ensemble des modalités, des définitions et des autres dispositions du contrat. Le remboursement des primes ou l'avenant de remboursement des primes s'appliquent uniquement aux garanties suivantes :

ASSURÉ PRINCIPAL

Le remboursement des primes s'applique uniquement aux garanties suivantes :

<u>Garantie</u>	<u>Date d'effet de la Couverture</u>	<u>Date d'effet - Remboursement des primes</u>	<u>Date d'expiration - Remboursement des primes</u>
Protection 24 heures (F)	18 septembre 2015	18 septembre 2015	18 septembre 2025
Protection 24 heures (E)	18 septembre 2015	18 septembre 2015	18 septembre 2025
Perte de revenu hors du travail	18 septembre 2015	18 septembre 2015	18 septembre 2025
Invalidité-maladie (R)	18 septembre 2015	18 septembre 2015	18 septembre 2035
Invalidité-maladie (A)	18 septembre 2015	18 septembre 2015	18 septembre 2035
Décès et mutilation par accident	18 septembre 2015	18 septembre 2015	18 septembre 2035
Frais médicaux excédentaires	18 septembre 2015	18 septembre 2015	18 septembre 2035

Note: Le présent tableau d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties offertes au titre du présent contrat. Pour des renseignements complets, veuillez consulter la section du présent contrat intitulée Remboursement des primes.

Modèle

BARÈME D'ASSURANCE - REMBOURSEMENT DES PRIMES AU DÉCÈS

ASSURÉ PRINCIPAL

Le Remboursement des primes au décès est inclus dans les couvertures ci-dessous seulement:

<u>Couverture</u>	<u>Date d'effet de la Couverture</u>	<u>Date d'effet du Remboursement des primes au décès</u>	<u>Date d'expiration du Remboursement des primes au décès</u>
Protection 24 heures (F)	18 septembre 2015	18 septembre 2015	18 septembre 2035
Protection 24 heures (E)	18 septembre 2015	18 septembre 2015	18 septembre 2035
Perte de revenu hors du travail	18 septembre 2015	18 septembre 2015	18 septembre 2035
Invalité-maladie (R)	18 septembre 2015	18 septembre 2015	18 septembre 2035
Invalité-maladie (A)	18 septembre 2015	18 septembre 2015	18 septembre 2035
Décès et mutilation par accident	18 septembre 2015	18 septembre 2015	18 septembre 2035
Frais médicaux excédentaires	18 septembre 2015	18 septembre 2015	18 septembre 2035

Note: Le présent Barème d'assurance ne donne qu'un aperçu des garanties accordées par le contrat. Pour avoir les renseignements au complet, veuillez consulter la section du contrat intitulée Remboursement des primes au décès.

DÉFINITIONS GÉNÉRALES

Pour l'exécution du présent contrat et de toute modification y afférente, on entend par :

Accident ou **accidentel**, un événement soudain, fortuit, imprévisible et inévitable qui résulte d'une cause extérieure.

Affection préexistante, tout problème de santé, diagnostiqué ou non, dont les symptômes se sont manifestés dans les 12 mois précédant la date d'effet de la couverture ou pour lequel, au cours de cette période, un traitement a été nécessaire, demandé, administré ou recommandé par un médecin ou des médicaments ont été prescrits par un médecin ou pris par l'assuré.

Assuré, l'assuré principal et, s'ils sont couverts, son conjoint et tout enfant à charge.

Assuré principal, la personne désignée comme tel dans la proposition d'assurance et dont la couverture est en vigueur.

Autre source, tout contrat d'assurance individuelle ou collective, tout régime public, toute loi, tout régime d'indemnisation des accidents du travail, toute assurance salaire d'un employeur et tout régime de rente d'invalidité.

Blessure, une blessure corporelle qui résulte directement d'un accident, indépendamment de toute autre cause, y compris la maladie.

Conjoint, une personne qui soit est mariée avec l'assuré principal, soit vit maritalement avec lui et est reconnue publiquement comme son conjoint ou son partenaire de même sexe.

Convalescence, la période de rétablissement qui suit un traitement actif reçu à l'hôpital. Le rétablissement peut s'effectuer dans un hôpital, un hôpital de convalescence ou un établissement analogue, ou à domicile.

Date d'anniversaire, le même jour et le même mois que la date d'effet de la couverture en question, quelle que soit l'année.

Date d'anniversaire contractuel, le même jour et le même mois que la date d'effet du contrat, quelle que soit l'année, après la date d'effet du contrat.

Date d'effet, la date, indiquée au Sommaire du contrat, à laquelle la couverture entre en vigueur.

Date d'effet du contrat, la date, indiquée au Sommaire du contrat, à laquelle le contrat entre en vigueur.

Date d'expiration, la date, indiquée au Sommaire du contrat, à laquelle la couverture prend fin.

Employé, le fait d'exercer activement une profession en contrepartie d'une rémunération ou d'un profit, pendant au moins 30 heures par semaine.

Enfant à charge, tout enfant de sang ou adoptif non marié de l'assuré principal, vivant avec celui-ci, entièrement à sa charge et âgé d'au moins 30 jours mais d'au plus 21 ans. Un enfant peut être couvert jusqu'à l'âge de 25 ans tant qu'il étudie à plein temps dans un établissement agréé.

Entorse, une lésion traumatique d'une articulation entraînant la rupture des ligaments ou des tendons, sans déplacement durable des surfaces articulaires.

Foulure, la tension ou l'étirement excessifs d'une certaine partie de la structure musculaire.

Hôpital, un établissement affecté principalement au traitement de patients hospitalisés qui est agréé comme hôpital dans le ressort où les soins sont administrés, qui offre en tout temps des services infirmiers professionnels, dont le personnel de service comprend au moins un médecin en tout temps, qui possède des installations aménagées pour la pratique d'interventions chirurgicales et l'établissement de diagnostics, qui possède des appareils radiologiques et de salle d'opération, qui n'est pas principalement une clinique, une maison de repos, de convalescence ou de soins infirmiers ni un établissement semblable et qui ne sert pas, sauf incidemment, au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie.

Hospitalisé, le fait d'être admis dans un hôpital pour une période d'au moins 24 heures consécutives.

Maladie, toute affection.

Médecin, une personne qui n'est ni un assuré ni apparentée à un assuré et qui est docteur en médecine autorisé à exercer dans le lieu où les services médicaux sont rendus, dans les limites de ses compétences.

Proposition d'assurance, toute proposition ou demande de modification afférente à une couverture Accidents ou Maladie établie par l'assureur.

Titulaire, l'assuré principal, à moins qu'il ne soit mineur, auquel cas il s'agit de la personne désignée comme titulaire dans la proposition d'assurance.

Traitement médical, les soins, conseils, consultations, diagnostics, traitements et services d'un médecin. Les soins ultérieurs d'un physiothérapeute ou d'un chiropraticien peuvent être reconnus comme un traitement médical.

PROTECTION 24 HEURES (F)

1. DÉFINITIONS

Pour l'exécution de la couverture Protection 24 heures (F) et de toute modification y afférente, on entend par :

Invalidité partielle ou **partiellement invalide**, l'état de l'assuré principal qui est sous les soins réguliers d'un médecin à cause d'une blessure médicalement déterminable, suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où il a subi la blessure, ne peut plus travailler à plein temps ou s'acquitter d'une ou de plusieurs tâches importantes de sa profession habituelle contre pleine rémunération;
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où il a subi la blessure, n'est plus en mesure de se livrer à un nombre important de ses occupations journalières.

Invalidité totale ou **totalelement invalide**, l'état de l'assuré principal qui est suivi de façon régulière par un médecin en raison d'une blessure reconnue sur le plan médical, qui suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où il a subi la blessure, n'est plus du tout capable d'exercer son propre emploi et n'exerce aucune activité professionnelle rémunérée;
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où il a subi la blessure, est incapable d'accomplir la plupart de ses tâches quotidiennes courantes.

2. ADMISSIBILITÉ

À l'établissement de la Protection 24 heures (F), l'assuré principal doit avoir entre 5 et 80 ans.

3. GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE-ACCIDENT

Si une blessure subie par l'assuré principal dans un accident survenu en cours d'assurance entraîne son invalidité totale dans les 90 jours suivants, l'assureur versera la prestation mensuelle d'invalidité totale qui est stipulée au Tableau d'assurance – Protection 24 heures (F).

Cette prestation est versée tant que l'assuré principal reste totalement invalide, sous réserve d'un maximum de 24 mois.

4. GARANTIE INVALIDITÉ PARTIELLE-ACCIDENT

Si une blessure subie par l'assuré principal dans un accident survenu en cours d'assurance entraîne son invalidité partielle dans les 90 jours suivants, l'assureur versera la prestation mensuelle d'invalidité partielle qui est stipulée au Tableau d'assurance – Protection 24 heures (F).

Cette prestation est versée tant que l'assuré principal reste partiellement invalide, sous réserve d'un maximum de six mois.

5. GARANTIE INVALIDITÉ PRÉSUMÉE

Si l'assuré principal subit la perte

- de la parole;
- de la vue des deux yeux;
- de l'ouïe des deux oreilles;
- de l'usage des deux mains ou des deux pieds; ou
- de l'usage d'une main et d'un pied;

dans les 90 jours suivant un accident, en raison d'une blessure subie lors de l'accident en question, alors que la couverture était en vigueur, l'assureur verse la prestation mensuelle d'invalidité présumée indiquée au Tableau d'assurance – Protection 24 heures (F). Cette disposition s'applique peu importe la capacité de l'assuré principal d'exercer un emploi ou de se livrer à ses occupations journalières. De plus, il n'est pas nécessaire que l'assuré principal soit suivi et soigné par un médecin.

Les termes « perte » et « perte de l'usage » mentionnés plus haut renvoient à une perte qui, selon l'assureur, est permanente, totale et irréversible et à laquelle ni la chirurgie ni aucun autre moyen ne peut remédier. De plus :

- a) en ce qui concerne la parole, ces termes s'entendent de la perte complète et irrémédiable de la faculté d'émettre des sons intelligibles;
- b) en ce qui concerne la vue, ces termes s'entendent de la perte complète et irrémédiable de la vue des deux yeux; et
- c) en ce qui concerne l'ouïe, ces termes s'entendent de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles à laquelle aucun appareil auditif ne peut remédier.

6. GARANTIE RÉADAPTATION

Après une période d'invalidité totale, l'assureur peut, à son gré, payer jusqu'à trois fois la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident pour la réadaptation de l'assuré principal, moyennant réception des originaux des factures ou d'autres justificatifs valables des frais ou services pertinents. Si l'assuré principal était employé à la date de son invalidité, il s'agit de prestations de réadaptation professionnelle. Sinon, il s'agit de prestations de réadaptation physique.

7. GARANTIE RELATIVE AU TRANSPORT EN AMBULANCE

Si l'état d'un assuré nécessite d'urgence les services d'une ambulance à cause d'un accident survenu en cours d'assurance, l'assureur versera la prestation Ambulance dès réception des originaux des factures justificatives. Cette prestation est égale à l'excédent des frais engagés sur le montant couvert par toute autre assurance privée ou tout régime public d'assurance maladie, à concurrence du maximum stipulé au Tableau d'assurance – Protection 24 heures (F).

Modèle

8. GARANTIE HOSPITALISATION PAR SUITE D'ACCIDENT

Si une blessure subie par un assuré dans un accident survenu en cours d'assurance entraîne son hospitalisation dans les 90 jours suivants, l'assureur versera la prestation journalière stipulée au Tableau d'assurance – Protection 24 heures (F).

Cette prestation est payable dès le premier jour d'hospitalisation, pendant toute la durée de l'hospitalisation, sous réserve d'un maximum de 365 jours.

9. GARANTIE DÉCÈS ACCIDENTEL

Si une blessure subie par un assuré dans un accident survenu en cours d'assurance entraîne son décès dans les 90 jours suivants, l'assureur versera la prestation prévue dans ce cas au Tableau d'assurance – Protection 24 heures (F). Cette prestation est réduite à 10 000 \$ à la date d'anniversaire contractuel suivant le 70^e anniversaire de naissance de l'assuré principal.

10. GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS

Si l'assuré principal décède au cours d'une période d'indemnisation pendant laquelle il reçoit des prestations mensuelles d'invalidité totale ou partielle par suite d'accident, l'assureur verse à ses ayants droit le capital-décès indiqué au Tableau d'assurance – Protection 24 heures (F).

11. PLAFOND DE LA PRESTATION D'INVALIDITÉ PAR SUITE D'ACCIDENT

a) Si l'assuré principal est employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations de la garantie Invalidité totale-accident ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :

- i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
- ii) 75 % du salaire pré-invalidité de l'assuré principal et/ou 1 % de son revenu d'entreprise, déterminés selon les directives de l'assureur;
- iii) 6 000 \$.

b) Si l'assuré principal n'est pas employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations de la garantie Invalidité totale-accident ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :

- i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
- ii) 2 000 \$.

En cas de dépassement du plafond applicable, les garanties Invalidité totale-accident établies par l'assureur interviennent successivement par ordre de date d'effet jusqu'à ce que le plafond soit atteint.

c) À partir de la date d'anniversaire contractuel suivant le 70^e anniversaire de naissance de l'assuré principal, le total mensuel des prestations de la garantie Invalidité totale-accident ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :

- i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
- ii) 1 000 \$.

En cas de dépassement du plafond de 1 000 \$, les prestations des garanties Invalidité totale-accident cumulatives sont réduites par ordre de date d'effet, en commençant par la garantie la plus récente, avec réduction de prime équitable.

12. NON-SIMULTANÉITÉ DES PRESTATIONS

Les prestations d'invalidité totale par suite d'accident, les prestations d'invalidité partielle par suite d'accident et les prestations de réadaptation ne peuvent être versées concurremment. Cela vaut pour la présente couverture et toute couverture analogue établie par l'assureur.

13. COORDINATION AVEC D'AUTRES SOURCES

Si la prestation mensuelle payable au titre de la présente Protection 24 heures (F), une fois combinée avec celles d'autres couvertures analogues :

- a) **ne dépasse pas 2 000 \$** dans le cas de la garantie Invalidité totale-accident ou 1 000 \$ dans le cas de la garantie Invalidité partielle-accident, la coordination des prestations ne s'applique pas. La prestation mensuelle au titre de la présente couverture est versée en plus de toute somme payable d'une autre source;
- b) **dépasse 2 000 \$** dans le cas de la garantie Invalidité totale-accident ou 1 000 \$ dans le cas de la garantie Invalidité partielle-accident, les prestations de la présente couverture sont coordonnées avec celles de toute autre source.

Cependant, la prestation mensuelle après déduction des montants d'autres sources ne sera jamais inférieure à 2 000 \$ en cas d'invalidité totale ou à 1 000 \$ en cas d'invalidité partielle.

14. RAJUSTEMENT DE LA PRESTATION D'INVALIDITÉ TOTALE PAR SUITE D'ACCIDENT

Si le revenu de l'assuré principal, à la date de l'invalidité, a diminué par rapport au montant déclaré dans la proposition d'assurance, au point où le montant de la prestation d'invalidité totale est devenu trop élevé par rapport au revenu, l'assureur peut modifier le contrat de manière à rajuster la prestation et la prime.

Le cas échéant, l'assureur rembourse l'excédent de prime afférent aux 12 derniers mois.

Quel que soit le revenu, la prestation mensuelle globale de la garantie Invalidité totale-accident ne peut en aucun cas être inférieure à 2 000 \$.

15. GARANTIE RELATIVE À LA RÉCIDIVE DE L'INVALIDITÉ

Si, après une période d'invalidité totale ou partielle ayant donné lieu au versement de prestations, l'assuré principal redevient totalement ou partiellement invalide :

- a) moins de six mois plus tard par suite de la même blessure, sa nouvelle invalidité sera considérée comme la prolongation de l'invalidité totale ou partielle précédente;

Modèle

- b) au moins six mois plus tard, la nouvelle invalidité sera considérée comme une nouvelle invalidité totale ou partielle, même si elle résulte de la même blessure que l'invalidité précédente.

16. EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente Protection 24 heures (F) lorsque l'invalidité, l'accident, la blessure, l'hospitalisation ou le décès résulte directement ou indirectement, en tout ou en partie :

- a) du suicide ou de l'autoutilisation de l'assuré, que celui-ci soit sain d'esprit ou non;
- b) de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel, ou d'un acte commis pendant une incarcération;
- c) du mauvais emploi de médicaments, de l'abus de drogues ou de substances intoxicantes, ou d'une alcoolémie de 80 mg ou plus pour 100 ml de sang;
- d) de la pratique de sports à titre de professionnel rémunéré, de la participation à des courses de vitesse motorisées organisées ou de la pratique d'autres activités dangereuses tels que la plongée autonome, l'escalade de rocher, l'alpinisme, la boxe, le parachutisme, la paravoile, le deltaplane ou le saut à l'élastique;
- e) d'un voyage aérien, sauf à titre de passager payant dans un aéronef commercial agréé;
- f) d'un traitement médical facultatif;
- g) d'émeutes, de troubles civils, de la guerre ou de tout acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou du service à temps plein ou partiel dans les forces armées d'un pays, d'un gouvernement ou d'un organisme international;
- h) d'une affection préexistante au cours des 12 mois qui suivent la date d'effet de la présente couverture;
- i) d'une maladie.

17. RESTRICTIONS

Cou et dos - En cas d'invalidité totale ou partielle résultant directement ou indirectement et dans quelque mesure que ce soit d'une blessure au cou ou au dos, la période d'indemnisation maximale est de deux mois. Cependant, lorsque la blessure est attestée par des épreuves diagnostiques d'imagerie médicale (radiographie, tomodensitogramme ou IRM), l'indemnisation peut se poursuivre jusqu'à la fin de l'invalidité totale, sous réserve du maximum de 24 mois.

Entorse ou foulure - En cas d'invalidité totale ou partielle résultant directement ou indirectement et dans quelque mesure que ce soit d'une entorse ou d'une foulure, la période d'indemnisation maximale est de deux mois.

PROTECTION 24 HEURES (E)

1. DÉFINITIONS

Pour l'exécution de la couverture Protection 24 heures (E) et de toute modification y afférente, on entend par :

Invalidité partielle ou **partiellement invalide**, l'état de l'assuré principal qui est sous les soins réguliers d'un médecin à cause d'une blessure médicalement déterminable, suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où il a subi la blessure, ne peut plus travailler à plein temps ou s'acquitter d'une ou plusieurs tâches importantes de sa profession habituelle contre pleine rémunération;
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où il a subi la blessure, n'est plus en mesure de se livrer à un nombre important de ses occupations journalières.

Invalidité totale ou **totalement invalide**, l'état de l'assuré principal qui est suivi de façon régulière par un médecin en raison d'une blessure reconnue sur le plan médical, qui suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où il a subi la blessure, n'est plus du tout capable d'exercer son propre emploi et n'exerce aucune activité professionnelle rémunérée;
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où il a subi la blessure, est incapable d'accomplir la plupart de ses tâches quotidiennes courantes.

2. ADMISSIBILITÉ

À l'établissement de la Protection 24 heures (E), l'assuré principal doit avoir entre 5 et 80 ans.

3. GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE-ACCIDENT

Si une blessure subie par l'assuré principal dans un accident survenu en cours d'assurance entraîne son invalidité totale dans les 90 jours suivants, l'assureur versera la prestation mensuelle d'invalidité totale qui est stipulée au Tableau d'assurance – Protection 24 heures (E).

Cette prestation est versée tant que l'assuré principal reste totalement invalide, sous réserve d'un maximum de 24 mois.

4. GARANTIE INVALIDITÉ PARTIELLE-ACCIDENT

Si une blessure subie par l'assuré principal dans un accident survenu en cours d'assurance entraîne son invalidité partielle dans les 90 jours suivants, l'assureur versera la prestation mensuelle d'invalidité partielle qui est stipulée au Tableau d'assurance – Protection 24 heures (E).

Cette prestation est versée tant que l'assuré principal reste partiellement invalide, sous réserve d'un maximum de six mois.

5. GARANTIE INVALIDITÉ PRÉSUMÉE

Si l'assuré principal subit la perte

- de la parole;
- de la vue des deux yeux;
- de l'ouïe des deux oreilles;
- de l'usage des deux mains ou des deux pieds; ou
- de l'usage d'une main et d'un pied;

dans les 90 jours suivant un accident, en raison d'une blessure subie lors de l'accident en question, alors que la couverture était en vigueur, l'assureur verse la prestation mensuelle d'invalidité présumée indiquée au Tableau d'assurance – Protection 24 heures (E). Cette disposition s'applique peu importe la capacité de l'assuré principal d'exercer un emploi ou de se livrer à ses occupations journalières. De plus, il n'est pas nécessaire que l'assuré principal soit suivi et soigné par un médecin.

Les termes « perte » et « perte de l'usage » mentionnés plus haut renvoient à une perte qui, selon l'assureur, est permanente, totale et irréversible et à laquelle ni la chirurgie ni aucun autre moyen ne peut remédier. De plus

- a) en ce qui concerne la parole, ces termes s'entendent de la perte complète et irrémédiable de la faculté d'émettre des sons intelligibles;
- b) en ce qui concerne la vue, ces termes s'entendent de la perte complète et irrémédiable de la vue des deux yeux; et
- c) en ce qui concerne l'ouïe, ces termes s'entendent de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles à laquelle aucun appareil auditif ne peut remédier.

6. GARANTIE RÉADAPTATION

Après une période d'invalidité totale, l'assureur peut, à son gré, payer jusqu'à trois fois la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident pour la réadaptation de l'assuré principal, moyennant réception des originaux des factures ou d'autres justificatifs valables des frais ou services pertinents.

Si l'assuré principal était employé à la date de son invalidité, il s'agit de prestations de réadaptation professionnelle. Sinon, il s'agit de prestations de réadaptation physique.

7. GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS

Si l'assuré principal décède au cours d'une période d'indemnisation pendant laquelle il reçoit des prestations mensuelles d'invalidité totale ou partielle par suite d'accident, l'assureur verse à ses ayants droit le capital-décès indiqué au Tableau d'assurance – Protection 24 heures (E).

Modèle

8. PLAFOND DE LA PRESTATION D'INVALIDITÉ PAR SUITE D'ACCIDENT

- a) Si l'assuré principal est employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations de la garantie Invalidité totale-accident ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :
- i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
 - ii) 75 % du salaire pré-invalidité de l'assuré principal et/ou 1 % de son revenu d'entreprise, déterminés selon les directives de l'assureur;
 - iii) 6 000 \$.
- b) Si l'assuré principal n'est pas employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations de la garantie Invalidité totale-accident ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :
- i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
 - ii) 2 000 \$.
- c) À partir de la date d'anniversaire contractuel suivant 70^e le anniversaire de naissance de l'assuré principal, le total mensuel des prestations de la garantie Invalidité totale-accident ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :
- i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
 - ii) 1 000 \$.

En cas de dépassement du plafond applicable, les garanties Invalidité totale-accident établies par l'assureur interviennent successivement par ordre de date d'effet jusqu'à ce que le plafond soit atteint.

9. NON-SIMULTANÉITÉ DES PRESTATIONS

Les prestations d'invalidité totale par suite d'accident, les prestations d'invalidité partielle par suite d'accident et les prestations de réadaptation ne peuvent être versées concurremment. Cela vaut pour la présente couverture et toute couverture analogue établie par l'assureur.

10. COORDINATION AVEC D'AUTRES SOURCES

Si la prestation mensuelle payable au titre de la présente Protection 24 heures (E), une fois combinée avec celles d'autres couvertures analogues :

- a) **ne dépasse pas 2 000 \$** dans le cas de la garantie Invalidité totale-accident ou 1 000 \$ dans le cas de la garantie Invalidité partielle-accident, la coordination des prestations ne s'applique pas. La prestation mensuelle au titre de la présente couverture est versée en plus de toute somme payable d'une autre source;

- b) **dépasse 2 000 \$** dans le cas de garantie Invalidité totale-accident ou 1 000 \$ dans le cas de la garantie Invalidité partielle-accident, les prestations de la présente couverture sont coordonnées avec celles de toute autre source.

Cependant, la prestation mensuelle après déduction des montants d'autres sources ne sera jamais inférieure à 2 000 \$ en cas d'invalidité totale ou à 1 000 \$ en cas d'invalidité partielle.

11. RAJUSTEMENT DE LA PRESTATION D'INVALIDITÉ TOTALE PAR SUITE D'ACCIDENT

Si le revenu de l'assuré principal, à la date de l'invalidité, a diminué au point où le montant de la prestation d'invalidité totale est devenu trop élevé par rapport au revenu, l'assureur peut modifier le contrat de manière à rajuster la prestation et la prime.

Le cas échéant, l'assureur rembourse l'excédent de prime afférent aux 12 derniers mois.

Quel que soit le revenu, la prestation mensuelle globale de la garantie Invalidité totale-accident ne peut en aucun cas être inférieure à 2 000 \$.

12. GARANTIE RELATIVE À LA RÉCIDIVE DE L'INVALIDITÉ

Si, après une période d'invalidité totale ou partielle ayant donné lieu au versement de prestations, l'assuré principal redevient totalement ou partiellement invalide :

- a) moins de six mois plus tard par suite de la même blessure, sa nouvelle invalidité sera considérée comme la prolongation de l'invalidité totale ou partielle précédente;
- b) au moins six mois plus tard, la nouvelle invalidité sera considérée comme une nouvelle invalidité totale ou partielle, même si elle résulte de la même blessure que l'invalidité précédente.

13. EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente Protection 24 heures (E) lorsque l'invalidité, l'accident ou la blessure résulte directement ou indirectement, en tout ou en partie :

- a) du suicide ou de l'automutilation de l'assuré, que celui-ci soit sain d'esprit ou non;
- b) de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel, ou d'un acte commis pendant une incarcération;
- c) du mauvais emploi de médicaments, de l'abus de drogues ou de substances intoxicantes, ou d'une alcoolémie de 80 mg ou plus pour 100 ml de sang;
- d) de la pratique de sports à titre de professionnel rémunéré, de la participation à des courses de vitesse motorisées organisées ou de la pratique d'autres activités dangereuses tels que la plongée autonome, l'escalade de rocher, l'alpinisme, la boxe, le parachutisme, la paravoile, le deltaplane ou le saut à l'élastique;
- e) d'un voyage aérien, sauf à titre de passager payant dans un aéronef commercial agréé;

Modèle

- f) d'un traitement médical facultatif;
- g) d'émeutes, de troubles civils, de la guerre ou de tout acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou du service à temps plein ou partiel dans les forces armées d'un pays, d'un gouvernement ou d'un organisme international;
- h) d'une affection préexistante au cours des 12 mois qui suivent la date d'effet de la présente couverture;
- i) d'une maladie.

14. RESTRICTIONS

Cou et dos - En cas d'invalidité totale ou partielle résultant directement ou indirectement et dans quelque mesure que ce soit d'une blessure au cou ou au dos, la période d'indemnisation maximale est de deux mois. Cependant, lorsque la blessure est attestée par des épreuves diagnostiques d'imagerie médicale (radiographie, tomodensitogramme ou IRM), l'indemnisation peut se poursuivre jusqu'à la fin de l'invalidité totale, sous réserve du maximum de 24 mois.

Entorse ou foulure - En cas d'invalidité totale ou partielle résultant directement ou indirectement et dans quelque mesure que ce soit d'une entorse ou d'une foulure, la période d'indemnisation maximale est de deux mois.

EXTENSION INVALIDITÉ 24 HEURES (3)

(3 ans de prestations)

1. DÉFINITIONS

Pour l'exécution de la couverture Extension invalidité 24 heures et de toute modification y afférente, on entend par :

Invalidité partielle ou **partiellement invalide**, l'état de l'assuré principal qui est suivi et soigné de façon régulière par un médecin à cause d'une blessure médicalement déterminable, qui suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où il a subi la blessure,
 - (i) a déjà reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale;
 - (ii) ne peut plus, pendant les 36 mois suivants, travailler à plein temps et/ou s'acquitter d'une ou de plusieurs tâches importantes de sa profession habituelle contre pleine rémunération; ou
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où il a subi la blessure, a déjà reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale et est, par la suite, incapable de se livrer à un nombre important de ses occupations journalières.

Invalidité totale ou **totalelement invalide**, l'état de l'assuré principal qui est suivi de façon régulière par un médecin en raison d'une blessure reconnue sur le plan médical, qui suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où il a subi la blessure,
 - (i) a déjà touché 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale;
 - (ii) n'est plus du tout capable, au cours des 36 mois suivants, d'exercer son propre emploi et n'exerce aucune activité professionnelle rémunérée; ou
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où il a subi la blessure,
 - (i) a déjà touché 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale;
 - (ii) n'est plus du tout capable, au cours des 36 mois suivants, d'accomplir la plupart de ses tâches quotidiennes courantes.

2. ADMISSIBILITÉ

À l'établissement de la couverture Extension invalidité 24 heures, le proposant doit avoir entre 18 et 58 ans.

3. GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE-ACCIDENT

Si, après avoir reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale, l'assuré principal demeure totalement invalide selon les critères susmentionnés, l'assureur verse la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident indiquée au Tableau d'assurance – Extension invalidité 24 heures.

Les prestations sont payables pendant une période maximale de 36 mois ou jusqu'à ce que l'assuré principal cesse d'être totalement invalide, si son invalidité totale prend fin plus tôt.

4. GARANTIE INVALIDITÉ PARTIELLE-ACCIDENT

Si, après avoir reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale, l'assuré principal demeure totalement invalide selon les critères susmentionnés pendant au moins un mois, puis cesse d'être totalement invalide mais demeure partiellement invalide, l'assureur peut verser la prestation mensuelle d'invalidité partielle par suite d'accident indiquée au Tableau d'assurance – Extension invalidité 24 heures, et ce, pendant une période maximale de 6 mois ou jusqu'à ce que l'assuré principal cesse d'être partiellement invalide, si son invalidité partielle prend fin plus tôt.

5. GARANTIE RÉADAPTATION

Après une période d'indemnisation relativement à une invalidité totale par suite d'un accident, l'assureur peut, à son gré, verser une prestation de réadaptation. Si l'assuré principal était employé à la date à laquelle il a subi la blessure, il s'agit de prestations de réadaptation professionnelle. Sinon, il s'agit de prestations de réadaptation physique. Le versement des prestations est conditionnel à la réception, par l'assureur, des originaux des factures ou d'autres justificatifs valables des frais ou services visés.

6. PLAFOND DE LA PRESTATION D'INVALIDITÉ PAR SUITE D'ACCIDENT

- a) Si l'assuré principal est employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations d'invalidité par suite d'accident ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :
 - i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
 - ii) 75 % du salaire pré-invalidité de l'assuré principal et/ou 1 % de son revenu d'entreprise, déterminés selon les directives de l'assureur;
 - iii) 6 000 \$.
- b) Si l'assuré principal n'est pas employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations d'invalidité par suite d'accident ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :
 - i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
 - ii) 2 000 \$.

En cas de dépassement du plafond applicable, les garanties Invalidité totale par suite d'accident établies par l'assureur interviennent successivement par ordre de date d'effet jusqu'à ce que le plafond soit atteint.

7. NON-SIMULTANÉITÉ DES PRESTATIONS

Les prestations d'invalidité totale par suite d'accident, les prestations d'invalidité partielle par suite d'accident et les prestations de réadaptation ne peuvent être versées concurremment. Cela vaut pour la présente couverture et toute couverture analogue établie par l'assureur.

Modèle

8. COORDINATION AVEC D'AUTRES SOURCES

Si, au moment où elle devient payable, la prestation mensuelle au titre de la présente couverture Extension invalidité 24 heures, une fois combinée avec celles d'autres couvertures analogues :

- a) **ne dépasse pas 2 000 \$** dans le cas de la garantie Invalidité totale-accident, la coordination des prestations ne s'applique pas. La prestation mensuelle au titre de la présente couverture est versée en plus de toute somme payable d'une autre source;
- b) **dépasse 2 000 \$** dans le cas de garantie Invalidité totale-accident, les prestations de la présente couverture sont coordonnées avec celles de toute autre source.

Cependant, la prestation mensuelle d'invalidité totale en cas d'accident après déduction des montants d'autres sources ne sera jamais inférieure à 2 000 \$.

9. RAJUSTEMENT DE LA PRESTATION ET DE LA PRIME

Si le revenu de l'assuré principal, à la date de l'invalidité, a diminué au point où le montant de la prestation d'invalidité totale est devenu trop élevé par rapport au revenu, l'assureur peut modifier le contrat de manière à rajuster la prestation et la prime.

Le cas échéant, l'assureur rembourse l'excédent de prime afférent aux 12 derniers mois.

10. GARANTIE RELATIVE À LA RÉCIDIVE DE L'INVALIDITÉ

Si, après une période d'invalidité ayant donné lieu au versement de prestations au titre de la présente couverture Extension invalidité 24 heures, l'assuré principal redevient totalement ou partiellement invalide :

- a) moins de six mois plus tard par suite de la même blessure, sa nouvelle invalidité sera considérée comme la prolongation de l'invalidité totale ou partielle précédente;
- b) au moins six mois plus tard, la nouvelle invalidité sera considérée comme une nouvelle invalidité totale ou partielle, même si elle résulte de la même blessure que l'invalidité précédente.

11. EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente couverture Extension invalidité 24 heures lorsque l'invalidité, l'accident ou la blessure résulte directement ou indirectement, en tout ou en partie :

- a) du suicide ou de l'automutilation de l'assuré, que celui-ci soit sain d'esprit ou non;
- b) de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel, ou d'un acte commis pendant une incarcération;
- c) du mauvais emploi de médicaments, de l'abus de drogues ou de substances intoxicantes, ou d'une alcoolémie de 80 mg ou plus pour 100 ml de sang;
- d) de la pratique de sports à titre de professionnel rémunéré, de la participation à des courses de vitesse motorisées organisées ou de la pratique d'autres activités dangereuses tels que la plongée autonome, l'escalade de rocher, l'alpinisme, la boxe, le parachutisme, la paravoile, le deltaplane ou le saut à l'élastique;
- e) d'un voyage aérien, sauf à titre de passager payant dans un aéronef commercial agréé;
- f) d'un traitement médical facultatif;
- g) d'émeutes, de troubles civils, de la guerre ou de tout acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou du service à temps plein ou partiel dans les forces armées d'un pays, d'un gouvernement ou d'un organisme international;
- h) d'une maladie;
- i) d'une blessure au cou ou au dos, sauf si la blessure est attestée par des épreuves diagnostiques d'imagerie médicale (radiographie, tomodynamogramme ou IRM);
- j) d'une entorse ou d'une foulure.

EXTENSION INVALIDITÉ 24 HEURES

1. DÉFINITIONS

Pour l'exécution de la couverture Extension invalidité 24 heures et de toute modification y afférente, on entend par :

Invalidité partielle ou **partiellement invalide**, l'état de l'assuré principal qui est suivi et soigné de façon régulière par un médecin à cause d'une blessure médicalement déterminable, qui suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où il a subi la blessure,
 - (i) a déjà reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale;
 - (ii) ne peut plus, pendant les 36 mois suivants, travailler à plein temps et/ou s'acquitter d'une ou de plusieurs tâches importantes de sa profession habituelle contre pleine rémunération; et
 - (iii) ne peut plus, par la suite, travailler à plein temps et/ou s'acquitter d'une ou de plusieurs tâches importantes de quelque profession que ce soit contre pleine rémunération; ou
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où il a subi la blessure, a déjà reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale et est, par la suite, incapable de se livrer à un nombre important de ses occupations journalières.

Invalidité totale ou **totalelement invalide**, l'état de l'assuré principal qui est suivi de façon régulière par un médecin en raison d'une blessure reconnue sur le plan médical, qui suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où il a subi la blessure,
 - (i) a déjà touché 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale;
 - (ii) n'est plus du tout capable, au cours des 36 mois suivants, d'exercer son propre emploi et n'exerce aucune activité professionnelle rémunérée et
 - (iii) n'est plus du tout capable, par la suite, d'exercer son propre emploi ou tout autre emploi rémunéré qu'il est raisonnablement apte à exercer compte tenu de sa scolarité, de sa formation ou de son expérience, et n'exerce aucune activité professionnelle rémunérée ou
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où il a subi la blessure,
 - (i) a déjà touché 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale;
 - (ii) n'est plus du tout capable, au cours des 36 mois suivants, d'accomplir la plupart de ses tâches quotidiennes courantes et
 - (iii) n'est plus du tout capable, par la suite, d'accomplir ses tâches quotidiennes courantes, quelles qu'elles soient.

2. ADMISSIBILITÉ

À l'établissement de la couverture Extension invalidité 24 heures, le proposant doit avoir entre 18 et 59 ans.

3. GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE-ACCIDENT

Si, après avoir reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale, l'assuré principal demeure totalement invalide selon les critères mentionnés plus haut, l'assureur verse la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident indiquée au Tableau d'assurance – Extension invalidité 24 heures.

Les prestations sont payables jusqu'à ce que l'assuré principal ait atteint l'âge de 65 ans ou cesse d'être totalement invalide, si son invalidité totale prend fin plus tôt.

4. GARANTIE INVALIDITÉ PARTIELLE-ACCIDENT

Si, après avoir reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale, l'assuré principal demeure totalement invalide selon les critères mentionnés plus haut pendant au moins un mois, puis cesse d'être totalement invalide mais demeure partiellement invalide, l'assureur peut verser la prestation mensuelle d'invalidité partielle par suite d'accident indiquée au Tableau d'assurance – Extension invalidité 24 heures, et ce, pendant une période maximale de 6 mois ou jusqu'à ce que l'assuré principal cesse d'être partiellement invalide, si son invalidité partielle prend fin plus tôt.

5. GARANTIE RÉADAPTATION

Après une période d'indemnisation relativement à une invalidité totale attribuable à un accident, l'assureur peut, à son gré, verser une prestation de réadaptation. Si l'assuré principal était employé à la date à laquelle il a subi la blessure, il s'agit de prestations de réadaptation professionnelle. Sinon, il s'agit de prestations de réadaptation physique. Le versement des prestations est conditionnel à la réception, par l'assureur, des originaux des factures ou d'autres justificatifs valables des frais ou services visés.

6. PLAFOND DE LA PRESTATION D'INVALIDITÉ PAR SUITE D'ACCIDENT

- a) Si l'assuré principal est employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations d'invalidité par suite d'accident ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :
 - i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
 - ii) 75 % du salaire pré-invalidité de l'assuré principal et/ou 1 % de son revenu d'entreprise, déterminés selon les directives de l'assureur;
 - iii) 6 000 \$.

Modèle

- b) Si l'assuré principal n'est pas employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations d'invalidité par suite d'accident ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :
- i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
 - ii) 2 000 \$.

En cas de dépassement du plafond applicable, les garanties Invalidité-accident établies par l'assureur interviennent successivement par ordre de date d'effet jusqu'à ce que le plafond soit atteint.

7. NON-SIMULTANÉITÉ DES PRESTATIONS

Les prestations d'invalidité totale par suite d'accident, les prestations d'invalidité partielle par suite d'accident et les prestations de réadaptation ne peuvent être versées concurremment. Cela vaut pour la présente couverture et toute couverture analogue établie par l'assureur.

8. COORDINATION AVEC D'AUTRES SOURCES

Si, au moment où elle devient payable, la prestation mensuelle au titre de la présente couverture Extension invalidité 24 heures, une fois combinée avec celles d'autres couvertures analogues :

- a) **ne dépasse pas 2 000 \$** dans le cas de la garantie Invalidité totale-accident, la coordination des prestations ne s'applique pas. La prestation mensuelle au titre de la présente couverture est versée en plus de toute somme payable d'une autre source;
- b) **dépasse 2 000 \$** dans le cas de garantie Invalidité totale-accident, les prestations de la présente couverture sont coordonnées avec celles de toute autre source.

Cependant, la prestation mensuelle d'invalidité totale après déduction des montants d'autres sources ne sera jamais inférieure à 2 000 \$.

9. RAJUSTEMENT DE LA PRESTATION ET DE LA PRIME

Si le revenu de l'assuré principal, à la date de l'invalidité, a diminué au point où le montant de la prestation d'invalidité totale est devenu trop élevé par rapport au revenu, l'assureur peut modifier le contrat de manière à rajuster la prestation et la prime.

Le cas échéant, l'assureur rembourse l'excédent de prime afférent aux 12 derniers mois.

10. GARANTIE RELATIVE À LA RÉCIDIVE DE L'INVALIDITÉ

Si, après une période d'invalidité ayant donné lieu au versement de prestations au titre de la présente couverture Extension invalidité 24 heures, l'assuré principal redevient totalement ou partiellement invalide :

- a) moins de six mois plus tard par suite de la même blessure, sa nouvelle invalidité sera considérée comme la prolongation de l'invalidité totale ou partielle précédente;
- b) au moins six mois plus tard, la nouvelle invalidité sera considérée comme une nouvelle invalidité totale ou partielle, même si elle résulte de la même blessure que l'invalidité précédente.

11. EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente couverture Extension invalidité lorsque l'invalidité, l'accident ou la blessure résulte directement ou indirectement, en tout ou en partie :

- a) du suicide ou de l'automutilation de l'assuré, que celui-ci soit sain d'esprit ou non;
- b) de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel, ou d'un acte commis pendant une incarcération;
- c) du mauvais emploi de médicaments, de l'abus de drogues ou de substances intoxicantes, ou d'une alcoolémie de 80 mg ou plus pour 100 ml de sang;
- d) de la pratique de sports à titre de professionnel rémunéré, de la participation à des courses de vitesse motorisées organisées ou de la pratique d'autres activités dangereuses tels que la plongée autonome, l'escalade de rocher, l'alpinisme, la boxe, le parachutisme, la paravoile, le deltaplane ou le saut à l'élastique;
- e) d'un voyage aérien, sauf à titre de passager payant dans un aéronef commercial agréé;
- f) d'un traitement médical facultatif;
- g) d'émeutes, de troubles civils, de la guerre ou de tout acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou du service à temps plein ou partiel dans les forces armées d'un pays, d'un gouvernement ou d'un organisme international;
- h) d'une maladie;
- i) d'une blessure au cou ou au dos, sauf si la blessure est attestée par des épreuves diagnostiques d'imagerie médicale (radiographie, tomодensitogramme ou IRM);
- j) d'une entorse ou d'une foulure.

PERTE DE REVENU HORS DU TRAVAIL

1. DÉFINITIONS

Pour l'exécution de la couverture Perte de revenu hors du travail et de toute modification y afférente, on entend par :

Invalidité partielle ou **partiellement invalide**, l'état de l'assuré principal qui est sous les soins réguliers d'un médecin à cause d'une blessure médicalement déterminable, suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où il a subi la blessure, ne peut plus travailler à plein temps ou s'acquitter d'une ou de plusieurs tâches importantes de sa profession habituelle contre pleine rémunération;
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où il a subi la blessure, n'est plus en mesure de se livrer à un nombre important de ses occupations journalières.

Invalidité totale ou **totalelement invalide**, l'état de l'assuré principal qui est suivi de façon régulière par un médecin en raison d'une blessure reconnue sur le plan médical, qui suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où il a subi la blessure, n'est plus du tout capable d'exercer son propre emploi et n'exerce aucune activité professionnelle rémunérée;
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où il a subi la blessure, est incapable d'accomplir la plupart de ses tâches quotidiennes courantes.

2. ADMISSIBILITÉ

À l'établissement de la couverture Perte de revenu hors du travail, l'assuré principal doit être employé et avoir entre 18 et 64 ans.

3. GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE-ACCIDENT

Si une blessure subie par l'assuré principal dans un accident survenu en cours d'assurance entraîne son invalidité totale dans les 90 jours suivants, l'assureur versera la prestation mensuelle d'invalidité totale qui est stipulée au Tableau d'assurance – Perte de revenu hors du travail. Cette prestation est versée tant que l'assuré principal reste totalement invalide, sous réserve d'un maximum de 24 mois.

4. GARANTIE INVALIDITÉ PARTIELLE-ACCIDENT

Si une blessure subie par l'assuré principal dans un accident survenu en cours d'assurance entraîne son invalidité partielle dans les 90 jours suivants, l'assureur versera la prestation mensuelle d'invalidité partielle qui est stipulée au Tableau d'assurance – Perte de revenu hors du travail.

Cette prestation est versée tant que l'assuré principal reste partiellement invalide, sous réserve d'un maximum de six mois.

5. GARANTIE INVALIDITÉ PRÉSUMÉE

Si l'assuré principal subit la perte

- de la parole;
- de la vue des deux yeux;
- de l'ouïe des deux oreilles;
- de l'usage des deux mains ou des deux pieds; ou
- de l'usage d'une main et d'un pied;

dans les 90 jours suivant un accident, en raison d'une blessure subie lors de l'accident en question, alors que la couverture était en vigueur, l'assureur verse la prestation mensuelle d'invalidité présumée indiquée au Tableau d'assurance – Perte de revenu hors du travail. Cette disposition s'applique peu importe la capacité de l'assuré principal d'exercer un emploi ou de se livrer à ses occupations journalières. De plus, il n'est pas nécessaire que l'assuré principal soit suivi et soigné par un médecin.

Les termes « perte » et « perte de l'usage » mentionnés plus haut renvoient à une perte qui, selon l'assureur, est permanente, totale et irréversible et à laquelle ni la chirurgie ni aucun autre moyen ne peut remédier. De plus :

- a) en ce qui concerne la parole, ces termes s'entendent de la perte complète et irrémédiable de la faculté d'émettre des sons intelligibles;
- b) en ce qui concerne la vue, ces termes s'entendent de la perte complète et irrémédiable de la vue des deux yeux; et
- c) en ce qui concerne l'ouïe, ces termes s'entendent de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles à laquelle aucun appareil auditif ne peut remédier.

6. GARANTIE RÉADAPTATION

Après une période d'invalidité totale, l'assureur peut, à son gré, payer jusqu'à trois fois la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident pour la réadaptation de l'assuré principal, moyennant réception des originaux des factures ou d'autres justificatifs valables des frais ou services pertinents.

Si l'assuré principal était employé à la date de son invalidité, il s'agit de prestations de réadaptation professionnelle. Sinon, il s'agit de prestations de réadaptation physique.

7. GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS

Si l'assuré principal décède au cours d'une période d'indemnisation pendant laquelle il reçoit des prestations mensuelles d'invalidité totale ou partielle par suite d'accident, l'assureur verse à ses ayants droit le capital-décès indiqué au Tableau d'assurance – Perte de revenu hors du travail.

Modèle

8. PLAFOND DE LA PRESTATION D'INVALIDITÉ PAR SUITE D'ACCIDENT

- a) Si l'assuré principal est employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations de la garantie Invalidité totale-accident ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :
- la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
 - 75 % du salaire pré-invalidité de l'assuré principal et/ou 1 % de son revenu d'entreprise, déterminés selon les directives de l'assureur;
 - 6 000 \$.
- b) Si l'assuré principal n'est pas employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations de la garantie Invalidité totale-accident ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :
- la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
 - 2 000 \$.

En cas de dépassement du plafond applicable, les garanties Invalidité totale-accident établies par l'assureur interviennent successivement par ordre de date d'effet jusqu'à ce que le plafond soit atteint.

9. NON-SIMULTANÉITÉ DES PRESTATIONS

Les prestations d'invalidité totale par suite d'accident, les prestations d'invalidité partielle par suite d'accident et les prestations de réadaptation ne peuvent être versées concurremment. Cela vaut pour la présente couverture et toute couverture analogue établie par l'assureur.

10. COORDINATION AVEC D'AUTRES SOURCES

Si la prestation mensuelle payable au titre de la présente couverture Perte de revenu hors du travail, une fois combinée avec celles d'autres couvertures analogues :

- a) **ne dépasse pas 2 000 \$** dans le cas de la garantie Invalidité totale-accident ou 1 000 \$ dans le cas de la garantie Invalidité partielle-accident, la coordination des prestations ne s'applique pas. La prestation mensuelle au titre de la présente couverture est versée en plus de toute somme payable d'une autre source;
- b) **dépasse 2 000 \$** dans le cas de garantie Invalidité totale-accident ou 1 000 \$ dans le cas de la garantie Invalidité partielle-accident, les prestations de la présente couverture sont coordonnées avec celles de toute autre source.

Cependant, la prestation mensuelle après déduction des montants d'autres sources ne sera jamais inférieure à 2 000 \$ en cas d'invalidité totale ou à 1 000 \$ en cas d'invalidité partielle.

11. RAJUSTEMENT DE LA PRESTATION D'INVALIDITÉ TOTALE PAR SUITE D'ACCIDENT

Si le revenu de l'assuré principal, à la date de l'invalidité, a diminué au point où le montant de la prestation d'invalidité totale est devenu trop élevé par rapport au revenu, l'assureur peut modifier le contrat de manière à rajuster la prestation et la prime.

Le cas échéant, l'assureur rembourse l'excédent de prime afférent aux 12 derniers mois.

Quel que soit le revenu, la prestation mensuelle globale de la garantie Invalidité totale-accident ne peut en aucun cas être inférieure à 2 000 \$.

12. GARANTIE RELATIVE À LA RÉCIDIVE DE L'INVALIDITÉ

Si, après une période d'invalidité totale ou partielle ayant donné lieu au versement de prestations, l'assuré principal redevient totalement ou partiellement invalide :

- moins de six mois plus tard par suite de la même blessure, sa nouvelle invalidité sera considérée comme la prolongation de l'invalidité totale ou partielle précédente;
- au moins six mois plus tard, la nouvelle invalidité sera considérée comme une nouvelle invalidité totale ou partielle, même si elle résulte de la même blessure que l'invalidité précédente.

13. EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente couverture Perte de revenu hors du travail lorsque l'invalidité, l'accident ou la blessure résulte directement ou indirectement, en tout ou en partie :

- d'un événement qui se produit pendant que l'assuré principal se trouve dans l'exercice d'une activité rémunérée (les accidents qui surviennent en dehors du travail sont couverts);
- du suicide ou de l'automutilation de l'assuré, que celui-ci soit sain d'esprit ou non;
- de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel, ou d'un acte commis pendant une incarcération;
- du mauvais emploi de médicaments, de l'abus de drogues ou de substances intoxicantes, ou d'une alcoolémie de 80 mg ou plus pour 100 ml de sang;
- de la pratique de sports à titre de professionnel rémunéré, de la participation à des courses de vitesse motorisées organisées ou de la pratique d'autres activités dangereuses tels que la plongée autonome, l'escalade de rocher, l'alpinisme, la boxe, le parachutisme, la paravoile, le deltaplane ou le saut à l'élastique;

Modèle

- f) d'un voyage aérien, sauf à titre de passager payant dans un aéronef commercial agréé;
- g) d'un traitement médical facultatif;
- h) d'émeutes, de troubles civils, de la guerre ou de tout acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou du service à temps plein ou partiel dans les forces armées d'un pays, d'un gouvernement ou d'un organisme international;
- i) d'une affection préexistante au cours des 12 mois qui suivent la date d'effet de la présente couverture;
- j) d'une maladie.

14. RESTRICTIONS

Cou et dos - En cas d'invalidité totale ou partielle résultant directement ou indirectement et dans quelque mesure que ce soit d'une blessure au cou ou au dos, la période d'indemnisation maximale est de deux mois. Cependant, lorsque la blessure est attestée par des épreuves diagnostiques d'imagerie médicale (radiographie, tomodensitogramme ou IRM), l'indemnisation peut se poursuivre jusqu'à la fin de l'invalidité totale, sous réserve du maximum de 24 mois.

Entorse ou foulure - En cas d'invalidité totale ou partielle résultant directement ou indirectement et dans quelque mesure que ce soit d'une entorse ou d'une foulure, la période d'indemnisation maximale est de deux mois.

AVENANT D'INDEMNISATION POUR ENTORSES ET FOULURES (4)

**Le présent avenant prolonge la période d'indemnisation maximale liée aux entorses et aux foulures de la couverture de base pour invalidité totale ou partielle attribuable à un accident.
Il s'applique à toute couverture établie depuis le 15 février 2005.**

1. RÉSUMÉ

L'avenant d'indemnisation pour entorses et foulures modifie les limitations applicables aux entorses et aux foulures du régime ou de l'avenant Invalidité totale-Accident, conformément à ce qui figure dans le tableau d'assurance - Avenant d'indemnisation pour entorses et foulures.

2. ADMISSIBILITÉ

L'avenant d'indemnisation pour entorses et foulures peut uniquement être établi pour une personne âgée de 5 à 80 ans qui est assurée au titre d'un contrat Protection accidents comportant une garantie Invalidité totale ou partielle-Accident.

3. PÉRIODE D'INDEMNISATION Entorses et foulures

Durant les 12 premiers mois d'application du présent avenant, des prestations peuvent être versées au titre de celui-ci pendant une période maximale de un mois. Par la suite, la période d'indemnisation maximale augmente de un mois à chaque nouvelle période d'application de 12 mois du présent avenant, jusqu'à concurrence de quatre mois. Toutefois, l'indemnisation prend fin dès que cesse l'invalidité totale résultant de l'entorse ou de la foulure.

4. MAXIMUM GLOBAL

Lorsque l'assuré principal a reçu les prestations maximales au titre de la garantie Invalidité totale ou partielle-Accident à la suite d'une entorse ou d'une foulure, aucune autre prestation ne peut être versée au titre du présent avenant pour d'autres périodes d'invalidité résultant, directement ou indirectement, d'une entorse ou d'une foulure.

La durée totale de la période d'indemnisation au titre de la garantie Invalidité totale-Accident dans le cas d'une entorse ou d'une foulure ne peut pas dépasser le maximum global de 180 jours au titre de toutes les garanties de ce type établies par l'assureur.

Toutes les autres conditions, dispositions et exclusions de la couverture de base à l'égard de la garantie Invalidité totale-Accident s'appliquent au présent avenant.

AVENANT D'INDEMNISATION POUR ENTORSES ET FOULURES (5)

Le présent avenant prolonge la période d'indemnisation maximale liée aux entorses et aux foulures ainsi qu'aux blessures au cou et au dos de la couverture de base pour invalidité totale ou partielle attribuable à un accident. Il s'applique à toute couverture établie avant le 15 FÉVRIER 2005.

1. RÉSUMÉ

L'avenant d'indemnisation pour entorses et foulures modifie les limitations applicables aux entorses et aux foulures ainsi qu'aux blessures au cou et au dos du régime ou de l'avenant Invalidité totale-Accident, conformément à ce qui figure dans le tableau d'assurance - Avenant d'indemnisation pour entorses et foulures.

2. ADMISSIBILITÉ

L'avenant d'indemnisation pour entorses et foulures peut uniquement être établi pour une personne âgée de 5 à 80 ans qui est assurée au titre d'un contrat Protection accidents comportant une garantie Invalidité totale ou partielle-Accident.

3. PÉRIODE D'INDEMNISATION

Entorses et foulures

Durant les 12 premiers mois d'application du présent avenant, des prestations peuvent être versées au titre de celui-ci pendant une période maximale de un mois. Par la suite, la période d'indemnisation maximale augmente de un mois à chaque nouvelle période d'application de 12 mois du présent avenant, jusqu'à concurrence de cinq mois. Toutefois, l'indemnisation prend fin dès que cesse l'invalidité totale résultant de l'entorse ou de la foulure.

Cou et dos

En cas d'invalidité totale ou partielle résultant directement ou indirectement et dans quelque mesure que ce soit d'une blessure au cou ou au dos, la période d'indemnisation maximale au titre du présent avenant est de un mois.

4. MAXIMUM GLOBAL

Lorsque l'assuré principal a reçu les prestations maximales au titre de la garantie Invalidité totale ou partielle-Accident à la suite d'une entorse ou d'une foulure ou encore d'une blessure au cou ou au dos, aucune autre prestation ne peut être versée au titre du présent avenant pour d'autres périodes d'invalidité résultant, directement ou indirectement, d'une entorse ou d'une foulure ou encore d'une blessure au cou ou au dos.

Entorses et foulures

La durée totale de la période d'indemnisation au titre de la garantie Invalidité totale-Accident dans le cas d'une entorse ou d'une foulure ne peut pas dépasser le maximum global de 180 jours au titre de toutes les garanties de ce type établies par l'assureur.

Cou et dos

La durée totale de la période d'indemnisation au titre de la garantie Invalidité totale-Accident dans le cas d'une blessure au cou ou au dos ne peut pas dépasser le maximum global de 60 jours au titre de toutes les garanties de ce type établies par l'assureur.

Toutes les autres conditions, dispositions et exclusions de la couverture de base à l'égard de la garantie Invalidité totale-Accident s'appliquent au présent avenant.

EXTENSION INVALIDITÉ HORS DU TRAVAIL (3)

(3 ans de prestations)

1. DÉFINITIONS

Pour l'exécution de la couverture Extension invalidité hors du travail et de toute modification y afférente, on entend par :

Invalidité partielle ou **partiellement invalide**, l'état de l'assuré principal qui est suivi et soigné de façon régulière par un médecin à cause d'une blessure médicalement déterminable, qui suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où il a subi la blessure,
 - i) a déjà reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale;
 - ii) ne peut plus, pendant les 36 mois suivants, travailler à plein temps et/ou s'acquitter d'une ou de plusieurs tâches importantes de sa profession habituelle contre pleine rémunération; ou
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où il a subi la blessure, a déjà reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale et est, par la suite, incapable de se livrer à un nombre important de ses occupations journalières.

Invalidité totale ou **totalelement invalide**, l'état de l'assuré principal qui est suivi de façon régulière par un médecin en raison d'une blessure reconnue sur le plan médical, qui suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où il a subi la blessure,
 - (i) a déjà touché 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale;
 - (ii) n'est plus du tout capable, au cours des 36 mois suivants, d'exercer son propre emploi et n'exerce aucune activité professionnelle rémunérée;
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où il a subi la blessure,
 - (i) a déjà touché 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale;
 - (ii) n'est plus du tout capable, au cours des 36 mois suivants, d'accomplir la plupart de ses tâches quotidiennes courantes.

2. ADMISSIBILITÉ

À l'établissement de la couverture Extension invalidité hors du travail, l'assuré doit être employé et avoir entre 18 et 58 ans.

3. GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE-ACCIDENT

Si, après avoir reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale, l'assuré principal demeure totalement invalide selon les critères mentionnés plus haut, l'assureur verse la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident indiquée au Tableau d'assurance – Extension invalidité hors du travail.

Les prestations sont payables pendant une période maximale de 36 mois ou jusqu'à ce que l'assuré principal cesse d'être totalement invalide, si son invalidité totale prend fin plus tôt.

4. GARANTIE INVALIDITÉ PARTIELLE-ACCIDENT

Si, après avoir reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale, l'assuré principal demeure totalement invalide selon les critères mentionnés plus haut pendant au moins un mois, puis cesse d'être totalement invalide mais demeure partiellement invalide, l'assureur peut verser la prestation mensuelle d'invalidité partielle par suite d'accident indiquée au Tableau d'assurance – Extension invalidité hors du travail, et ce, pendant une période maximale de 6 mois ou jusqu'à ce que l'assuré principal cesse d'être partiellement invalide, si son invalidité partielle prend fin plus tôt.

5. GARANTIE RÉADAPTATION

Après une période d'indemnisation relativement à une invalidité totale attribuable à un accident, l'assureur peut, à son gré, verser une prestation de réadaptation. Si l'assuré principal était employé à la date à laquelle il a subi la blessure, il s'agit de prestations de réadaptation professionnelle. Sinon, il s'agit de prestations de réadaptation physique. Le versement des prestations est conditionnel à la réception, par l'assureur, des originaux des factures ou d'autres justificatifs valables des frais ou services visés.

6. PLAFOND DE LA PRESTATION D'INVALIDITÉ PAR SUITE D'ACCIDENT

- a) Si l'assuré principal est employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations d'invalidité par suite d'accident ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :
 - i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
 - ii) 75 % du salaire pré-invalidité de l'assuré principal et/ou 1 % de son revenu d'entreprise, déterminés selon les directives de l'assureur;
 - iii) 6 000 \$.
- b) Si l'assuré principal n'est pas employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations d'invalidité par suite d'accident ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :
 - i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
 - ii) 2 000 \$.

En cas de dépassement du plafond applicable, les garanties Invalidité par suite d'accident établies par l'assureur interviennent successivement par ordre de date d'effet jusqu'à ce que le plafond soit atteint.

Modèle

7. NON-SIMULTANÉITÉ DES PRESTATIONS

Les prestations d'invalidité totale par suite d'accident, les prestations d'invalidité partielle par suite d'accident et les prestations de réadaptation ne peuvent être versées concurremment. Cela vaut pour la présente couverture et toute couverture analogue établie par l'assureur.

8. COORDINATION AVEC D'AUTRES SOURCES

Si, au moment où elle devient payable, la prestation mensuelle au titre de la présente couverture Extension invalidité hors du travail, une fois combinée avec celles d'autres couvertures analogues :

- a) **ne dépasse pas 2 000 \$** dans le cas de la garantie Invalidité totale-accident, la coordination des prestations ne s'applique pas. La prestation mensuelle au titre de la présente couverture est versée en plus de toute somme payable d'une autre source;
- b) **dépasse 2 000 \$** dans le cas de garantie Invalidité totale-accident, les prestations de la présente couverture sont coordonnées avec celles de toute autre source.

Cependant, la prestation mensuelle d'invalidité totale après déduction des montants d'autres sources ne sera jamais inférieure à 2 000 \$.

9. RAJUSTEMENT DE LA PRESTATION ET DE LA PRIME

Si le revenu de l'assuré principal, à la date de l'invalidité, a diminué au point où le montant de la prestation d'invalidité totale est devenu trop élevé par rapport au revenu, l'assureur peut modifier le contrat de manière à rajuster la prestation et la prime.

Le cas échéant, l'assureur rembourse l'excédent de prime afférent aux 12 derniers mois.

10. GARANTIE RELATIVE À LA RÉCIDIVE DE L'INVALIDITÉ

Si, après une période d'invalidité ayant donné lieu au versement de prestations au titre de la présente couverture Extension invalidité hors du travail, l'assuré principal redevient totalement ou partiellement invalide :

- a) moins de six mois plus tard par suite de la même blessure, sa nouvelle invalidité sera considérée comme la prolongation de l'invalidité totale ou partielle précédente;
- b) au moins six mois plus tard, la nouvelle invalidité sera considérée comme une nouvelle invalidité totale ou partielle, même si elle résulte de la même blessure que l'invalidité précédente.

11. EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente couverture Extension invalidité hors du travail lorsque l'invalidité, l'accident ou la blessure résulte directement ou indirectement, en tout ou en partie :

- a) d'un événement qui se produit pendant que l'assuré principal se trouve dans l'exercice d'une activité rémunérée (les accidents qui surviennent en dehors du travail sont couverts);
- b) du suicide ou de l'automutilation de l'assuré, que celui-ci soit sain d'esprit ou non;
- c) de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel, ou d'un acte commis pendant une incarcération;
- d) du mauvais emploi de médicaments, de l'abus de drogues ou de substances intoxicantes, ou d'une alcoolémie de 80 mg ou plus pour 100 ml de sang;
- e) de la pratique de sports à titre de professionnel rémunéré, de la participation à des courses de vitesse motorisées organisées ou de la pratique d'autres activités dangereuses tels que la plongée autonome, l'escalade de rocher, l'alpinisme, la boxe, le parachutisme, la paravoile, le deltaplane ou le saut à l'élastique;
- f) d'un voyage aérien, sauf à titre de passager payant dans un aéronef commercial agréé;
- g) d'un traitement médical facultatif;
- h) d'émeutes, de troubles civils, de la guerre ou de tout acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou du service à temps plein ou partiel dans les forces armées d'un pays, d'un gouvernement ou d'un organisme international;
- i) d'une maladie;
- j) d'une blessure au cou ou au dos, sauf si la blessure est attestée par des épreuves diagnostiques d'imagerie médicale (radiographie, tomodensitogramme ou IRM);
- k) d'une entorse ou d'une foulure.

EXTENSION INVALIDITÉ HORS TRAVAIL

1. DÉFINITIONS

Pour l'exécution de la couverture Extension invalidité hors du travail et de toute modification y afférente, on entend par :

Invalidité partielle ou **partiellement invalide**, l'état de l'assuré principal qui est suivi et soigné de façon régulière par un médecin à cause d'une blessure médicalement déterminable, qui suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où il a subi la blessure,
 - (i) a déjà reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale;
 - (ii) ne peut plus, pendant les 36 mois suivants, travailler à plein temps et/ou s'acquitter d'une ou de plusieurs tâches importantes de sa profession habituelle contre pleine rémunération; et
 - (iii) ne peut plus, par la suite, travailler à plein temps et/ou s'acquitter d'une ou de plusieurs tâches importantes de quelque profession que ce soit contre pleine rémunération; ou
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où il a subi la blessure, a déjà reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale et est, par la suite, incapable de se livrer à un nombre important de ses occupations journalières.

Invalidité totale ou **totalelement invalide**, l'état de l'assuré principal qui est suivi de façon régulière par un médecin en raison d'une blessure reconnue sur le plan médical, qui suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où il a subi la blessure,
 - (i) a déjà touché 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale;
 - (ii) n'est plus du tout capable, au cours des 36 mois suivants, d'exercer son propre emploi et n'exerce aucune activité professionnelle rémunérée et
 - (iii) n'est plus du tout capable, par la suite, d'exercer son propre emploi ou tout autre emploi rémunéré qu'il est raisonnablement apte à exercer compte tenu de sa scolarité, de sa formation ou de son expérience, et n'exerce aucune activité professionnelle rémunérée ou
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où il a subi la blessure,
 - (i) a déjà touché 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale;
 - (ii) n'est plus du tout capable, au cours des 36 mois suivants, d'accomplir la plupart de ses tâches quotidiennes courantes et
 - (iii) n'est plus du tout capable, par la suite, d'accomplir ses tâches quotidiennes courantes, quelles qu'elles soient.

2. ADMISSIBILITÉ

À l'établissement de la couverture Extension invalidité hors du travail, l'assuré doit être employé et avoir entre 18 et 59 ans.

3. GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE-ACCIDENT

Si, après avoir reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale, l'assuré principal demeure totalement invalide selon les critères mentionnés plus haut, l'assureur verse la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite d'accident indiquée au Tableau d'assurance – Extension invalidité hors du travail ».

Les prestations sont payables jusqu'à ce que l'assuré principal ait atteint l'âge de 65 ans ou cesse d'être totalement invalide, si son invalidité totale prend fin plus tôt.

4. GARANTIE INVALIDITÉ PARTIELLE-ACCIDENT

Si, après avoir reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale, l'assuré principal demeure totalement invalide selon les critères mentionnés plus haut pendant au moins un mois, puis cesse d'être totalement invalide mais demeure partiellement invalide, l'assureur peut verser la prestation mensuelle d'invalidité partielle par suite d'accident indiquée au Tableau d'assurance – Extension invalidité hors du travail, et ce, pendant une période maximale de 6 mois ou jusqu'à ce que l'assuré principal cesse d'être partiellement invalide, si son invalidité partielle prend fin plus tôt.

5. GARANTIE RÉADAPTATION

Après une période d'indemnisation relativement à une invalidité totale par suite d'un accident, l'assureur peut, à son gré, verser une prestation de réadaptation. Si l'assuré principal était employé à la date à laquelle il a subi la blessure, il s'agit de prestations de réadaptation professionnelle. Sinon, il s'agit de prestations de réadaptation physique. Le versement des prestations est conditionnel à la réception, par l'assureur, des originaux des factures ou d'autres justificatifs valables des frais ou services visés.

6. PLAFOND DE LA PRESTATION D'INVALIDITÉ PAR SUITE D'ACCIDENT

- a) Si l'assuré principal est employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations d'invalidité par suite d'accident ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :
 - i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
 - ii) 75 % du salaire pré-invalidité de l'assuré principal et/ou 1 % de son revenu d'entreprise, déterminés selon les directives de l'assureur;
 - iii) 6 000 \$.

Modèle

b) Si l'assuré principal n'est pas employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations d'invalidité par suite d'accident ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :

- i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
- ii) 2 000 \$.

En cas de dépassement du plafond applicable, les garanties Invalidité par suite d'accident établies par l'assureur interviennent successivement par ordre de date d'effet jusqu'à ce que le plafond soit atteint.

7. NON-SIMULTANÉITÉ DES PRESTATIONS

Les prestations d'invalidité totale par suite d'accident, les prestations d'invalidité partielle par suite d'accident et les prestations de réadaptation ne peuvent être versées concurremment. Cela vaut pour la présente couverture et toute couverture analogue établie par l'assureur.

8. COORDINATION AVEC D'AUTRES SOURCES

Si, au moment où elle devient payable, la prestation mensuelle au titre de la présente couverture Extension invalidité hors du travail, une fois combinée avec celles d'autres couvertures analogues :

- a) **ne dépasse pas 2 000 \$** dans le cas de la garantie Invalidité totale-accident, la coordination des prestations ne s'applique pas. La prestation mensuelle au titre de la présente couverture est versée en plus de toute somme payable d'une autre source;
- b) **dépasse 2 000 \$** dans le cas de garantie Invalidité totale-accident, les prestations de la présente couverture sont coordonnées avec celles de toute autre source.

Cependant, la prestation mensuelle d'invalidité totale après déduction des montants d'autres sources ne sera jamais inférieure à 2 000 \$.

9. RAJUSTEMENT DE LA PRESTATION ET DE LA PRIME

Si le revenu de l'assuré principal, à la date de l'invalidité, a diminué au point où le montant de la prestation d'invalidité totale est devenu trop élevé par rapport au revenu, l'assureur peut modifier le contrat de manière à rajuster la prestation et la prime.

Le cas échéant, l'assureur rembourse l'excédent de prime afférent aux 12 derniers mois.

10. GARANTIE RELATIVE À LA RÉCIDIVE DE L'INVALIDITÉ

Si, après une période d'invalidité ayant donné lieu au versement de prestations au titre de la présente couverture Extension invalidité hors du travail, l'assuré principal redevient totalement ou partiellement invalide :

- a) moins de six mois plus tard par suite de la même blessure, sa nouvelle invalidité sera considérée comme la prolongation de l'invalidité totale ou partielle précédente;
- b) au moins six mois plus tard, la nouvelle invalidité sera considérée comme une nouvelle invalidité totale ou partielle, même si elle résulte de la même blessure que l'invalidité précédente.

11. EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente couverture Extension invalidité hors du travail lorsque l'invalidité, l'accident ou la blessure résulte directement ou indirectement, en tout ou en partie :

- a) d'un événement qui se produit pendant que l'assuré principal se trouve dans l'exercice d'une activité rémunérée (les accidents qui surviennent en dehors du travail sont couverts);
- b) du suicide ou de l'automutilation de l'assuré, que celui-ci soit sain d'esprit ou non;
- c) de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel, ou d'un acte commis pendant une incarcération;
- d) du mauvais emploi de médicaments, de l'abus de drogues ou de substances intoxicantes, ou d'une alcoolémie de 80 mg ou plus pour 100 ml de sang;
- e) de la pratique de sports à titre de professionnel rémunéré, de la participation à des courses de vitesse motorisées organisées ou de la pratique d'autres activités dangereuses tels que la plongée autonome, l'escalade de rocher, l'alpinisme, la boxe, le parachutisme, la paravoile, le deltaplane ou le saut à l'élastique;
- f) d'un voyage aérien, sauf à titre de passager payant dans un aéronef commercial agréé;
- g) d'un traitement médical facultatif;
- h) d'émeutes, de troubles civils, de la guerre ou de tout acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou du service à temps plein ou partiel dans les forces armées d'un pays, d'un gouvernement ou d'un organisme international;
- i) d'une maladie;
- j) d'une blessure au cou ou au dos, sauf si la blessure est attestée par des épreuves diagnostiques d'imagerie médicale (radiographie, tomodynamogramme ou IRM);
- k) d'une entorse ou d'une foulure.

INVALIDITÉ-MALADIE (R) & (A) (période d'indemnisation de 2 ans)

1. DÉFINITIONS

Pour l'exécution de la couverture Invalidité-maladie et de toute modification y afférente, on entend par :

Invalidité partielle ou **partiellement invalide**, l'état de l'assuré principal qui est sous les soins réguliers d'un médecin à cause d'une maladie médicalement déterminable, suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où la maladie s'est déclarée, ne peut plus travailler à plein temps ou s'acquitter d'une ou de plusieurs tâches importantes de sa profession habituelle contre pleine rémunération;
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où la maladie s'est déclarée, n'est plus en mesure de se livrer à un nombre important de ses occupations journalières.

Invalidité totale ou **totaletement invalide**, l'état de l'assuré principal qui est suivi de façon régulière par un médecin en raison d'une maladie reconnue sur le plan médical, qui suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où s'est manifestée la maladie, n'est plus du tout capable d'exercer son propre emploi et n'exerce aucune activité professionnelle rémunérée;
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où s'est manifestée la maladie, est incapable d'accomplir la plupart de ses tâches quotidiennes courantes.

2. ADMISSIBILITÉ

À l'établissement de la couverture Invalidité-maladie, l'assuré principal doit avoir entre 18 et 64 ans.

3. GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE PAR SUITE DE MALADIE

Si l'assuré principal est frappé d'invalidité totale en cours d'assurance à cause d'une maladie qui s'est déclarée en cours d'assurance, l'assureur versera la prestation mensuelle d'invalidité totale qui est stipulée au Tableau d'assurance – Invalidité-maladie.

Cette prestation est versée tant que l'assuré principal reste totalement invalide, sous réserve d'un maximum de 24 mois.

4. GARANTIE INVALIDITÉ PARTIELLE PAR SUITE DE MALADIE

Si l'assuré principal est frappé d'invalidité partielle à cause d'une maladie qui s'est déclarée en cours d'assurance, l'assureur versera la prestation mensuelle d'invalidité partielle qui est stipulée au Tableau d'assurance – Invalidité-maladie.

Cette prestation est versée tant que l'assuré principal reste partiellement invalide, sous réserve d'un maximum de six mois.

5. GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS

Si l'assuré principal décède au cours d'une période d'indemnisation pendant laquelle il reçoit des prestations mensuelles d'invalidité totale ou partielle par suite de maladie, l'assureur verse à ses ayants droit le capital-décès indiqué au Tableau d'assurance – Invalidité-maladie (F).

6. RÉDUCTION DE LA PRESTATION À L'ÂGE DE 65 ANS

Lorsque l'assuré principal atteint l'âge de 65 ans, toute prestation mensuelle en cours de versement ou future au titre de la présente couverture Invalidité-maladie est réduite de moitié.

7. PLAFOND DE LA PRESTATION INVALIDITÉ-MALADIE

- a) Si l'assuré principal est employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations de la garantie Invalidité totale par suite de maladie ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :
 - i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
 - ii) 75 % du salaire pré-invalidité de l'assuré principal et/ou 1 % de son revenu d'entreprise, déterminés selon les directives de l'assureur;
 - iii) 6 000 \$.
- b) Si l'assuré principal n'est pas employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations de la garantie Invalidité totale par suite de maladie ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :
 - i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
 - ii) 2 000 \$.

En cas de dépassement du plafond applicable, les garanties Invalidité totale par suite de maladie établies par l'assureur interviennent successivement par ordre de date d'effet, à partir de la plus récente, jusqu'à ce que le plafond soit atteint.

8. NON-SIMULTANÉITÉ DES PRESTATIONS

Les prestations d'invalidité totale par suite de maladie et les prestations d'invalidité partielle par suite de maladie ne peuvent être versées concurremment. Cela vaut pour la présente couverture et toute couverture analogue établie par l'assureur.

Modèle

9. COORDINATION AVEC D'AUTRES SOURCES

Si la prestation mensuelle payable au titre de la présente couverture Invalidité-maladie, une fois combinée avec celles d'autres couvertures analogues :

- a) **ne dépasse pas 2 000 \$** dans le cas de la garantie Invalidité totale par suite de maladie ou 1 000 \$ dans le cas de la garantie Invalidité partielle par suite de maladie, la coordination des prestations ne s'applique pas. La prestation mensuelle au titre de la présente couverture est versée en plus de toute somme payable d'une autre source;
- b) **dépasse 2 000 \$** dans le cas de la garantie Invalidité totale par suite de maladie ou 1 000 \$ dans le cas de la garantie Invalidité partielle par suite de maladie, les prestations de la présente couverture sont coordonnées avec celles de toute autre source.

Cependant, la prestation mensuelle après déduction des montants d'autres sources ne sera jamais inférieure à 2 000 \$ en cas d'invalidité totale ou à 1 000 \$ en cas d'invalidité partielle.

10. RAJUSTEMENT DE LA PRESTATION D'INVALIDITÉ TOTALE PAR SUITE DE MALADIE

Si le revenu de l'assuré principal, à la date de l'invalidité, a diminué par rapport au montant déclaré dans la proposition d'assurance, au point où le montant de la prestation d'invalidité totale est devenu trop élevé par rapport au revenu, l'assureur peut modifier le contrat de manière à rajuster la prestation et la prime.

Le cas échéant, l'assureur rembourse l'excédent de prime afférent à la période de 12 mois précédant immédiatement la demande de règlement.

11. GARANTIE RELATIVE À LA RÉCIDIVE DE L'INVALIDITÉ

Si, après une période d'invalidité totale ou partielle ayant donné lieu au versement de prestations, l'assuré principal redevient totalement ou partiellement invalide :

- a) moins de six mois plus tard par suite de la même maladie, sa nouvelle invalidité sera considérée comme la prolongation de l'invalidité totale ou partielle précédente;
- b) au moins six mois plus tard, la nouvelle invalidité sera considérée comme une nouvelle invalidité totale ou partielle, même si elle résulte de la même maladie que l'invalidité précédente.

12. EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente couverture Invalidité-maladie lorsque l'invalidité ou la maladie résulte directement ou indirectement, en tout ou en partie :

- a) du suicide ou de l'automutilation de l'assuré, que celui-ci soit sain d'esprit ou non;
- b) de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel, ou d'un acte commis pendant une incarcération;
- c) d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une interruption volontaire de grossesse, sauf en cas de complications de grossesse mettant la vie en danger;
- d) du mauvais emploi de médicaments, de l'abus de drogues ou de substances intoxicantes, ou d'une alcoolémie de 80 mg ou plus pour 100 ml de sang;
- e) de troubles mentaux, nerveux ou affectifs;
- f) d'un traitement médical facultatif;
- g) d'émeutes, de troubles civils, de la guerre ou de tout acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou du service à temps plein ou partiel dans les forces armées d'un pays, d'un gouvernement ou d'un organisme international;
- h) d'un accident;
- i) d'une affection préexistante au cours des 12 mois qui suivent la date d'effet de la présente couverture Invalidité-maladie, si cette affection n'a pas été signalée dans la proposition.

EXTENSION INVALIDITÉ-MALADIE (3)

(3 ans de prestations)

1. DÉFINITIONS

Pour l'exécution de l'Extension invalidité-maladie et de toute modification y afférente, on entend par :

Invalidité totale ou **totalelement invalide**, l'état de l'assuré principal qui est suivi de façon régulière par un médecin en raison d'une maladie reconnue sur le plan médical, qui suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où s'est manifestée la maladie,
 - (i) a déjà touché 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale;
 - (ii) n'est plus du tout capable, au cours des 36 mois suivants, d'exercer son propre emploi et n'exerce aucune activité professionnelle rémunérée ou
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où s'est manifestée la maladie,
 - (i) a déjà touché 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale;
 - (ii) n'est plus du tout capable, au cours des 36 mois suivants, d'accomplir la plupart de ses tâches quotidiennes courantes.

2. ADMISSIBILITÉ

À l'établissement de l'Extension invalidité-maladie, le proposant doit avoir entre 18 et 58 ans.

3. GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE-MALADIE

Si, après avoir reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale, l'assuré principal demeure totalement invalide selon les critères mentionnés plus haut, l'assureur verse la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite de maladie indiquée au Tableau d'assurance – Extension invalidité-maladie.

Les prestations sont payables pendant une période maximale de 36 mois ou jusqu'à ce que l'assuré principal cesse d'être totalement invalide, si son invalidité totale prend fin plus tôt.

4. PLAFOND DE LA PRESTATION INVALIDITÉ-MALADIE

- a) Si l'assuré principal est employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations d'invalidité par suite de maladie ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :

- i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
 - ii) 75 % du salaire pré-invalidité de l'assuré principal et/ou 1 % de son revenu d'entreprise, déterminés selon les directives de l'assureur;
 - iii) 6 000 \$.
- b) Si l'assuré principal n'est pas employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations d'invalidité par suite de maladie ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :
 - i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
 - ii) 2 000 \$.

En cas de dépassement du plafond applicable, les garanties Invalidité par suite de maladie établies par l'assureur interviennent successivement par ordre de date d'effet, à partir de la plus récente, jusqu'à ce que le plafond soit atteint.

5. NON-SIMULTANÉITÉ DES PRESTATIONS

Les prestations d'invalidité totale par suite de maladie et les prestations d'invalidité partielle par suite de maladie ne peuvent être versées concurremment. Cela vaut pour la présente couverture et toute couverture analogue établie par l'assureur.

6. COORDINATION AVEC D'AUTRES SOURCES

Si, au moment où elle devient payable, la prestation mensuelle au titre de la présente couverture Extension invalidité-maladie, une fois combinée avec celles d'autres couvertures analogues :

- a) **ne dépasse pas 2 000 \$** dans le cas de la garantie Invalidité totale par suite de maladie, la coordination des prestations ne s'applique pas. La prestation mensuelle au titre de la présente couverture est versée en plus de toute somme payable d'une autre source;
- b) **dépasse 2 000 \$** dans le cas de la garantie Invalidité totale par suite de maladie, les prestations de la présente couverture sont coordonnées avec celles de toute autre source.

Cependant, la prestation mensuelle après déduction des montants d'autres sources ne sera jamais inférieure à 2 000 \$.

Modèle

7. RAJUSTEMENT DE LA PRESTATION ET DE LA PRIME

Si le revenu de l'assuré principal, à la date de l'invalidité, a diminué par rapport au montant déclaré dans la proposition d'assurance, au point où le montant de la prestation d'invalidité totale est devenu trop élevé par rapport au revenu, l'assureur peut modifier le contrat de manière à rajuster la prestation et la prime.

Le cas échéant, l'assureur rembourse l'excédent de prime afférent à la période de 12 mois précédant immédiatement la demande de règlement.

8. GARANTIE RELATIVE À LA RÉCIDIVE DE L'INVALIDITÉ

Si, après une période d'invalidité ayant donné lieu au versement de prestations au titre de la présente couverture Extension invalidité-maladie, l'assuré principal redevient totalement ou partiellement invalide :

- a) moins de six mois plus tard par suite de la même maladie, sa nouvelle invalidité sera considérée comme la prolongation de l'invalidité totale ou partielle précédente;
- b) au moins six mois plus tard, la nouvelle invalidité sera considérée comme une nouvelle invalidité totale ou partielle, même si elle résulte de la même maladie que l'invalidité précédente.

9. EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente couverture Invalidité-maladie lorsque l'invalidité ou la maladie résulte directement ou indirectement, en tout ou en partie :

- a) du suicide ou de l'automutilation de l'assuré, que celui-ci soit sain d'esprit ou non;
- b) de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel, ou d'un acte commis pendant une incarcération;
- c) d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une interruption volontaire de grossesse, sauf en cas de complications de grossesse mettant la vie en danger;
- d) du mauvais emploi de médicaments, de l'abus de drogues ou de substances intoxicantes, ou d'une alcoolémie de 80 mg ou plus pour 100 ml de sang;
- e) de troubles mentaux, nerveux ou affectifs;
- f) d'un traitement médical facultatif;
- g) d'émeutes, de troubles civils, de la guerre ou de tout acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou du service à temps plein ou partiel dans les forces armées d'un pays, d'un gouvernement ou d'un organisme international;
- h) d'un accident;
- i) d'une affection préexistante au cours des 12 mois qui suivent la date d'effet de la présente couverture Invalidité-maladie, si cette affection n'a pas été signalée dans la proposition.

EXTENSION INVALIDITÉ-MALADIE (65)

(Indemnisation jusqu'à 65 ans)

1. DÉFINITIONS

Pour l'exécution de l'Extension invalidité-maladie et de toute modification y afférente, on entend par :

Invalidité totale ou **totalelement invalide**, l'état de l'assuré principal qui est suivi de façon régulière par un médecin en raison d'une maladie reconnue sur le plan médical, qui suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où s'est manifestée la maladie,
 - (i) a déjà touché 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale;
 - (ii) n'est plus du tout capable, au cours des 36 mois suivants, d'exercer son propre emploi et n'exerce aucune activité professionnelle rémunérée et
 - (iii) n'est plus du tout capable, par la suite, d'exercer son propre emploi ou tout autre emploi rémunéré qu'il est raisonnablement apte à exercer compte tenu de sa scolarité, de sa formation ou de son expérience, et n'exerce aucune activité professionnelle rémunérée ou
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où s'est manifestée la maladie,
 - (i) a déjà touché 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale;
 - (ii) n'est plus du tout capable, au cours des 36 mois suivants, d'accomplir la plupart de ses tâches quotidiennes courantes;
 - (iii) n'est plus du tout capable, par la suite, d'accomplir ses tâches quotidiennes courantes, quelles qu'elles soient.

2. ADMISSIBILITÉ

À l'établissement de l'Extension invalidité-maladie, le proposant doit avoir entre 18 et 59 ans.

3. GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE-MALADIE

Si, après avoir reçu 24 prestations mensuelles consécutives d'invalidité totale, l'assuré principal demeure totalement invalide selon les critères mentionnés plus haut, l'assureur verse la prestation mensuelle d'invalidité totale par suite de maladie indiquée au Tableau d'assurance – Extension invalidité-maladie.

Les prestations sont payables jusqu'à ce que l'assuré principal ait atteint l'âge de 65 ans ou cesse d'être totalement invalide, si son invalidité totale prend fin plus tôt.

4. PLAFOND DE LA PRESTATION INVALIDITÉ-MALADIE

- a) Si l'assuré principal est employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations d'invalidité par suite de maladie ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :
 - i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
 - ii) 75 % du salaire pré-invalidité de l'assuré principal et/ou 1 % de son revenu d'entreprise, déterminés selon les directives de l'assureur;
 - iii) 6 000 \$.
- b) Si l'assuré principal n'est pas employé à la date à laquelle il devient totalement invalide, le total mensuel des prestations d'invalidité par suite de maladie ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :
 - i) la somme des montants stipulés dans tout tableau d'assurance pour cette garantie;
 - ii) 2 000 \$.

En cas de dépassement du plafond applicable, les garanties Invalidité par suite de maladie établies par l'assureur interviennent successivement par ordre de date d'effet, à partir de la plus récente, jusqu'à ce que le plafond soit atteint.

5. NON-SIMULTANÉITÉ DES PRESTATIONS

Les prestations d'invalidité totale par suite de maladie et les prestations d'invalidité partielle par suite de maladie ne peuvent être versées concurremment. Cela vaut pour la présente couverture et toute couverture analogue établie par l'assureur.

6. COORDINATION AVEC D'AUTRES SOURCES

Si, au moment où elle devient payable, la prestation mensuelle au titre de la présente couverture Extension invalidité-maladie, une fois combinée avec celles d'autres couvertures analogues :

- a) **ne dépasse pas 2 000 \$** dans le cas de la garantie Invalidité totale par suite de maladie, la coordination des prestations ne s'applique pas. La prestation mensuelle au titre de la présente couverture est versée en plus de toute somme payable d'une autre source;
- b) **dépasse 2 000 \$** dans le cas de la garantie Invalidité totale par suite de maladie, les prestations de la présente couverture sont coordonnées avec celles de toute autre source.

Cependant, la prestation mensuelle après déduction des montants d'autres sources ne sera jamais inférieure à 2 000 \$.

Modèle

7. RAJUSTEMENT DE LA PRESTATION ET DE LA PRIME

Si le revenu de l'assuré principal, à la date de l'invalidité, a diminué par rapport au montant déclaré dans la proposition d'assurance, au point où le montant de la prestation d'invalidité totale est devenu trop élevé par rapport au revenu, l'assureur peut modifier le contrat de manière à rajuster la prestation et la prime.

Le cas échéant, l'assureur rembourse l'excédent de prime afférent à la période de 12 mois précédant immédiatement la demande de règlement.

8. GARANTIE RELATIVE À LA RÉCIDIVE DE L'INVALIDITÉ

Si, après une période d'invalidité ayant donné lieu au versement de prestations au titre de la présente couverture Extension invalidité-maladie, l'assuré principal redevient totalement ou partiellement invalide :

- a) moins de six mois plus tard par suite de la même maladie, sa nouvelle invalidité sera considérée comme la prolongation de l'invalidité totale ou partielle précédente;
- b) au moins six mois plus tard, la nouvelle invalidité sera considérée comme une nouvelle invalidité totale ou partielle, même si elle résulte de la même maladie que l'invalidité précédente.

9. EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente couverture Extension invalidité-maladie lorsque l'invalidité ou la maladie résulte directement ou indirectement, en tout ou en partie :

- a) du suicide ou de l'automutilation de l'assuré, que celui-ci soit sain d'esprit ou non;
- b) de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel, ou d'un acte commis pendant une incarcération;
- c) d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une interruption volontaire de grossesse, sauf en cas de complications de grossesse mettant la vie en danger;
- d) du mauvais emploi de médicaments, de l'abus de drogues ou de substances intoxicantes, ou d'une alcoolémie de 80 mg ou plus pour 100 ml de sang;
- e) de troubles mentaux, nerveux ou affectifs;
- f) d'un traitement médical facultatif;
- g) d'émeutes, de troubles civils, de la guerre ou de tout acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou du service à temps plein ou partiel dans les forces armées d'un pays, d'un gouvernement ou d'un organisme international;
- h) d'un accident;
- i) d'une affection préexistante au cours des 12 mois qui suivent la date d'effet de la présente couverture Invalidité-maladie, si cette affection n'a pas été signalée dans la proposition.

INDEMNITÉS D'HOSPITALISATION

1. DÉFINITIONS

Pour l'exécution de la couverture Indemnités d'hospitalisation et de toute modification y afférente, on entend par :

Cancer, une maladie qui se manifeste par la présence de tumeurs malignes caractérisées par la croissance et la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le terme « cancer » comprend la leucémie, la maladie de Hodgkin et les cancers de la peau, à l'exclusion des tumeurs touchant les cellules basales ou squameuses. Le diagnostic doit être posé par un médecin et appuyé sur des données cliniques, histologiques et biochimiques.

Convalescence, la période de rétablissement qui suit un traitement actif reçu à l'hôpital. Le rétablissement peut s'effectuer dans un hôpital, un hôpital de convalescence ou un établissement analogue, ou à domicile.

Crise cardiaque, la nécrose d'une partie du muscle cardiaque à cause d'une insuffisance d'apport sanguin, selon le diagnostic d'un médecin. Les critères de ce diagnostic sont les suivants :

- a) des antécédents de douleurs thoraciques caractéristiques,
- b) de nouvelles variations électrocardiographiques (ECG),
- c) une augmentation des enzymes cardiaques.

Hospitalisation particulière, séjour dans une unité de soins intensifs d'un hôpital, hospitalisation hors du Canada ou hospitalisation à cause d'un cancer ou d'une crise cardiaque.

Invalidité totale ou **totale** **invalidité**, l'état de l'assuré qui est sous les soins réguliers d'un médecin à cause d'une blessure ou d'une maladie médicalement déterminables, suit le traitement recommandé et qui :

- a) **s'il était employé** au moment où il a subi la blessure ou au début de sa maladie, n'est plus capable du tout d'exercer quelque activité professionnelle rémunérée que ce soit à laquelle il est raisonnablement apte par ses études, sa formation ou son expérience;
- b) **s'il n'était pas employé** au moment où il a subi la blessure ou au début de sa maladie, n'est plus capable du tout de se livrer à l'une quelconque de ses occupations journalières.

2. ADMISSIBILITÉ

À l'établissement de la couverture Indemnités d'hospitalisation, le proposant doit avoir entre 18 et 80 ans.

3. GARANTIE HOSPITALISATION JOURNALIÈRE NORMALE

Si une blessure subie par un assuré dans un accident survenu en cours d'assurance entraîne son hospitalisation dans les 90 jours suivants, ou si une maladie contractée par un assuré en cours d'assurance entraîne son hospitalisation, l'assureur versera l'indemnité d'hospitalisation journalière normale stipulée au Tableau d'assurance – Indemnités d'hospitalisation.

Cette prestation est payable dès le premier jour d'hospitalisation, pendant toute la durée de l'hospitalisation, sous réserve d'un maximum de 365 jours.

4. GARANTIE HOSPITALISATION JOURNALIÈRE SUPPLÉMENTAIRE

Si une blessure subie par un assuré dans un accident survenu en cours d'assurance entraîne son hospitalisation particulière dans les 90 jours suivants, ou si une maladie contractée par un assuré en cours d'assurance entraîne son hospitalisation, l'assureur versera l'indemnité d'hospitalisation journalière supplémentaire stipulée au Tableau d'assurance – Indemnités d'hospitalisation en plus de l'indemnité d'hospitalisation journalière normale.

Cette prestation est payable dès le premier jour d'hospitalisation particulière, pendant toute la durée de l'hospitalisation particulière, sous réserve d'un maximum de 30 jours.

5. GARANTIE RELATIVE À LA CONVALESCENCE

Si une blessure subie par un assuré dans un accident survenu en cours d'assurance entraîne son hospitalisation dans les 90 jours suivants, ou si une maladie contractée par un assuré en cours d'assurance entraîne son hospitalisation, l'assureur versera, en plus de toute autre montant payable, la prestation de convalescence stipulée au Tableau d'assurance – Indemnités d'hospitalisation. Cette prestation est payable pour chaque jour d'invalidité totale suivant la sortie de l'hôpital, pendant un maximum de 30 jours.

6. HOSPITALISATIONS RÉPÉTÉES

Si, après une période d'hospitalisation ayant donné lieu au versement de prestations au titre de la présente couverture, l'assuré est hospitalisé à nouveau :

- a) moins de six mois plus tard à cause du même problème de santé, cette nouvelle hospitalisation sera considérée comme la continuation de l'hospitalisation précédente;
- b) au moins six mois plus tard, la nouvelle hospitalisation, quelle qu'en soit la cause, ne peut être considérée comme la continuation de l'hospitalisation précédente.

7. EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente couverture Indemnités d'hospitalisation lorsque l'invalidité, l'accident, la blessure, la maladie, l'hospitalisation ou l'hospitalisation particulière résulte directement ou indirectement, en tout ou en partie :

- a) du suicide ou de l'automutilation de l'assuré, que celui-ci soit sain d'esprit ou non;
- b) de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel, ou d'un acte commis pendant une incarcération;

Modèle

- c) du mauvais emploi de médicaments, de l'abus de drogues ou de substances intoxicantes, ou d'une alcoolémie de 80 mg ou plus pour 100 ml de sang;
- d) de la pratique de sports à titre de professionnel rémunéré, de la participation à des courses de vitesse motorisées organisées ou de la pratique d'autres activités dangereuses tels que la plongée autonome, l'escalade de rocher, l'alpinisme, la boxe, le parachutisme, la paravoile, le deltaplane ou le saut à l'élastique;
- e) d'un voyage aérien, sauf à titre de passager payant dans un aéronef commercial agréé;
- f) d'un traitement médical facultatif;
- g) d'émeutes, de troubles civils, de la guerre ou de tout acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou du service à temps plein ou partiel dans les forces armées d'un pays, d'un gouvernement ou d'un organisme international;
- h) d'une affection préexistante au cours des 12 mois qui suivent la date d'effet de la présente couverture;
- i) d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une interruption volontaire de grossesse, sauf en cas de complications de grossesse mettant la vie en danger;
- j) de troubles mentaux, nerveux ou affectifs;
- k) d'une affection causée par le virus d'immunodéficience humaine (VIH), le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou le parasida et qui s'est manifestée avant la date d'effet.

8. RESTRICTIONS

L'indemnité journalière totale payable par l'assureur au titre des garanties Hospitalisation journalière normale, Hospitalisation journalière supplémentaire et Convalescence de la présente couverture et de toute autre couverture Indemnités d'hospitalisation ne peut dépasser :

- a) 100 \$ en ce qui concerne l'assuré principal et son conjoint, respectivement;
- b) 50 \$ en ce qui concerne un enfant à charge.

HOSPITALISATION-MALADIE

1. DÉFINITIONS

Pour l'exécution de la couverture Hospitalisation-maladie et de toute modification y afférente, on entend par :

Cancer, une maladie qui se manifeste par la présence de tumeurs malignes caractérisées par la croissance et la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le terme « cancer » comprend la leucémie, la maladie de Hodgkin et les cancers de la peau, à l'exclusion des tumeurs touchant les cellules basales ou squameuses. Le diagnostic doit être posé par un médecin et appuyé sur des données cliniques, histologiques et biochimiques.

Convalescence, la période de rétablissement qui suit un traitement actif reçu à l'hôpital. Le rétablissement peut s'effectuer dans un hôpital, un hôpital de convalescence ou un établissement analogue, ou à domicile.

Crise cardiaque, la nécrose d'une partie du muscle cardiaque à cause d'une insuffisance d'apport sanguin, selon le diagnostic du médecin. Les critères de ce diagnostic sont :

- des antécédents de douleurs thoraciques caractéristiques,
- de nouvelles variations électrocardiographiques (ECG),
- une augmentation des enzymes cardiaques.

Europe de l'Ouest, les pays suivants : Andorre, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Islande, Irlande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Malte, Monaco, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Saint-Marin, Espagne, Suède, Suisse, Royaume-Uni et État de la Cité du Vatican.

Hospitalisation particulière, séjour dans une unité de soins intensifs d'un hôpital ou hospitalisation à cause d'un cancer ou d'une crise cardiaque.

Invalidité totale ou **totale** **invalidité**, l'état de l'assuré qui est sous les soins réguliers d'un médecin à cause d'une maladie médicalement déterminable, suit le traitement recommandé et qui :

- s'il était employé** au début de sa maladie, n'est plus capable du tout d'exercer quelque activité professionnelle rémunérée que ce soit à laquelle il est raisonnablement apte par ses études, sa formation ou son expérience;
- s'il n'était pas employé** au début de sa maladie, n'est plus capable du tout de se livrer à l'une quelconque de ses occupations journalières.

2. ADMISSIBILITÉ

À l'établissement de la couverture Hospitalisation-maladie, le proposant doit avoir entre 18 et 80 ans.

3. GARANTIE HOSPITALISATION-MALADIE

Si une maladie contractée par un assuré en cours d'assurance entraîne son hospitalisation, l'assureur versera l'indemnité d'hospitalisation journalière normale stipulée au Tableau d'assurance – Hospitalisation-maladie.

Cette prestation est payable dès le premier jour d'hospitalisation, pendant toute la durée de l'hospitalisation, sous réserve d'un maximum de 365 jours.

4. HOSPITALISATION-MALADIE SUPPLÉMENTAIRE

En cas d'hospitalisation particulière donnant droit aux prestations Hospitalisation-maladie, l'assureur verse l'indemnité d'hospitalisation journalière supplémentaire stipulée au Tableau d'assurance – Hospitalisation-maladie. Cette prestation est payable dès le premier jour d'hospitalisation particulière, pendant toute la durée de l'hospitalisation particulière, sous réserve d'un maximum de 365 jours. Cependant, pour les assurés de 65 ans et plus, la période maximale d'indemnisation est ramenée à 60 jours.

5. HOSPITALISATION-MALADIE À L'ÉTRANGER

Si un assuré est hospitalisé en Australie, en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis ou en Europe de l'Ouest en raison d'une maladie et que cette hospitalisation ouvre droit à des prestations Hospitalisation-maladie, l'assureur versera la prestation Hospitalisation-maladie à l'étranger stipulée au Tableau d'assurance – Hospitalisation-maladie.

Cette prestation est payable dès le premier jour d'hospitalisation, pendant toute la durée de l'hospitalisation, sous réserve d'un maximum de 60 jours.

6. GARANTIE CONVALESCENCE-MALADIE

Si un assuré est totalement invalide par suite d'une maladie pour laquelle il a reçu un traitement actif à l'hôpital et ayant donné lieu au versement de prestations Hospitalisation-maladie, l'assureur versera la prestation de convalescence-maladie stipulée au Tableau d'assurance – Hospitalisation-maladie.

Cette prestation est payable pour chaque jour d'invalidité totale suivant le traitement actif reçu à l'hôpital, pendant un maximum de 365 jours, à raison de trois jours pour chaque journée d'hospitalisation.

7. HOSPITALISATIONS RÉPÉTÉES

Si, après une période d'hospitalisation ayant donné lieu au versement de prestations au titre de la présente couverture, l'assuré est hospitalisé à nouveau :

- moins de six mois plus tard à cause du même problème de santé, cette nouvelle hospitalisation sera considérée comme la continuation de l'hospitalisation précédente;
- au moins six mois plus tard, la nouvelle hospitalisation, quelle qu'en soit la cause, ne peut être considérée comme la continuation de l'hospitalisation précédente.

Modèle

8. EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente couverture Hospitalisation-maladie lorsque l'hospitalisation, l'invalidité, l'hospitalisation particulière ou la maladie résulte directement ou indirectement, en tout ou en partie :

- a) d'une tentative de suicide ou de l'automutilation de l'assuré, que celui-ci soit sain d'esprit ou non;
- b) d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une interruption volontaire de grossesse, sauf en cas de complications de grossesse mettant la vie en danger;
- c) de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel, ou d'un acte commis pendant une incarcération;
- d) du mauvais emploi de médicaments, de l'abus de drogues ou de substances intoxicantes, ou d'une alcoolémie de 80 mg ou plus pour 100 ml de sang;
- e) de troubles mentaux, nerveux ou affectifs;
- f) d'un traitement médical facultatif;
- g) d'une affection préexistante au cours des 12 mois qui suivent la date d'effet de la présente couverture;

- h) d'une affection causée par le virus d'immunodéficience humaine (VIH), le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou le parasida et qui s'est manifestée avant la date d'effet;
- i) d'émeutes, de troubles civils, de la guerre ou de tout acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou du service à temps plein ou partiel dans les forces armées d'un pays, d'un gouvernement ou d'un organisme international ;
- j) d'un accident.

9. RESTRICTIONS

L'indemnité journalière totale payable par l'assureur au titre des garanties Hospitalisation-maladie de la présente couverture et de toute autre couverture Hospitalisation-maladie ne peut dépasser 50 \$ pour un enfant à charge et 100 \$ pour tout autre assuré.

DÉCÈS ACCIDENTEL

1. ADMISSIBILITÉ

À l'établissement de la couverture Décès accidentel, l'assuré principal doit avoir entre 18 et 60 ans.

2. GARANTIE DÉCÈS ACCIDENTEL

Si une blessure subie par l'assuré principal dans un accident survenu en cours d'assurance entraîne son décès dans les 90 jours suivants, l'assureur versera la prestation prévue dans ce cas au Tableau d'assurance – Décès accidentel.

3. EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente couverture lorsque le décès résulte directement ou indirectement, en tout ou en partie :

- a) du suicide ou de l'automutilation de l'assuré, que celui-ci soit sain d'esprit ou non;
- b) de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel, ou d'un acte commis pendant une incarcération;
- c) du mauvais emploi de médicaments, de l'abus de drogues ou de substances intoxicantes, ou d'une alcoolémie de 80 mg ou plus pour 100 ml de sang;
- d) de la pratique de sports à titre de professionnel rémunéré, de la participation à des courses de vitesse motorisées organisées ou de la pratique d'autres activités dangereuses tels que la plongée autonome, l'escalade de rocher, l'alpinisme, la boxe, le parachutisme, la paravoile, le deltaplane ou le saut à l'élastique;
- e) d'un voyage aérien, sauf à titre de passager payant dans un aéronef commercial agréé;
- f) d'une affection préexistante au cours des 12 mois qui suivent la date d'effet de la présente couverture;
- g) d'émeutes, de troubles civils, de la guerre ou de tout acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou du service à temps plein ou partiel dans les forces armées d'un pays, d'un gouvernement ou d'un organisme international ;
- h) d'une maladie ;
- i) d'un traitement médical facultatif.

DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT

1. ADMISSIBILITÉ

À l'établissement de la couverture Décès et mutilation par accident, le proposant doit avoir entre 18 et 80 ans.

2. PRESTATION DE DÉCÈS PAR ACCIDENT

Si une blessure subie par un assuré dans un accident survenu en cours d'assurance entraîne son décès dans les 90 jours suivants, l'assureur versera la prestation de décès par accident stipulée au Tableau d'assurance – Décès et mutilation par accident.

3. SUPPLÉMENT DE PRESTATION EN CAS DE DÉCÈS PAR ACCIDENT

Si une blessure subie par l'assuré principal dans un accident survenu en cours d'assurance entraîne son décès dans les 90 jours suivants, l'assureur versera, en plus de la prestation de décès par accident, le supplément prévu dans ce cas au Tableau d'assurance – Décès et mutilation par accident.

4. PRESTATION POUR MUTILATION PAR ACCIDENT / PERTE DE L'USAGE

Si une blessure subie par un assuré dans un accident survenu en cours d'assurance lui occasionne dans les 90 jours suivants une perte couverte figurant au tableau des indemnités ci-dessous, l'assureur versera l'indemnité indiquée en regard de cette perte.

Tableau des indemnités

Perte couverte	Pourcentage de la prestation en cas de mutilation par accident / perte de l'usage
Perte ou perte de l'usage des deux mains ou des deux pieds	100 %
Perte de la vision des deux yeux	100 %
Perte ou perte de l'usage d'une main et d'un pied	100 %
Perte ou perte de l'usage d'une main ou d'un pied et perte de la vision d'un œil	100 %
Perte de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
Perte ou perte de l'usage d'une main ou d'un pied	50 %
Perte de la vision d'un œil	50 %
Perte de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	50 %
Perte de l'ouïe d'une oreille	25 %
Perte de tous les orteils d'un pied	25 %
Perte d'un doigt ou d'un orteil	2,5 %

En ce qui concerne la présente garantie :

- la perte d'une main s'entend de l'amputation complète au niveau de l'articulation du poignet ou au-dessus;
- la perte d'un pied s'entend de l'amputation complète au niveau de l'articulation de la cheville ou au-dessus;
- la perte de la vision s'entend de la perte totale et irrécouvrable de la vision de l'œil;
- la perte de la parole s'entend de la perte totale et irrécouvrable de la faculté de prononcer des sons intelligibles;
- la perte de l'ouïe s'entend de la surdité totale et définitive qui ne peut être corrigée par un appareil auditif;
- la perte d'un doigt s'entend de l'amputation complète au niveau de l'articulation métacarpophalangienne ou au-dessus;
- la perte d'un orteil s'entend de l'amputation complète au niveau de l'articulation métatarsophalangienne ou au-dessus;
- « perte » et « perte de l'usage » s'entendent de pertes que l'assureur juge permanentes, totales, irréversibles et irréparables.

En cas d'accident occasionnant à une personne assurée plus d'une perte couverte, la prestation maximale payable ne peut excéder le montant stipulé au Tableau d'assurance pour chaque personne assurée. Les indemnités ne sont pas cumulables et l'assureur n'est tenu de verser que la plus élevée d'entre elles.

5. NON-SIMULTANÉITÉ DES PRESTATIONS

Les prestations de Décès par accident et les prestations de Mutilation par accident / perte de l'usage ne peuvent être versées concurremment ni pour le même accident. En cas de décès, seule la prestation de Décès par accident est payable.

6. RÉDUCTION DU MONTANT DES PRESTATIONS À 70 ANS

Les prestations de la présente couverture sont réduites de moitié à la date d'anniversaire contractuel suivant le 70^e anniversaire de naissance de l'assuré principal.

Modèle

7. EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente couverture lorsque le décès, la perte, l'accident ou la blessure résulte directement ou indirectement, en tout ou en partie :

- a) du suicide ou de l'automutilation de l'assuré, que celui-ci soit sain d'esprit ou non;
- b) de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel, ou d'un acte commis pendant une incarcération;
- c) du mauvais emploi de médicaments, de l'abus de drogues ou de substances intoxicantes, ou d'une alcoolémie de 80 mg ou plus pour 100 ml de sang;
- d) de la pratique de sports à titre de professionnel rémunéré, de la participation à des courses de vitesse motorisées organisées ou de la pratique d'autres activités dangereuses tels que la plongée autonome, l'escalade de rocher, l'alpinisme, la boxe, le parachutisme, la paravoile, le deltaplane ou le saut à l'élastique;
- e) d'un voyage aérien, sauf à titre de passager payant dans un aéronef commercial agréé;
- f) d'un traitement médical facultatif;
- g) d'émeutes, de troubles civils, de la guerre ou de tout acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou du service à temps plein ou partiel dans les forces armées d'un pays, d'un gouvernement ou d'un organisme international;
- h) d'une affection préexistante au cours des 12 mois qui suivent la date d'effet de la présente couverture;
- i) d'une maladie.

FRAIS MÉDICAUX EXCÉDENTAIRES

1. DÉFINITIONS

Pour l'exécution de la couverture Frais médicaux excédentaires et de toute modification y afférente, on entend par :

Dentiste, une personne qui est autorisée à pratiquer la dentisterie dans le ressort où les services dentaires sont reçus et qui n'est ni un assuré ni apparentée à un assuré par le sang ou par alliance.

Équipement médical, des biens durables que l'on trouve habituellement dans un hôpital, tels que les lits d'hôpital, les appareils d'oxygénothérapie, les béquilles, les cannes, les marchettes et les fauteuils roulants.

Fournitures médicales, le matériel de pansement, les vêtements de compression, les fournitures pour iléostomisés et colostomisés, les produits d'incontinence, l'oxygène, les pansements médicamenteux, les vêtements pour brûlés, etc.

Frais admissibles, les frais raisonnables et usuels engagés par l'assuré principal au Canada ou aux États-Unis pour des fournitures ou des services garantis par la présente couverture Frais médicaux excédentaires et qui ne sont couverts par aucun régime public ni aucune autre assurance, à l'exception de l'assurance automobile.

Frais raisonnables et usuels, la fourchette des frais habituellement exigés par des fournisseurs similaires de la même région pour des services ou articles identiques ou comparables; lorsqu'il s'agit de soins dentaires, les frais ne doivent pas dépasser les montants indiqués pour les services en question dans le tarif dentaire provincial.

Médicaments sur ordonnance, les médicaments qui, selon la loi, ne peuvent être délivrés que sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un dentiste et par un pharmacien diplômé.

Prothèse, tout appareil artificiel, à l'exception des dents, qui est fixé ou ajusté au corps à titre d'aide, notamment les membres ou yeux artificiels, les appareils auditifs, les bas de contention, les orthèses, les appareils orthopédiques, les bretelles, les colliers, les attelles, les plâtres et les bandages herniaires.

Régime public, un régime d'assurance offert ou administré par l'État ou un organisme gouvernemental en vertu d'une loi ou établi en vertu du pouvoir de réglementation d'un gouvernement.

Tarif dentaire provincial, le tarif de référence établi par l'association dentaire d'une province à l'intention des dentistes généralistes.

2. ADMISSIBILITÉ

À l'établissement de la couverture Frais médicaux excédentaires, l'assuré principal doit avoir entre 18 et 80 ans.

3. CONDITIONS DE PAIEMENT

Le paiement des prestations de la présente couverture Frais médicaux excédentaires est subordonné aux conditions suivantes :

- a) Les originaux des factures doivent être présentés pour tous les frais admissibles;
- b) Les frais admissibles doivent avoir été engagés pour des fournitures ou des services prescrits et déclarés nécessaires par le médecin traitant;
- c) Les frais admissibles doivent être directement occasionnés par un accident ou une blessure subie dans un accident;
- d) L'accident doit s'être produit en cours d'assurance;
- e) Les frais doivent être engagés au Canada ou aux États-Unis.

4. GARANTIE SERVICES PARAMÉDICAUX PAR SUITE D'ACCIDENT

Si l'assuré principal a besoin des services d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un massothérapeute, d'un orthophoniste, d'un podiatre ou d'un physiothérapeute autorisés dans les 365 jours suivant un accident, l'assureur remboursera les frais admissibles engagés pour ces services, jusqu'à concurrence du maximum stipulé au Tableau d'assurance – Frais médicaux excédentaires.

5. GARANTIE SOINS DENTAIRES PAR SUITE D'ACCIDENT

Si l'assuré principal a besoin des services d'un dentiste pour le traitement d'une fracture ou d'une dislocation de la mâchoire ou la réparation de dents naturelles dans les 60 jours suivant un accident, l'assureur remboursera les frais admissibles engagés pour ces services, jusqu'à concurrence du maximum stipulé au Tableau d'assurance – Frais médicaux excédentaires.

Le remboursement ne peut dépasser le montant prévu au tarif dentaire provincial en vigueur dans la province où réside l'assuré principal. S'il n'existe pas de tarif dentaire provincial dans cette province, l'assureur se réserve le droit de choisir le tarif de référence approprié.

Les accidents de morsure et de mastication sont expressément exclus.

6. GARANTIE ÉQUIPEMENT MÉDICAL PAR SUITE D'ACCIDENT

Si l'assuré principal a besoin d'équipement médical dans les 365 jours suivant un accident, l'assureur remboursera les frais admissibles engagés pour cet équipement, y compris les modifications apportées à un logement ou un véhicule et nécessaires en vue de l'utilisation d'un fauteuil roulant, jusqu'à concurrence du maximum stipulé au Tableau d'assurance – Frais médicaux excédentaires.

7. GARANTIE FOURNITURES MÉDICALES ET PROTHÈSES PAR SUITE D'ACCIDENT

Si l'assuré principal a besoin de fournitures médicales ou d'une prothèse dans les 365 jours suivant un accident, l'assureur remboursera les frais admissibles engagés à leur égard, jusqu'à concurrence du maximum stipulé au tableau d'assurance – Frais médicaux excédentaires.

8. GARANTIE MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE PAR SUITE D'ACCIDENT

Cette garantie n'est pas offerte aux résidents du Québec.
Si l'assuré principal a besoin de médicaments sur ordonnance dans les 365 jours suivant un accident, l'assureur remboursera les frais admissibles engagés pour ces médicaments, jusqu'à concurrence du maximum stipulé au Tableau d'assurance – Frais médicaux excédentaires.

Le remboursement d'un médicament au titre de la présente garantie ne peut dépasser le coût du médicament générique équivalent figurant sur la version courante de la liste des médicaments couverts par le régime public d'assurance médicaments applicable.

9. GARANTIE SOINS DE LA VUE PAR SUITE D'ACCIDENT

Si l'assuré principal doit subir un examen de la vue ou a besoin de lunettes de prescription ou d'une provision de verres de contact de prescription pour un an dans les 90 jours suivant un accident, l'assureur remboursera les frais engagés jusqu'à concurrence de 1 000 \$, pourvu que l'assuré n'en eût pas besoin ou n'en portât pas auparavant.

Si l'assuré principal doit subir un examen de la vue ou faire réparer ses lunettes ou ses verres de contact ou les remplacer, s'ils ne peuvent pas être réparés, dans les 90 jours suivant un accident, l'assureur remboursera les frais admissibles engagés, jusqu'à concurrence du maximum stipulé au Tableau d'assurance – Frais médicaux excédentaires.

10. GARANTIE SÉJOUR À L'HÔPITAL PAR SUITE D'ACCIDENT

Si l'assuré principal est hospitalisé dans les 90 jours suivant un accident, l'assureur paiera les frais admissibles engagés pour une chambre à un ou deux lits, jusqu'à concurrence du maximum stipulé au Tableau d'assurance – Frais médicaux excédentaires.

La prestation est payable dès le premier jour d'hospitalisation, pendant toute la durée de l'hospitalisation, sous réserve d'un maximum de 365 jours.

Aucune prestation n'est payable pour les journées d'hospitalisation en salle commune.

11. GARANTIE SOINS INFIRMIERS ET D'UN PRÉPOSÉ AUX SERVICES DE SOUTIEN À LA PERSONNE EN CAS D'ACCIDENT

Si l'assuré principal a besoin des services d'un infirmier autorisé ou d'un préposé aux services de soutien à la personne, l'assureur remboursera les frais admissibles engagés, jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour pendant une période maximale de 25 jours, pourvu que les services en question soient fournis au domicile de l'assuré principal par une personne qui n'a aucun lien de parenté (consanguin ou autre) avec lui et qui ne réside habituellement pas au domicile en question.

12. GARANTIE SERVICES DE CHAMBRE À L'HÔPITAL PAR SUITE D'ACCIDENT

Si l'assuré principal est hospitalisé dans les 90 jours suivant un accident, l'assureur paiera les frais admissibles engagés pour la location d'un poste de télévision ou de radio ou d'un téléphone, jusqu'à concurrence du maximum journalier stipulé au Tableau d'assurance – Frais médicaux excédentaires.

La prestation est payable dès le premier jour d'hospitalisation, pendant toute la durée de l'hospitalisation, sous réserve d'un maximum de 365 jours.

13. GARANTIE RELATIVE AUX FORMULAIRES MÉDICAUX DE DEMANDE DE RÈGLEMENT EN CAS D'ACCIDENT

Si l'assuré principal doit payer des frais à un médecin ou un dentiste pour faire remplir le formulaire initial de demande de règlement de l'assureur au titre de la couverture Frais médicaux excédentaires et si la demande est acceptée, l'assureur remboursera le moins élevé des montants suivants :

- a) le montant payé pour faire remplir le formulaire initial de demande de règlement; ou
- b) le montant indiqué au Tableau d'assurance – Frais médicaux excédentaires.

L'original de la facture ou du reçu du médecin ou du dentiste doit être envoyé à l'assureur pour que la prestation puisse être versée. Une limite d'un paiement s'applique pour chaque formulaire initial de demande de règlement approuvé, à raison d'un maximum de 3 demandes de règlement par période de 365 jours. Cette disposition ne s'applique qu'au formulaire indiqué; les frais relatifs à d'autres formulaires ou renseignements médicaux ne sont pas pris en charge. Le paiement de cette prestation sera coordonné avec celui de toute autre couverture en vigueur de façon que les prestations versées au titre de tous les contrats ou de toutes les couvertures ne dépassent pas 100 % des frais admissibles.

14. COORDINATION DES PRESTATIONS

Les prestations au titre de la présente couverture Frais médicaux excédentaires sont coordonnées avec celles de toute autre source, à l'exception de l'assurance automobile.

Le total des prestations au titre de la présente couverture et de toute autre source ne doit pas dépasser le montant des frais effectivement engagés par l'assuré principal.

La présente couverture intervient uniquement en complément de toute prestation exigible d'une autre source, à l'exception de l'assurance automobile.

Si l'assuré principal ne demande pas des prestations d'autre source auxquelles il a droit, le montant de ces prestations sera déterminé par l'assureur et considéré comme payé.

15. EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente couverture Frais médicaux excédentaires lorsque l'accident, la blessure, le traitement, le service, les fournitures ou les frais résultent directement ou indirectement, en tout ou en partie :

- a) du suicide ou de l'automutilation de l'assuré, que celui-ci soit sain d'esprit ou non;
- b) de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel, ou d'un acte commis pendant une incarcération;
- c) du mauvais emploi de médicaments, de l'abus de drogues ou de substances intoxicantes, ou d'une alcoolémie de 80 mg ou plus pour 100 ml de sang;
- d) de la pratique de sports à titre de professionnel rémunéré, de la participation à des courses de vitesse motorisées organisées ou de la pratique d'autres activités dangereuses tels que la plongée autonome, l'escalade de rocher, l'alpinisme, la boxe, le parachutisme, la paravoile, le deltaplane ou le saut à l'élastique;
- e) d'un voyage aérien, sauf à titre de passager payant dans un aéronef commercial agréé;
- f) de soins médicaux esthétiques ou d'un traitement médical facultatif;
- g) d'émeutes, de troubles civils, de la guerre ou de tout acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou du service à temps plein ou partiel dans les forces armées d'un pays, d'un gouvernement ou d'un organisme international;
- h) d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une interruption volontaire de grossesse, sauf en cas de complications de grossesse mettant la vie en danger;
- j) de troubles mentaux, nerveux ou affectifs;
- j) d'une affection préexistante au cours des 12 mois qui suivent la date d'effet de la présente couverture, pourvu que cette affection n'avait pas besoin d'être déclarée dans la proposition d'assurance;
- k) d'une affection causée par le virus d'immunodéficience humaine (VIH), le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou le parasida et qui s'est manifestée avant la date d'effet ;
- l) d'une maladie.

REMBOURSEMENT DES PRIMES

La présente couverture est soumise aux conditions, définitions et autres dispositions du contrat.

1. DÉFINITIONS

Pour l'exécution de la couverture Remboursement des primes et de toute modification y afférente, on entend par :

Période d'accumulation, les vingt (20) années consécutives suivant la date d'effet de cette couverture.

2. ADMISSIBILITÉ

À l'établissement de la couverture Remboursement des primes, l'assuré principal doit avoir entre 5 et 70 ans.

3. GARANTIE REMBOURSEMENT DES PRIMES

À la date d'expiration de la couverture Remboursement des primes, une prestation est payable au titre de celle-ci pour chacune des couvertures énumérées au Tableau d'assurance – Remboursement des primes.

4. CALCUL DE LA PRESTATION REMBOURSEMENT DES PRIMES

Pour chacune des couvertures visées, le remboursement est égal à l'excédent des primes payées à son égard pendant la période d'accumulation sur le total des prestations payées au titre de cette couverture pendant la même période.

Si un sinistre admissible survient au cours de la période d'accumulation et avant la date du remboursement des primes, mais qu'il n'est signalé qu'après le paiement de la prestation au titre de la couverture Remboursement des primes, le montant du remboursement fera l'objet d'un nouveau calcul. Le montant de la prestation à l'égard du sinistre en question sera réduit par le montant de la prestation de remboursement des primes déjà payée, s'il y a lieu.

5. FIN DE LA COUVERTURE REMBOURSEMENT DES PRIMES

Sous réserve des Dispositions générales du contrat, la présente couverture prend fin d'office à la date d'expiration stipulée au Tableau d'assurance – Remboursement des primes ou en cas de résiliation d'une couverture qui était en vigueur au moment de l'ajout de la couverture Remboursement des primes.

REMBOURSEMENT DES PRIMES AU DÉCÈS

La présente couverture est soumise aux conditions, définitions et autres dispositions du contrat.

1. DÉFINITIONS

Pour l'exécution de la couverture Remboursement des primes au décès et de toute modification y afférente, on entend par :

Période d'accumulation, les vingt (20) années consécutives suivant la date d'effet de cette couverture.

2. ADMISSIBILITÉ

À l'établissement de la couverture Remboursement des primes au décès, l'assuré principal doit avoir entre 18 et 59 ans.

3. GARANTIE REMBOURSEMENT DES PRIMES AU DÉCÈS

Le décès de l'assuré principal pendant que la présente couverture est en vigueur ouvre droit un remboursement de primes déterminé d'après le nombre d'années écoulées depuis la date d'effet de cette couverture. Les dates d'effet et d'expiration de la présente couverture sont stipulées au tableau d'assurance afférent à celle-ci.

4. CALCUL DE LA PRESTATION REMBOURSEMENT DES PRIMES AU DÉCÈS

Pour chacune des couvertures visées, le remboursement correspond au pourcentage des primes acquittées pendant la période d'accumulation, déduction faite des prestations payées au cours de cette période. Si le total des prestations payées excède le montant correspondant au pourcentage des primes acquittées, aucun remboursement n'est versé.

La prestation Remboursement des primes au décès est calculée de la façon suivante :

Nbre d'années en vigueur	% des primes acquittées
0 - 5 ans	0 %
6 - 10 ans	33 %
11 - 15 ans	67 %
16 - 20 ans	100 %

Si un sinistre admissible survient au cours de la période d'accumulation et avant la date du décès, mais qu'il n'est signalé qu'après le paiement de la prestation au titre de la couverture Remboursement des primes au décès, le montant du remboursement fera l'objet d'un nouveau calcul. Le montant de la prestation à l'égard du sinistre en question sera réduit par le montant de la prestation de remboursement des primes au décès déjà payée, s'il y a lieu.

5. FIN DE LA COUVERTURE REMBOURSEMENT DES PRIMES AU DÉCÈS

Sous réserve des Dispositions générales du contrat, la présente couverture prend fin d'office à la date d'expiration stipulée au Tableau d'assurance - Remboursement des primes au décès ou en cas de résiliation d'une couverture qui était en vigueur au moment de l'ajout de la couverture Remboursement des primes au décès.

6. EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente couverture lorsque le décès résulte directement ou indirectement, en tout ou en partie :

- du suicide ou de l'automutilation de l'assuré, que celui-ci soit sain d'esprit ou non;
- de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel, ou d'un acte commis pendant une incarcération;
- du mauvais emploi de médicaments, de l'abus de drogues ou de substances intoxicantes, ou d'une alcoolémie de 80 mg ou plus pour 100 ml de sang;
- de la pratique de sports à titre de professionnel rémunéré, de la participation à des courses de vitesse motorisées organisées ou de la pratique d'autres activités dangereuses tels que la plongée autonome, l'escalade de rocher, l'alpinisme, la boxe, le parachutisme, la paravoile, le deltaplane ou le saut à l'élastique;
- d'un voyage aérien, sauf à titre de passager payant dans un aéronef commercial agréé;
- d'un traitement médical facultatif;
- d'émeutes, de troubles civils, de la guerre ou de tout acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou du service à temps plein ou partiel dans les forces armées d'un pays, d'un gouvernement ou d'un organisme international;
- d'une affection causée par le virus d'immunodéficience humaine (VIH), le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou le parasida et qui s'est manifestée avant la date d'effet;
- de troubles mentaux, nerveux ou affectifs.

AVENANT DE REMBOURSEMENT DES PRIMES

La présente couverture est soumise aux conditions, définitions et autres dispositions du contrat.

1. Définitions

Dans l'avenant de remboursement des primes et toute version modifiée de celui-ci, on entend par :

Date d'expiration, la date à laquelle la période d'accumulation de 10 ans prend fin.

Période d'accumulation, les 10 années consécutives suivant la date d'effet de chaque couverture établie à laquelle s'applique la garantie Remboursement des primes.

Somme des prestations versées, l'ensemble des prestations versées et des primes visées par la disposition d'exonération pour toutes les garanties admissibles indiquées dans le tableau d'assurance - Remboursement des primes au cours de la période d'accumulation de 10 ans.

Total des primes, l'ensemble des primes acquittées à l'égard de l'avenant et de toutes les garanties admissibles indiquées dans le tableau d'assurance - Remboursement des primes au cours de la période d'accumulation de 10 ans.

2. Admissibilité

La garantie Remboursement des primes ne peut être établie que sur la tête d'un assuré principal ayant entre 18 et 70 ans.

3. Remboursement des primes

Un remboursement des primes est calculé pour toutes les garanties indiquées dans le tableau d'assurance - Remboursement des primes et ayant la même date d'expiration.

4. Calcul du remboursement des primes

Le montant du remboursement est calculé à la fin de la période d'accumulation de 10 ans pour toutes les garanties indiquées dans le tableau d'assurance - Remboursement des primes et ayant la même date d'expiration. Si la somme des prestations versées pendant la période d'accumulation pour toutes les garanties indiquées dans le tableau d'assurance - Remboursement des primes et ayant la même date d'expiration est égale ou inférieure à 20 % du total des primes versées pendant la période d'accumulation pour toutes les garanties ayant la même date d'expiration, la moitié du total des primes versées est remboursée moins la déduction de la somme des prestations versées.

Aucun remboursement n'est versé si la somme des prestations versées pendant la période d'accumulation pour toutes les garanties indiquées dans le tableau d'assurance - Remboursement des primes et ayant la même date d'expiration dépasse 20 % du total des primes versées pendant la période d'accumulation pour toutes les garanties indiquées dans le tableau d'assurance - Remboursement des primes et ayant la même date d'expiration.

Si un sinistre admissible survient au cours de la période d'accumulation et avant la date d'expiration relative au remboursement des primes, mais qu'il n'est déclaré qu'après le remboursement des primes, le montant du remboursement sera recalculé en fonction de la formule de calcul précitée.

5. Cessation

Sous réserve des dispositions générales du contrat, l'avenant de remboursement des primes prend fin d'office pour chaque garantie à la date d'expiration indiquée dans le tableau d'assurance - Avenant de remboursement des primes ou à la date à laquelle une garantie (qui était en vigueur au moment de l'ajout de l'avenant de remboursement des primes) est résiliée.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT

1. ADMISSIONNÉ

Pour avoir droit à une couverture au titre du présent contrat, le proposant doit, au moment de la proposition et à la date d'effet de la couverture en question :

- a) résider en permanence au Canada;
- b) être dans la fourchette d'âges indiquée à la clause *Admissibilité* de cette couverture;
- c) être assurable selon les règles de sélection normales de l'assureur.

Au cas où une couverture serait établie pour un proposant n'y ayant pas droit, elle serait réputée n'avoir jamais pris effet et l'assureur ne serait tenu qu'au remboursement, sans intérêts, des primes acquittées à l'égard du proposant n'y ayant pas droit.

2. PAIEMENT DES PRIMES

Les primes sont payables annuellement à l'avance ou mensuellement par prélèvements automatiques sur le compte bancaire ou par carte de crédit. Le paiement de la première prime annuelle doit être joint à la proposition. La prime est exigible à la date d'effet du contrat, puis à chaque date d'anniversaire contractuel par la suite.

En cas de paiement par prélèvements automatiques ou par carte de crédit, la première prime correspond à une prime mensuelle à payer lors de la soumission de la proposition d'assurance. Les primes mensuelles suivantes sont exigibles le quantième de la date d'effet du contrat, mais le jour du prélèvement peut être différent.

Les primes doivent être payées tant que le présent contrat est en vigueur, y compris durant toute période d'indemnisation.

3. RENOUELEMENT GARANTI

L'assureur garantit le renouvellement du contrat à chaque anniversaire jusqu'à l'expiration de la dernière couverture en vigueur, à condition que la prime soit acquittée avant la fin du délai de grâce et sous réserve de toutes les autres conditions du contrat.

4. EXONÉRATION DES PRIMES

En cas d'invalidité de l'assuré principal ouvrant droit à des prestations d'invalidité totale au titre du présent contrat, l'assureur n'exige pas le paiement des primes venant à échéance après le premier mois d'invalidité totale, ou après la date à laquelle les prestations d'invalidité totale deviennent payables si cette date est ultérieure, à condition que l'invalidité totale soit continue. L'exonération prend fin :

- a) soit à la date à laquelle l'assuré principal cesse d'être totalement invalide,
- b) soit à la date à laquelle les prestations d'invalidité totale cessent d'être payables au titre du présent contrat.

L'exonération ne joue pas en cas d'invalidité totale résultant - directement ou indirectement, en tout ou en partie - d'une affection préexistante et survenant dans les 12 mois suivant la date d'effet d'une couverture.

Pendant une période d'exonération des primes, l'assuré principal ne peut demander d'augmentation de couverture ni de nouvelle couverture sur sa tête ou sur celle de son conjoint ou de ses enfants à charge.

5. MODIFICATION DES PRIMES

L'assureur peut majorer ou réduire la prime, mais uniquement dans le cadre d'une modification visant tous les assurés de la même catégorie de risque, déterminée selon l'âge, la formule d'assurance, la province, le montant d'assurance, l'emploi ou une combinaison de ces critères et appuyée sur ses résultats techniques. Aucun assuré ne peut faire l'objet d'un traitement tarifaire qui lui soit particulier après l'établissement de son contrat.

Toute modification de prime fait l'objet d'un préavis écrit d'au moins 30 jours à l'assuré principal. La prime ne peut être modifiée plus d'une fois par période de 12 mois.

6. DÉLAI DE GRÂCE

L'assureur accorde un délai de grâce de 31 jours pour le paiement des primes, sauf la première, durant lequel le contrat demeure en vigueur. Le contrat tombe en déchéance à l'expiration de ce délai si la prime échue est toujours en souffrance.

Lorsque l'assuré principal présente à l'assureur une demande écrite de résiliation du présent contrat, le délai de grâce ne tient plus.

7. REMISE EN VIGUEUR

Si le présent contrat tombe en déchéance pour non-paiement de prime, il peut être remis en vigueur moyennant réception par l'assureur, dans les 60 jours suivant l'expiration du délai de grâce, d'une preuve d'assurabilité suffisante et de la prime exigée pour la remise en vigueur.

La remise en vigueur du contrat est soumise à l'approbation de l'assureur.

Advenant la remise en vigueur du contrat, les garanties en cas d'accident ne produisent leurs effets qu'à l'égard des accidents ultérieurs à la remise en vigueur. Quant aux garanties en cas de maladie, elles ne produisent leurs effets qu'à l'égard des maladies qui se déclarent plus de 30 jours après la date de remise en vigueur.

8. COUVERTURE DES ENFANTS À CHARGE

Si le présent contrat comporte une couverture des enfants à charge, cette couverture s'applique à tout enfant né ou adopté après la date d'effet s'il répond à la définition d'enfant à charge.

9. RÉSILIATION DE LA COUVERTURE

- a) La couverture d'un assuré prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :
- i) la date d'expiration stipulée au Sommaire du contrat pour cette couverture;
 - ii) la date d'anniversaire de la couverture en question suivant l'âge à l'expiration stipulé au tableau d'assurance de cette couverture;
 - iii) la date de résiliation du présent contrat;
 - iv) la date de réception par l'assureur d'une demande écrite de résiliation de la couverture signée par l'assuré principal.
- b) Outre les cas prévus à l'alinéa **a)** ci-dessus, toute couverture du conjoint de l'assuré principal prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :
- i) la date à laquelle le conjoint cesse d'être le conjoint;
 - ii) la date à laquelle le conjoint cesse de résider en permanence au Canada;
 - iii) la date de décès du conjoint.
- c) Outre les cas prévus à l'alinéa **a)** ci-dessus, toute couverture d'un enfant à charge prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :
- i) la date à partir de laquelle l'enfant n'est plus un enfant à charge au sens du présent contrat;
 - ii) la date à laquelle l'enfant à charge cesse de résider en permanence au Canada;
 - iii) la date de décès de l'enfant à charge.

10. RÉSILIATION DU CONTRAT

Toutes les couvertures au titre du présent contrat prennent fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'assureur reçoit une demande écrite de résiliation du présent contrat signée par l'assuré principal;
- b) la date d'expiration du délai de grâce si la prime à laquelle il s'applique est toujours en souffrance;
- c) la date d'expiration de la dernière couverture encore en vigueur du contrat;
- d) la date à laquelle l'assuré principal cesse de résider en permanence au Canada;
- e) la date de décès de l'assuré principal.

11. CESSATION DES PRESTATIONS

Le versement des prestations prévues au présent contrat prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) la date à laquelle la couverture prend fin conformément à l'article 9 (RÉSILIATION DE LA COUVERTURE);
- b) la date à laquelle le plafond des prestations stipulé au tableau d'assurance de la couverture en question est atteint;
- c) la date à laquelle l'assuré cesse d'être invalide au sens du présent contrat.

12. MONNAIE

Tous les paiements faits à l'assureur ou par celui-ci doivent être en dollars canadiens.

13. FAUSSE DÉCLARATION ET OMISSION DE FAITS ESSENTIELS

Le proposant et chaque personne à assurer doivent informer l'assureur, dans leurs propositions d'assurance, au cours d'examen médicaux et dans leurs déclarations ou réponses écrites servant à établir leur assurabilité, de tous les faits qui, à leur connaissance, peuvent influencer sur la décision d'accorder ou non l'assurance.

En cas de fausse déclaration ou d'omission constituant un manquement à cette obligation, l'assureur peut annuler le contrat, sous réserve des clauses *Incontestabilité* et *Erreur sur l'âge ou le sexe* ci-après.

14. INCONTESTABILITÉ

Après deux années ininterrompues de couverture d'un assuré, les fausses déclarations et les omissions visées par la clause *Fausse déclaration et omission de faits essentiels* ne peuvent plus entraîner l'annulation du contrat par l'assureur, sauf en cas de fraude.

15. ERREUR SUR L'ÂGE OU LE SEXE

En cas de déclaration erronée de l'âge ou du sexe d'un assuré, toute prestation payable est rajustée pour correspondre au montant qui aurait été payable moyennant la même prime selon l'âge ou le sexe véritable. Si l'âge véritable de l'assuré le rendait inadmissible à la couverture, la couverture sur sa tête est annulée et toute prime payée à son égard est remboursée sans intérêts.

16. CONTRAT SANS PARTICIPATION

Le présent contrat ne donne pas droit aux participations qui peuvent être déclarées par l'assureur.

17. DROITS DE L'ASSURÉ PRINCIPAL

Tous les droits et privilèges stipulés aux présentes appartiennent exclusivement à l'assuré principal, sauf s'il est mineur, auquel cas ils appartiennent au titulaire du contrat.

18. VERSEMENT DES PRESTATIONS ET BÉNÉFICIAIRE

Toutes les prestations sont versées à l'assuré principal s'il est vivant; sinon, au bénéficiaire qu'il a désigné par écrit. Si le bénéficiaire est également décédé ou si aucun bénéficiaire n'a été désigné, les prestations sont versées aux ayants droit de l'assuré principal.

19. DÉSIGNATION DU CONJOINT À TITRE DE BÉNÉFICIAIRE AU QUÉBEC

Lorsque le présent contrat est interprété selon les lois du Québec, le conjoint de l'assuré principal est considéré comme bénéficiaire irrévocable sauf indication contraire faite expressément.

20. CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

Sous réserve de toute loi pouvant avoir un effet sur les droits d'un bénéficiaire irrévocable, l'assuré principal peut changer de bénéficiaire n'importe quand au moyen d'un avis écrit à l'assureur.

21. RÉCEPTION PAR L'ASSUREUR D'UN JUSTIFICATIF SATISFAISANT

Le paiement de toute prestation au titre du présent contrat est soumis à la réception par l'assureur, quand besoin est, d'une preuve suffisante que la prestation est payable ou continue de l'être, que ce soit avant le versement ou durant la période de versement. L'assureur peut notamment exiger un ou plusieurs examens médicaux effectués à ses frais par un médecin de son choix. Tous les autres frais relatifs aux justificatifs exigés par l'assureur sont à la charge du demandeur.

Le défaut de produire les justificatifs exigés par l'assureur peut entraîner le refus de verser les prestations ou l'interruption de celles-ci.

22. PRESTATION MENSUELLE PROPORTIONNELLE

En ce qui concerne les périodes d'invalidité de moins d'un mois, la prestation est calculée à raison de 1/30^e de la prestation mensuelle pour chaque journée d'indemnisation à laquelle l'assuré avait droit.

CONDITIONS LÉGALES

La loi exige que les dispositions légales ci-dessous soient insérées dans le contrat. Dans ces dispositions, « assureur » s'entend de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, « assuré » désigne l'assuré principal, « personne assurée » désigne un conjoint ou un enfant à charge et « indemnités d'arrêt de travail » s'entend des prestations d'invalidité totale ou partielle prévues en cas d'accident ou de maladie.

Lorsque le présent contrat est interprété selon les lois du Québec, les présentes Conditions légales sont réputées faire partie des Dispositions générales du contrat et le délai de un an prévu à l'article *Prescription des recours* est porté à trois ans.

Documents contractuels

Les documents contractuels se composent de la proposition d'assurance, du présent contrat, des documents annexés au présent contrat lors de son établissement, ainsi que des modifications au contrat convenues par écrit après l'établissement du contrat. Aucun agent n'est autorisé à le modifier ni à renoncer à l'une de ses dispositions.

Renonciation

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

Copie de la proposition

L'assureur est tenu de fournir, sur demande, à l'assuré ou à l'auteur d'une demande de règlement au titre du contrat une copie de la proposition d'assurance.

Faits essentiels à l'appréciation du risque

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

Changement de profession

Si, après l'établissement du contrat, la personne assurée exerce, moyennant rémunération, une profession classée par l'assureur comme plus dangereuse que celle indiquée dans la proposition d'assurance, la garantie découlant du présent contrat est limitée au montant que la prime versée aurait acheté pour la profession plus dangereuse en conformité avec les limites, la classification des risques et les taux de primes appliqués par l'assureur au moment où la personne assurée s'est mise à exercer cette profession plus dangereuse.

Si la personne assurée abandonne la profession indiquée dans la proposition d'assurance pour exercer une profession classée par l'assureur comme moins dangereuse et si l'assureur en est avisé par écrit, l'assureur est tenu de réduire le taux de la prime en conformité avec les limites, la classification des risques, et les taux de primes appliqués par l'assureur à la date de réception de l'avis du changement de profession.

Il est tenu de rembourser à l'assuré le montant par lequel les primes non acquises sur le présent contrat excèdent la prime à taux réduit pour la période non expirée.

Rapports des revenus avec l'assurance

Lorsque les indemnités d'arrêt de travail payables au titre du présent contrat, soit seules, soit avec d'autres indemnités d'arrêt de travail garanties par un autre contrat, y compris d'un régime collectif d'assurance accident ou d'assurance maladie et d'un contrat d'assurance vie prévoyant des prestations d'invalidité, excèdent la valeur pécuniaire du revenu de la personne assurée, l'assureur n'est tenu qu'à la proportion de l'indemnité d'arrêt de travail indiquée dans le présent contrat qui est égale à la fraction du revenu de la personne assurée sur le montant total des indemnités d'arrêt de travail payables au titre de tous ces contrats. L'assureur rembourse à l'assuré l'excédent, le cas échéant, de la prime acquittée par ce dernier.

Résiliation par l'assuré

L'assuré peut, à tout moment, résilier le présent contrat en envoyant à l'assureur un avis écrit de résiliation par courrier recommandé adressé au siège social de l'assureur, ou à l'agence principale de ce dernier dans la province, ou en remettant cet avis à un agent autorisé de l'assureur dans la province. Après le rachat du présent contrat, l'assureur rembourse la partie de la prime payée qui excède la prime au taux à court terme calculée jusqu'à la date de réception de l'avis selon la table utilisée par l'assureur au moment de la résiliation.

Avis et preuve de sinistre

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

- a) de donner un avis écrit de sinistre à l'assureur :
 - i) soit en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social ou à l'agence principale de l'assureur dans la province,
 - ii) soit en le remettant à un agent autorisé de l'assureur dans la province,au plus tard trente jours après la date à laquelle survient un sinistre au titre du contrat;

Modèle

- b) dans les quatre-vingt-dix jours qui suivent la date à laquelle survient un sinistre au titre du contrat, de fournir à l'assureur les preuves qui peuvent raisonnablement être fournies, compte tenu des circonstances, de la survenance de l'accident ou du commencement de la maladie ou de l'invalidité et des pertes qui en résultent, du droit de l'auteur de la demande de recevoir paiement, de son âge et de l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu;
- c) si l'assureur l'exige, de fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité ainsi que la durée de l'invalidité.

Défaut de notification ou de preuve

Le défaut de donner avis du sinistre ou d'en fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente condition légale n'invalide pas la demande si l'avis est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas, plus d'une année après la date de l'accident ou du sinistre, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit.

Obligation pour l'assureur de fournir les formulaires requis pour la preuve de sinistre

L'assureur fournit les formulaires requis pour la preuve de sinistre dans les quinze jours de la réception de l'avis de sinistre. Toutefois, lorsque l'auteur de la demande de règlement n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il peut soumettre la preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité donnant lieu à la demande et l'étendue du sinistre.

Droit d'examen

Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées aux termes du présent contrat :

- a) l'auteur de la demande de règlement est tenu d'offrir à l'assureur la possibilité de faire subir à la personne assurée un examen à la date et aussi souvent qu'il est raisonnable, tant que le règlement est en suspens;
- b) en cas de décès de la personne assurée, l'assureur peut exiger une autopsie, avant ou après l'inhumation, sous réserve des lois du ressort compétent.

Délai de paiement des sommes non reliées à l'arrêt de travail

Toutes les sommes payables au titre du présent contrat, à l'exception des indemnités d'arrêt de travail, sont versées par l'assureur dans les soixante jours de la réception par l'assureur de la preuve du sinistre.

Délai de paiement des indemnités d'arrêt de travail

Les indemnités initiales d'arrêt de travail sont versées par l'assureur dans les trente jours de la réception par l'assureur de la preuve du sinistre. Le paiement est par la suite effectué conformément aux conditions du contrat, au moins une fois par période successive de soixante jours, tant que l'assureur demeure tenu d'effectuer les paiements, si la personne assurée fournit sur demande, avant le paiement, la preuve que son invalidité persiste.

Prescription des recours

Les actions ou instances en recouvrement d'un règlement aux termes du présent contrat ne doivent pas être engagées contre l'assureur plus d'un an après la date à laquelle les sommes assurées sont devenues payables ou seraient devenues payables si la demande de règlement avait été valide.

Assurance invalidité Protection Accidents
(La Compagnie d'Assurance-vie Manufacturers).

www.manuvie.ca

Infoprep seulement (09/2015)

