

Chèque-vie (renouvelable) ou Chèque-vie (uniforme) Spécimen de contrat

Le présent spécimen de contrat vous est fourni à titre purement informatif.
Il ne constitue pas un contrat valide ni une offre d'assurance.

Nous vous félicitons d'avoir souscrit un contrat d'assurance Chèque-vie. Vous trouverez dans les sections qu'il contient des explications détaillées sur ses caractéristiques. Veuillez le lire attentivement de façon à en tirer pleinement avantage.

Nous vous remercions d'avoir choisi la Financière Manuvie.

Dans le présent contrat, *vous, votre* et *vos* renvoient au titulaire du contrat, et *nous, notre* et *nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie).

Pour une explication des termes utilisés dans le présent contrat, reportez-vous à la section 8 intitulée *Termes et expressions utilisés dans votre contrat*.

Votre contrat est un élément important de l'entente formelle conclue entre vous et nous. Veuillez le lire attentivement pour vous assurer qu'il correspond à la couverture pour laquelle vous avez présenté une proposition.

Dans le contrat, nous employons parfois l'expression *sous réserve de nos règles administratives alors en vigueur*. Nous modifions occasionnellement nos règles administratives compte tenu de nos politiques d'entreprise et de l'évolution de l'économie et de la législation, notamment de la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Les modifications que nous apportons à nos règles administratives n'auront pas d'incidence sur les prestations garanties prévues par le présent contrat.

En outre, l'expression *nous vous enverrons un avis* signifie que l'avis sera expédié à l'adresse figurant dans nos dossiers. Vous devez nous aviser de tout changement d'adresse. Notre numéro de téléphone figure à la page 3.1, et l'adresse de notre siège social canadien est le 500 King Street N, P.O. Box 1669, Waterloo (Ontario) N2J 4Z6.

Spécimen

2 Table des matières

1	Mot de bienvenue	1.1
2	Table des matières	2.1
3	Sommaire du contrat	3.1
	Données du contrat	
	Données des couvertures d'assurance	
	Données des couvertures de garantie complémentaire	
4	Dispositions générales	
	Le contrat	4.1
	Faits essentiels	4.1
	Résiliation par le titulaire	4.1
	Avis et preuve de sinistre	4.2
	Obligation pour l'assureur de fournir les formulaires de preuve de sinistre	4.3
	Droit d'exiger un examen	4.3
	Versement des prestations	4.3
	Prescription des recours	4.3
	Particularités provinciales	4.3
5	Garanties Chèque-vie	
	Cette section renferme les pages des garanties Chèque-vie qui s'appliquent à la couverture ou aux couvertures souscrites parmi les suivantes :	
	5.1 Chèque-vie (de base)	5.1.1
	5.2 Chèque-vie (renouvelable) ou Chèque-vie (uniforme)	5.2.1
	5.3 Chèque-vie (permanent)	5.3.1
	5.4 Protection SoinsVie	5.4.1
6	Exclusions et restrictions	6.1
7	Données du contrat	
	Paielements	7.1
	Frais	7.1
	Couvertures d'assurance	7.1
	Types de couverture	7.1
	Options de couverture	7.2
	Modification de votre montant d'assurance	7.2
	Changement du type de couverture	7.2
	Changement de l'option de couverture	7.2
	Modification de votre assurance	7.3
	Prime de la nouvelle couverture d'assurance Chèque-vie	7.3
	Couvertures de garantie complémentaire	7.3
	Fin de la couverture d'assurance Chèque-vie	7.3
	Délai de grâce	7.5
	Remise en vigueur du contrat	7.5
	Contestation du contrat	7.6
	Transfert de la propriété de votre contrat	7.7
	Cession du contrat en garantie d'un emprunt	7.7
	Monnaie	7.7
	Type de contrat	7.7
8	Terminologie	8.1
	Les avenants et toute garantie complémentaire que vous avez souscrite pour faire établir des couvertures et protections additionnelles figurent à la suite du contrat.	

Spécimen

4 Dispositions générales

Le contrat

La proposition, le présent document contractuel, les documents annexés à celui-ci lors de son établissement ainsi que les modifications et avenants au contrat convenus par écrit après l'établissement de ce dernier constituent le contrat dans son intégralité.

La proposition se compose de tous les documents qui nous ont été fournis relativement à votre proposition d'assurance, notamment :

- les formulaires de preuve médicale;
- les déclarations écrites et réponses fournies comme preuve d'assurabilité;
- les demandes subséquentes de remise en vigueur ou de modification des couvertures d'assurance ou de garantie complémentaire, ainsi que les modifications ou les nouvelles versions des pages Sommaire du contrat qui en résultent;
- les avenants.

Renonciation

Aucun conseiller n'est autorisé à modifier le contrat ni à laisser entendre que l'une ou l'autre de ses dispositions est sans effet. Nous sommes réputés 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 que nous avons signé.

Copie de votre proposition

Nous vous fournirons, sur demande, une copie de votre proposition.

Faits essentiels

Les déclarations faites par le titulaire ou l'assuré lors de la souscription du présent contrat ne peuvent être utilisées en défense à une demande de règlement au titre de ce contrat ou pour se soustraire au présent contrat, à moins de figurer dans la proposition ou dans toutes autres déclarations écrites ou réponses données comme preuve d'assurabilité.

Résiliation par le titulaire

Si vous décidez de résilier votre contrat, celui-ci prend fin le jour ouvrable où nous recevons votre demande écrite de résiliation à notre bureau principal dans votre province ou à notre siège social canadien. Nous vous remboursons alors, s'il y a lieu, la partie inutilisée de la prime payée au cours de l'année contractuelle où vous demandez la résiliation. Si aucune prime n'a été payée au cours de l'année contractuelle en question, aucune prime n'est remboursée.

Avis et preuve de sinistre

Comment présenter une demande de règlement

Toute demande de règlement doit être présentée par écrit à notre bureau principal dans votre province ou à notre siège social canadien. L'avis de sinistre doit nous parvenir dans les 30 jours suivant la date de survenance du sinistre.

Dans les 90 jours qui suivent la date de survenance du sinistre en vertu du contrat, vous devez nous fournir, dans la mesure du possible, une preuve de la survenance de l'accident, du début de la maladie ou de l'invalidité, et des pertes ainsi occasionnées, une preuve qui atteste du droit du demandeur de toucher le paiement et une preuve qui confirme son âge et l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu.

Nous pouvons également vous demander de nous fournir des renseignements, satisfaisants pour nous, sur la cause ou la nature et/ou la durée de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité pour laquelle vous présentez une demande de règlement au titre du contrat.

Défaut de fournir un avis ou une preuve de sinistre

Si vous omettez de nous donner avis du sinistre ou d'en fournir une preuve, satisfaisante pour nous, dans le délai prescrit par la présente disposition générale, nous versons une prestation :

- si nous établissons :
 - que l'assuré est fonctionnellement dépendant et qu'il a accompli la période d'attente fixée pour une prestation pour soins; ou
 - qu'il a le droit de recevoir des prestations d'assurance maladies graves et qu'il a accompli la période d'attente fixée pour ces prestations

et

- si vous nous avisez dès que cela est raisonnablement possible de le faire dans l'année qui suit la date à laquelle l'assuré :
 - a semblé être fonctionnellement dépendant, ou
 - a eu droit de recevoir des prestations d'assurance maladies graves

et

- si nous recevons une preuve, satisfaisante pour nous, qu'il n'était pas raisonnablement possible pour vous de nous donner l'avis ou de fournir une preuve dans le délai prescrit.

Dans tous les cas, vous devez nous fournir une preuve du sinistre dans l'année qui suit la date de la survenance du sinistre.

Déclaration de présomption de décès

Si nous exigeons la soumission d'une déclaration de présomption de décès avant de verser le capital décès, la personne qui présente la demande de règlement devra nous fournir un avis suffisant ou une preuve du sinistre dans un délai de un an suivant la déclaration prononcée par le tribunal. Cette personne peut communiquer avec nous pour savoir quels documents nous exigeons pour traiter la demande de règlement.

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

Nous vous fournirons des formulaires de preuve de sinistre dans les 15 jours suivant la réception de l'avis de sinistre. Si vous ne recevez pas les formulaires dans ce délai, vous pouvez nous soumettre la preuve de sinistre sous forme de déclaration écrite en indiquant la cause, la nature et l'étendue de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité, ainsi que les pertes qui en résultent et qui donnent lieu à la demande de règlement.

Droit d'exiger un examen

Nous pouvons exiger que l'assuré soit examiné chaque fois et aussi souvent que nous le jugeons raisonnablement nécessaire, tant que la demande de règlement est en cours d'examen. En cas de décès de l'assuré, nous pouvons également exiger une autopsie sous réserve des lois du ressort compétent. Ces conditions doivent être remplies avant que le règlement d'une demande puisse être effectué.

Versement des prestations

Nous versons toutes les prestations payables au titre du contrat dans les soixante jours qui suivent la réception de la preuve de sinistre.

Prescription des recours

Les actions ou poursuites intentées contre nous en recouvrement de prestations au titre du contrat doivent être entreprises dans l'année qui suit la date à laquelle les sommes assurées sont devenues payables ou seraient devenues payables si la demande de règlement avait été valide.

Les actions ou instances en recouvrement des sommes payables aux termes du présent contrat intentées contre l'assureur sont irrecevables sauf si elles sont intentées dans le délai prescrit par la *Loi sur les assurances* ou une autre loi applicable.

Particularités provinciales

S'il y a lieu, les dispositions décrites dans le présent contrat seront adaptées pour satisfaire aux exigences minimales de la loi dans votre province ou territoire.

5 Garanties Chèque-vie

La page Sommaire du contrat indique le type ou les types de couvertures d'assurance Chèque-vie que vous avez souscrites pour chaque assuré. Le présent document contractuel renferme seulement les pages qui s'appliquent à la couverture ou aux couvertures que vous avez souscrites.

Les pages portant sur les prestations d'assurance maladies graves Chèque-vie sont numérotées comme suit :

- 5.1 Chèque-vie (de base)
- 5.2 Chèque-vie (renouvelable) ou Chèque-vie (uniforme)
- 5.3 Chèque-vie (permanent)

Les pages portant sur les prestations soins de longue durée Chèque-vie sont numérotées comme suit :

- 5.4 Protection SoinsVie

Spécimen

5.2 Chèque-vie (renouvelable) ou Chèque-vie (uniforme)

Prestations d'assurance maladies graves

Prestation Affections couvertes

Nous vous versons une prestation Affections couvertes si l'assuré atteint d'une affection couverte :

- accomplit la période d'attente fixée pour l'affection couverte telle qu'elle est décrite dans le contrat, et
- remplit les autres conditions de ce contrat.

Les affections couvertes sont décrites dans la présente section sous la rubrique *Affections couvertes*.

Si une prestation Affections couvertes est payable, elle correspond :

- au montant d'assurance de la couverture d'assurance Chèque-vie applicable à l'assuré et indiqué à la section 3, diminué
- de toute prestation Rétablissement payée ou payable au titre de cette couverture d'assurance Chèque-vie applicable à l'assuré, diminué
- de toute prestation pour soins payée ou payable au titre de cette couverture d'assurance Chèque-vie applicable à l'assuré.

Prestation Rétablissement

La prestation Rétablissement a pour but d'aider l'assuré à amorcer son rétablissement en touchant une prestation le plus rapidement possible. Il n'y a pas de période d'attente pour cette prestation.

Nous vous versons une prestation Rétablissement si vous soumettez une demande de prestation Affections couvertes et si :

- cette couverture d'assurance Chèque-vie était en vigueur au moment du sinistre;
- vous nous fournissez une déclaration du demandeur, dûment remplie à l'aide d'un formulaire acceptable pour nous;
- vous nous fournissez une déclaration du médecin traitant, dûment remplie par un spécialiste compétent à l'aide d'un formulaire acceptable pour nous;
- la preuve établie dans ces formulaires, ou en rapport avec eux, démontre au moins jusqu'à un certain point, de façon satisfaisante pour nous, que l'on a diagnostiqué chez l'assuré une affection couverte. Si la définition d'affection couverte précise une ou plusieurs conditions pour que la prestation Affections couvertes soit versée, la preuve, pour être satisfaisante, doit démontrer au moins jusqu'à un certain point que l'assuré remplit chacune de ces conditions; et
- nous n'avons à ce moment aucune preuve qui suggère que vous n'avez pas le droit de recevoir la prestation Affections couvertes pour cette affection.

Si une prestation Rétablissement est payable, son montant correspond à :

- dix pour cent (10 %) du montant d'assurance de la couverture d'assurance Chèque-vie applicable à l'assuré et indiqué à la section 3, *diminué* de toute prestation pour soins payée ou payable pour l'assuré au titre de la couverture

ou

- 10 000 \$,

selon le moins élevé de ces montants.

Une seule prestation Rétablissement sera versée au titre de cette couverture d'assurance Chèque-vie pour cet assuré.

Autres précisions sur la prestation Rétablissement

Le fait que nous versions une prestation Rétablissement ne signifie pas nécessairement que vous avez le droit de recevoir la prestation Affections couvertes connexe. Nous devons terminer l'examen de votre demande de règlement afin d'établir si vous avez droit à cette prestation.

Si nous jugeons que vous n'avez pas droit à la prestation Affections couvertes, vous pourrez conserver la prestation Rétablissement, sauf si nous déterminons :

- que la couverture d'assurance Chèque-vie est annulable en raison d'une fausse déclaration ou d'une fraude, tel qu'il est décrit à la section 7 sous la rubrique *Contestation du contrat*; ou
- qu'une demande de règlement a été faite frauduleusement.

Dans ces cas, vous devrez nous rembourser la prestation Rétablissement.

Prestation Intervention rapide

Nous vous versions une prestation Intervention rapide si l'assuré est atteint de l'une des affections à intervention rapide, et :

- accomplit la période d'attente fixée pour l'affection à intervention rapide telle qu'elle est décrite dans le contrat, et
- remplit les autres conditions du présent contrat.

Les affections à intervention rapide sont décrites dans la présente section sous la rubrique *Affections à intervention rapide*.

Si une prestation Intervention rapide est payable, son montant correspond à :

- vingt-cinq pour cent (25 %) du montant d'assurance de toutes les couvertures d'assurance Chèque-vie applicables à cet assuré

ou

- 50 000 \$,

selon le moins élevé de ces montants.

Si nous versions une prestation Intervention rapide pour un assuré, nous ne verserons pas une autre prestation Intervention rapide pour cet assuré au titre du présent contrat, ni au titre d'un autre contrat Chèque-vie.

Affections à intervention rapide

Angioplastie coronarienne

Intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang.

L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date de l'intervention.

Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)

Diagnostic formel du cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b). L'affection doit être diagnostiquée par un spécialiste.

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.

Exclusions

Les exclusions sont énoncées à la section 6 sous la rubrique *Exclusion des cancers et affections connexes*.

Cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade T1

Diagnostic formel du cancer de la thyroïde papillaire ou du cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases.

L'affection doit être diagnostiquée par un spécialiste et confirmée au moyen d'une biopsie.

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.

Exclusions

Les exclusions sont énoncées à la section 6, sous la rubrique *Exclusion des cancers et affections connexes*.

Carcinome canalaire *in situ* du sein

Diagnostic formel de carcinome canalaire *in situ* du sein.

L'affection doit être diagnostiquée par un spécialiste et confirmée au moyen d'une biopsie.

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.

Exclusions

Les exclusions sont énoncées à la section 6 sous la rubrique *Exclusion des cancers et affections connexes*.

Leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai

Diagnostic formel de leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai.

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

L'affection doit être diagnostiquée par un spécialiste.

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.

Exclusions

Nous ne versons pas de prestation Intervention rapide dans le cas d'une lymphocytose monoclonale dite de signification indéterminée (LMUS).

D'autres exclusions sont énoncées à la section 6 sous la rubrique *Exclusion des cancers et affections connexes*.

Mélanome malin au stade 1

Diagnostic formel de mélanome malin au stade 1A ou 1B non ulcéré et dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1,0 mm.

L'affection doit être diagnostiquée par un spécialiste.

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.

Exclusions

Nous ne versons pas de prestation Intervention rapide dans le cas d'un mélanome malin in situ.

D'autres exclusions sont énoncées à la section 6 sous la rubrique *Exclusion des cancers et affections connexes*.

Affections couvertes

Accident vasculaire cérébral (AVC)

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

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

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

Période d'attente

Période à courir jusqu'à la date à laquelle les critères ci-dessus sont remplis.

Exclusions

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans les cas suivants :

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

Anémie aplastique

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

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

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

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.

Brûlures graves

Diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps.

Le diagnostic de brûlures graves doit être posé un spécialiste.

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'assuré subit les brûlures graves.

Cancer (mettant la vie en danger)

Diagnostic formel d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.

Exclusions

Les exclusions sont énoncées à la section 6 sous la rubrique *Exclusion des cancers et affections connexes*.

Cécité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

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

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.

Chirurgie de l'aorte

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

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date de la chirurgie.

Exclusions

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans le cas d'une angioplastie, d'une intervention intra-artérielle, d'une intervention percutanée par cathéter ou d'une intervention non chirurgicale.

Coma

Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période.

Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.

Exclusions

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans les cas suivants :

- un coma médicalement provoqué,
- un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogues, ou
- un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque

Diagnostic formel de la nécrose du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

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

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

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.

Exclusions

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans les cas suivants :

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

Défaillance d'un organe vital et en attente d'une greffe

Diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation payable au titre de la définition du terme « défaillance d'un organe vital et en attente d'une greffe », l'assuré doit être inscrit à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date d'inscription de l'assuré dans le centre de transplantation mentionné ci-dessus.

Démence, maladie d'Alzheimer comprise

Diagnostic formel de démence caractérisée par une détérioration progressive de la mémoire et par au moins une des manifestations suivantes touchant les fonctions cognitives :

- aphasia (trouble du langage),
- apraxie (difficulté à accomplir des tâches courantes),
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets),
- perturbation des fonctions de contrôle supérieures (dites « exécutives ») (par exemple, capacité de pensée abstraite, ainsi que planification, esprit d'initiative, organisation, contrôle et interruption de comportements complexes), ce qui a une incidence sur les activités de la vie quotidienne.

L'assuré doit présenter les signes suivants :

- démence de niveau au moins modéré, attestée par un mini-examen de l'état mental dont le score est de 20/30 ou moins ou par un ou plusieurs autres examens généralement reconnus par la profession médicale pour l'évaluation des fonctions cognitives et dont le score est équivalent,
- détérioration progressive des fonctions cognitives et de la capacité de fonctionner au quotidien attestée par une série de tests cognitifs ou par un examen des antécédents pendant une période d'au moins six mois.

Aux fins du contrat, le mini-examen de l'état mental fait référence au Mini Mental State Exam (Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3):189).

Le diagnostic de démence doit être posé par un spécialiste.

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.

Exclusions

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans le cas de troubles affectifs ou schizophréniques, ou encore de délirium.

Greffe d'un organe vital

Diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation payable au titre de la définition du terme « greffe d'un organe vital », l'assuré doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date de la greffe.

Infection à VIH contractée au travail

Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé l'assuré à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il exerçait sa profession habituelle. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir eu lieu après la plus éloignée des dates suivantes :

- la date d'établissement de la couverture, ou
- la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de celle-ci.

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

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

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

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date à laquelle tous les critères ci-dessus sont remplis.

Exclusions

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes au titre de la définition du terme « infection à VIH contractée au travail » dans les cas suivants :

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

Insuffisance rénale

Diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.

Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.

Maladie de Parkinson et troubles parkinsoniens atypiques précis

Diagnostic formel de maladie de Parkinson primaire, affection neurologique permanente caractérisée par une bradykinésie (lenteur des mouvements) et par au moins un des symptômes suivants :

- rigidité musculaire,
- tremblements de repos.

Troubles parkinsoniens atypiques précis : diagnostic formel d'une paralysie supranucléaire progressive, d'une dégénérescence cortico-basale ou d'une atrophie multisystématisée.

L'assuré doit présenter des signes objectifs de dégénérescence progressive des fonctions pendant au moins un an et pour lesquels le neurologue traitant a prescrit des médicaments dopaminergiques ou d'autres médicaments généralement reconnus par la profession médicale pour le traitement de la maladie de Parkinson.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou d'un trouble parkinsonien atypique précis doit être posé par un neurologue.

Période d'attente

Période à courir jusqu'à la plus éloignée des dates suivantes :

- date à laquelle tous les critères ci-dessus sont remplis, ou
- 30^e jour suivant la date du diagnostic.

Exclusions

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes pour tout autre type de parkinsonisme.

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes si, dans l'année suivant

- la date d'établissement de la couverture, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de celle-ci si cette date est postérieure

l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des examens qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson ou d'un trouble parkinsonien atypique précis, peu importe la date d'établissement du diagnostic, ou
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson ou d'un trouble parkinsonien atypique précis.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou examens qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent nous être communiqués dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, nous pouvons refuser toute demande de règlement portant sur :

- la maladie de Parkinson, ou
 - des troubles parkinsoniens atypiques précis,
- ou sur toute maladie grave causée par :
- la maladie de Parkinson, ou
 - des troubles parkinsoniens atypiques précis,
- ou leur traitement.

Maladie du motoneurone

Diagnostic formel de troubles suivants exclusivement :

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

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

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.

Méningite purulente

Diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date d'établissement du diagnostic.

Le diagnostic de méningite purulente doit être posé par un spécialiste.

Période d'attente

Période à courir jusqu'à la date à laquelle les critères ci-dessus sont remplis.

Exclusions

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie

Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

Période d'attente

Période à courir jusqu'à la date à laquelle les critères ci-dessus sont remplis.

Perte de l'usage de la parole

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

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

Période d'attente

Période à courir jusqu'à la date à laquelle les critères ci-dessus sont remplis.

Exclusions

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes pour toute cause psychiatrique.

Perte de membres

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

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

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date à laquelle le deuxième membre est amputé.

Pontage coronarien

Chirurgie cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'un pontage par greffe.

L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date de la chirurgie.

Exclusions

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans le cas d'une angioplastie, d'une intervention intra-artérielle, d'une intervention percutanée par cathéter ou d'une intervention non chirurgicale.

Remplacement ou réparation valvulaires

Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à réparer une ou plusieurs valvules cardiaques défailtantes.

L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date de la chirurgie.

Exclusions

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans le cas d'une angioplastie, d'une intervention intra-artérielle, d'une intervention percutanée par cathéter ou d'une intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques

Diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :

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

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

Période d'attente

Période à courir jusqu'à la date à laquelle les critères ci-dessus sont remplis.

Surdité

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

Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.

Tumeur cérébrale bénigne

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

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

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.

Exclusions

Les exclusions sont énoncées à la section 6 sous la rubrique *Exclusion des tumeurs cérébrales bénignes et affections connexes*.

Tables de renouvellement des primes

Si vous avez une couverture Chèque-vie (renouvelable), consultez les tables de renouvellement des primes figurant à la section 9 pour savoir comment la prime de votre couverture d'assurance Chèque-vie changera au cours de la durée de votre contrat.

5.4 Protection SoinsVie

La protection SoinsVie vous permet de demander une part du montant d'assurance d'une couverture d'assurance Chèque-vie à titre de prestations pour soins.

Cette part est appelée prestation maximale SoinsVie et figure à la section 3 pour chaque couverture d'assurance Chèque-vie comportant la protection SoinsVie.

Comme la prestation maximale SoinsVie est comprise dans le montant d'assurance au titre d'une couverture d'assurance Chèque-vie, toute prestation pour soins versée pour cette couverture réduit le montant d'assurance total de la couverture d'assurance Chèque-vie.

Le solde de la prestation SoinsVie applicable à un assuré correspond au montant disponible pour verser les prestations pour soins, tous contrats Chèque-vie confondus.

Pour une explication des termes utilisés dans le présent contrat, reportez-vous à la section 8.0 intitulée *Termes et expressions utilisés dans votre contrat*.

Restriction relative à la prestation SoinsVie

Nous versons les prestations pour soins jusqu'à concurrence d'un montant égal au solde de la prestation SoinsVie ou 500 000 \$, selon le moins élevé de ces montants. Cette limite s'applique, tous contrats Chèque-vie confondus.

Si vous exercez une Option de prolongation, nous versons les prestations pour soins jusqu'à concurrence d'un montant égal au solde de la prestation SoinsVie ou 500 000 \$, selon le moins élevé de ces montants, diminué du montant d'assurance que vous avez souscrit à la suite de l'exercice de l'Option de prolongation.

Prestation pour soins

Par « prestation pour soins », on entend la somme qui est payable chaque mois durant lequel l'assuré est fonctionnellement dépendant.

Sauf instruction contraire de votre part, nous versons la prestation pour soins à l'assuré.

Nous versons une prestation pour soins lorsque les cinq conditions suivantes sont remplies :

- 1 Nous établissons que l'assuré est fonctionnellement dépendant.
- 2 L'assuré devient fonctionnellement dépendant à la date de la couverture ou après cette date.
- 3 L'assuré est fonctionnellement dépendant pendant un nombre de jours égal à la période d'attente, tel qu'il est indiqué à la section 3.
- 4 La couverture d'assurance Chèque-vie est en vigueur le premier jour de la période d'attente fixée pour la prestation pour soins.
- 5 La protection SoinsVie est en vigueur.

Comment nous établissons qu'un assuré est fonctionnellement dépendant

Si vous ou l'assuré, un ami ou un parent constatez que l'assuré au titre du contrat semble être fonctionnellement dépendant, vous devez nous aviser dans les 30 jours. Nous procédons alors à une évaluation initiale qui nous aide à déterminer si l'assuré est fonctionnellement dépendant.

Par « évaluation initiale », on entend une évaluation effectuée en personne, au lieu de résidence de l'assuré, par un conseiller en soins que nous désignons.

Le conseiller en soins nous aide à déterminer si :

- l'assuré a la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne; et/ou
- l'assuré a une déficience cognitive.

Le conseiller en soins tient compte de tous les facteurs applicables à la situation de l'assuré, notamment :

- les facteurs d'ordre fonctionnel, cognitif, comportemental et émotif;
- le soutien familial; et
- la sécurité de son environnement.

Aux fins de l'évaluation, le conseiller en soins utilise des tests professionnellement reconnus qui permettent d'appliquer des mesures objectives et d'obtenir des résultats vérifiables.

Nous pouvons aussi exiger d'autres preuves y compris, sans toutefois s'y limiter, les dossiers de l'hôpital ou de l'établissement de soins, des renseignements provenant d'organismes gouvernementaux ou des rapports médicaux. Nous pouvons exiger que l'assuré soit examiné à nos frais par un professionnel de la santé que nous désignons.

Nous vous demandons, à vous et à l'assuré, de collaborer avec nous, d'être disponibles et de nous fournir les renseignements dont nous avons besoin pour prendre une décision concernant la demande de règlement. Si vous ou l'assuré ne collaborez pas avec nous, nous ne traiterons pas la demande.

Quand l'assuré est-il considéré comme fonctionnellement dépendant?

Nous considérons que l'assuré est fonctionnellement dépendant si, même en faisant usage de médicaments, d'accessoires fonctionnels, d'appareils ou d'autres aides :

- il est incapable d'accomplir au moins deux des activités de la vie quotidienne sans l'aide substantielle d'une autre personne; ou
- il a besoin, en raison d'une déficience cognitive, d'une supervision substantielle pour le protéger contre les dangers qui menacent sa santé ou sa sécurité.

Pour être considéré comme fonctionnellement dépendant, l'assuré doit aussi :

- recevoir régulièrement les soins d'un médecin;
- suivre les traitements recommandés; et
- utiliser les accessoires fonctionnels appropriés au type d'affection qui cause sa dépendance fonctionnelle.

Activités de la vie quotidienne

Les activités de la vie quotidienne sont les tâches quotidiennes de base que l'assuré doit accomplir pour préserver sa santé et assurer sa sécurité.

Les activités de la vie quotidienne qui servent à déterminer si l'assuré est fonctionnellement dépendant sont les suivantes :

- **Se laver** – s'entend de la capacité de se laver en prenant un bain ou une douche (y compris la capacité d'y entrer et d'en sortir), ou en utilisant une éponge. « Se laver » ne comprend pas la capacité de se laver les cheveux, le dos ou les pieds.
- **Se nourrir** – s'entend de la capacité de se nourrir par soi-même en utilisant une tasse, un bol ou une assiette, ou de s'alimenter au moyen d'une sonde. « Se nourrir » ne comprend pas la capacité de préparer ou de servir les repas.
- **S'habiller** – s'entend de la capacité de mettre et d'enlever tous les vêtements nécessaires et tous les appareils orthopédiques et chirurgicaux ou membres artificiels qui sont médicalement requis. Par « vêtements nécessaires », on entend tout article vestimentaire que l'on peut confectionner, acheter, acheter et retoucher, et qu'il est raisonnable pour la santé, le confort et la dignité de l'assuré de porter dans l'environnement dans lequel il vit habituellement.
- **Aller aux toilettes** – s'entend de la capacité de se rendre aux toilettes et d'en revenir, de s'asseoir sur le siège et de s'en relever, ainsi que de s'acquitter des soins d'hygiène personnelle y afférents.
- **Se déplacer** – s'entend de la capacité de prendre place dans un lit, sur une chaise ou dans un fauteuil roulant, et d'en sortir.
- **Être continent** – s'entend de la capacité de maîtriser ses fonctions intestinales et urinaires ou, si ces fonctions ne peuvent être maîtrisées, de la capacité de s'acquitter des soins d'hygiène personnelle y afférents (y compris ceux liés à l'utilisation de produits pour incontinence, d'un cathéter ou d'une poche pour colostomie).

Aide substantielle

Nous considérons qu'un assuré a besoin d'une aide substantielle pour accomplir les activités de la vie quotidienne s'il nécessite habituellement et régulièrement :

- l'aide physique d'une autre personne; ou
- l'assistance immédiate, au besoin, d'une personne qui se trouve aux côtés de l'assuré et qui est prête à intervenir physiquement pour l'empêcher de se blesser. Par exemple, une personne qui fournit une assistance immédiate, au besoin, sera prête à rattraper une personne qui tombe en entrant dans une baignoire ou dans une douche ou en sortant de celles-ci, ou à retirer un aliment de la gorge d'une personne qui s'étouffe en mangeant.

Supervision substantielle

Nous considérons qu'un assuré a besoin d'une supervision substantielle s'il nécessite la surveillance continue d'un adulte responsable. Cette personne doit être disposée et apte à intervenir ou à donner les instructions nécessaires pour protéger l'assuré contre les dangers qui menacent sa santé ou sa sécurité.

Déficiences cognitive

Par « déficiences cognitive », on entend une perte ou une détérioration des facultés intellectuelles. Cette perte ou cette détérioration doit satisfaire aux trois conditions suivantes :

- 1 Elle doit être comparable à celle qu'entraîne la maladie d'Alzheimer, que nous considérons comme une déficiences cognitive, et à d'autres formes similaires de démence irréversible, ou résulter d'une lésion cérébrale grave.
- 2 Elle doit se traduire par une déficiences :
 - a de la mémoire à court terme ou à long terme;
 - b de la capacité à reconnaître les gens ou à se situer dans l'espace ou le temps;
 - c du raisonnement déductif ou abstrait; ou
 - d du jugement lié à la perception qu'a l'assuré quant à sa propre sécurité et à celle des autres personnes.
- 3 Elle doit être confirmée et mesurée par une preuve clinique et des examens normalisés.

Exclusion

Sont exclus de la définition de déficiences cognitive les troubles mentaux ou nerveux, tels que les troubles de l'anxiété, de l'humeur, du sommeil, de la douleur, de la personnalité et les troubles psychotiques mais sans s'y limiter.

Période d'attente

L'assuré doit être fonctionnellement dépendant pendant un nombre de jours égal à la période d'attente avant d'avoir droit à la prestation pour soins. La période d'attente est indiquée à la section 3.

La période d'attente débute le jour de l'évaluation qui nous amène à établir que l'assuré est fonctionnellement dépendant. Pour cette raison, si vous constatez que l'assuré semble fonctionnellement dépendant, vous devez nous en aviser aussitôt que possible, et au plus tard dans les 30 jours.

Si nous jugeons que nous ne pouvons pas procéder rapidement à une évaluation en raison de l'état de santé de l'assuré, la période d'attente débute le jour où un événement majeur lié à sa santé se produit (tel qu'un accident ou une admission à l'hôpital pour un séjour prolongé). Nous devons avoir une preuve médicale documentée de cet événement, preuve sur laquelle nous nous appuyerons pour déterminer si l'assuré est fonctionnellement dépendant.

Nous considérons que l'assuré a accompli la période d'attente s'il est fonctionnellement dépendant pendant le nombre de jours indiqué à la section 3. Ces jours peuvent être

- consécutifs; ou
- non consécutifs, pourvu qu'ils
 - soient séparés par 180 jours ou moins;
 - soient attribuables à la même cause ou à une cause connexe; et
 - tombent avant la date d'expiration de la couverture d'assurance Chèque-vie indiquée à la section 3.

Période d'attente afférente aux demandes de règlement ultérieures

Si nous avons cessé de verser une prestation pour soins parce que l'assuré n'y avait plus droit, et si nous établissons qu'il est redevenu fonctionnellement dépendant :

- pendant que la couverture d'assurance Chèque-vie est en vigueur;

et

- moins de 180 jours civils après que nous ayons cessé de verser la prestation pour soins relative à la période précédente de dépendance fonctionnelle; et
- en raison de la même cause ou d'une cause connexe à celle de la période précédente de dépendance fonctionnelle;

l'assuré n'a pas à accomplir une autre période d'attente. Nous considérons que la période ultérieure de dépendance fonctionnelle est une prolongation de celle afférente à la demande de règlement précédente.

Si nous avons cessé de verser une prestation pour soins parce que l'assuré n'y avait plus droit, et que nous établissons que l'assuré est redevenu fonctionnellement dépendant :

- pendant que la couverture d'assurance Chèque-vie est en vigueur;

et

- 180 jours civils ou plus après avoir cessé de verser la prestation pour soins relative à la période précédente de dépendance fonctionnelle; ou
- en raison d'une cause nouvelle ou différente de celle afférente à la période précédente de dépendance fonctionnelle;

l'assuré doit accomplir une nouvelle période d'attente. Nous considérons que la période ultérieure de dépendance fonctionnelle doit faire l'objet d'une nouvelle demande de règlement.

Calcul du montant de la prestation pour soins

Nous versons la prestation pour soins une fois par mois.

Si les soins sont dispensés « hors établissement », la prestation mensuelle pour soins que nous versons correspond à :

- un pour cent (1 %) du solde de la prestation SoinsVie initiale applicable à cet assuré ou
 - 5 000 \$ par mois,
- selon le moins élevé de ces montants.

Si les soins sont dispensés « en établissement », la prestation mensuelle pour soins que nous versons correspond à :

- deux fois la prestation mensuelle pour soins payable pour des soins dispensés « hors établissement », ou
- 10 000 \$ par mois,

selon le moins élevé de ces montants.

Soins dispensés

Soins dispensés « hors établissement »

Nous jugeons que les soins sont dispensés « hors établissement » si l'assuré est fonctionnellement dépendant et réside :

- dans une habitation privée;
- dans un hôpital (sauf dans les cas particuliers énoncés ci-après à la rubrique « Soins dispensés en établissement »);
- dans un établissement dont le mandat principal est de dispenser des soins médicaux de courte durée, de la formation ou de l'enseignement, ou de traiter l'alcoolisme, la chimiodépendance ou les troubles mentaux ou nerveux; ou
- ailleurs que dans un établissement de soins de longue durée, tel qu'il est défini à la section « *Établissement de soins de longue durée* ».

Soins dispensés « en établissement »

Nous jugeons que les soins sont dispensés « en établissement » si l'assuré est fonctionnellement dépendant et réside dans un établissement de soins de longue durée, tel qu'il est défini à la section « *Établissement de soins de longue durée* ». Nous exigeons une preuve, satisfaisante pour nous, que l'assuré réside dans un tel établissement.

Nous jugeons aussi que les soins sont dispensés « en établissement » si l'assuré est fonctionnellement dépendant et :

- réside provisoirement dans un hôpital à ses propres frais, parce qu'il a besoin de recevoir des soins de longue durée et attend que des dispositions soient prises à cet effet; ou
- réside provisoirement dans un hôpital, alors qu'il a droit à une prestation pour soins « en établissement ».

Établissement de soins de longue durée

Un établissement de soins de longue durée s'entend d'un établissement de soins situé au Canada, dans la zone continentale des États-Unis (y compris l'Alaska) et à Hawaï. L'établissement de soins en question doit satisfaire aux trois exigences suivantes :

- 1 Offrir sur place, 24 heures sur 24, des services dispensés par un médecin ou un infirmier autorisé, ou des services dispensés par une autre personne sous la surveillance continue d'un médecin ou d'un infirmier autorisé. Le médecin ou l'infirmier doivent être autorisés à exercer au Canada ou aux États-Unis;

ou

Avoir sur place, 24 heures sur 24, du personnel qui dispense des soins de base à de nombreux résidents, et avoir mis en place une procédure en bonne et due forme pour offrir une aide appropriée en cas d'urgence médicale.

- 2 Consigner quotidiennement dans un registre les soins dispensés à chaque patient.
- 3 Fournir un programme d'observation et de traitement répondant aux normes actuelles de la pratique médicale à l'égard de la dépendance fonctionnelle pour laquelle l'assuré séjourne dans cet établissement de soins.

Versement de la prestation pour soins

Nous établissons le montant de la prestation pour soins en nous basant sur le nombre de jours pendant lesquels l'assuré était fonctionnellement dépendant et a reçu des soins dispensés « en établissement » ou « hors établissement » durant le mois.

Sauf instruction contraire de votre part, nous versons la prestation pour soins à l'assuré.

Lorsque nous versons une prestation pour soins, nous nous réservons le droit d'exiger, à n'importe quel moment et aussi souvent qu'il s'avère nécessaire, des évaluations complémentaires ou des preuves attestant que l'assuré est toujours fonctionnellement dépendant. Nous vous demandons, à vous et à l'assuré de collaborer avec nous, d'être disponibles et de nous fournir les renseignements dont nous avons besoin pour prendre une décision touchant la demande de règlement. Si vous ou l'assuré ne collaborez pas avec nous, nous cesserons de verser la prestation pour soins.

Modification de la prestation maximale SoinsVie

Diminution du solde de la prestation SoinsVie

Le solde de la prestation SoinsVie est diminué du montant de toute prestation pour soins payée ou payable.

Qu'arrive-t-il lorsque le solde de la prestation SoinsVie tombe à zéro?

Le jour où le solde de la prestation SoinsVie tombe à zéro, ou si le total des prestations pour soins payées ou payables est de 500 000 \$ pour l'assuré, la protection SoinsVie pour tous les contrats d'assurance Chèque-vie prend fin et aucune autre prestation pour soins ne sera versée.

Si nous versons une prestation pour rétablissement

Si le montant d'assurance d'une couverture Chèque-vie correspond au montant de la prestation maximale SoinsVie indiqué à la section 3 pour cette couverture, chacun de ces montants sera diminué du montant de toute prestation pour rétablissement versée.

Si vous demandez de diminuer le montant d'assurance d'une couverture d'assurance Chèque-vie

Si vous demandez de diminuer le montant d'assurance de la couverture d'assurance Chèque-vie et que le nouveau montant d'assurance est supérieur à la prestation maximale SoinsVie prévue pour cette couverture et indiquée à la section 3, nous ne changerons pas la prestation maximale SoinsVie.

Si vous demandez de diminuer le montant d'assurance de la couverture d'assurance Chèque-vie et que le nouveau montant d'assurance est inférieur à la prestation maximale SoinsVie prévue pour cette couverture et indiquée à la section 3, nous réduirons le montant de la prestation maximale SoinsVie pour cette couverture de manière à ce qu'il soit égal au nouveau montant d'assurance de la couverture d'assurance Chèque-vie. Ce montant sera la nouvelle prestation maximale SoinsVie pour cette couverture.

Services de soutien

Le présent contrat vous donne également droit à des services de soutien.

Tant que l'assuré est fonctionnellement dépendant, vous pouvez bénéficier des services d'un conseiller en soins une fois tous les 12 mois. Le conseiller en soins vous renseigne sur les services de soins de longue durée auxquels l'assuré pourrait avoir accès dans votre région. Il fournit des recommandations écrites sur le type, la fréquence et la durée des services de soins de longue durée qui pourraient être bénéfiques à la santé et à la sécurité de l'assuré.

Le conseiller en soins peut aussi :

- vous aider à obtenir les services de soins recommandés dans votre région;
- établir une liste des fournisseurs, des programmes communautaires et des sources d'information sur la santé dans votre région et vous renseigner sur les frais liés à ces services;
- passer en revue les soins que l'assuré reçoit et suggérer des changements ou des ajouts qui pourraient être bénéfiques à la santé et à la sécurité de l'assuré;
- prendre des dispositions pour apporter les changements nécessaires aux services que l'assuré reçoit.

Nous assumons le coût complet des services de soutien qui vous sont fournis, mais nous nous réservons le droit de restreindre, d'une manière que nous jugeons raisonnable, le temps pendant lequel vous et l'assuré pouvez vous prévaloir de ces services.

Si votre protection SoinsVie doit prendre fin dans les trois mois, vous pouvez demander à ce que le conseiller en soins effectue un dernier examen des soins que l'assuré reçoit et fasse des recommandations écrites sur les services qui seront requis.

Nous ne payons pas les frais exigés par les autres conseillers ou fournisseurs de services auxquels vous pourriez faire appel, ni le coût des services, des traitements, des appareils ou des accessoires fonctionnels que le conseiller en soins vous a recommandés et auxquels vous décidez d'avoir recours.

Garantie d'exonération des primes durant une période de règlement

La garantie d'exonération des primes durant une période de règlement fait partie intégrante de la protection SoinsVie. Il y a exonération de la prime nécessaire au maintien en vigueur de votre contrat tant qu'un assuré a droit à une prestation pour soins au titre du présent contrat.

S'il y a exonération d'une prime ou d'une partie d'une prime que vous avez déjà payée, nous vous remboursons la somme inutilisée.

Si l'assuré a accompli la période d'attente, nous remboursons toutes les primes dues et payées pendant cette période d'attente.

Lorsque l'assuré n'a plus droit à la prestation pour soins, vous devez recommencer à payer les primes. Nous vous indiquons alors le montant des primes que vous devez payer pour maintenir votre contrat en vigueur depuis la date à laquelle nous cessons de verser la prestation pour soins jusqu'à la date prévue du prochain paiement de la prime.

Option de prolongation

L'Option de prolongation vous permet de souscrire un contrat d'assurance soins de longue durée comparable sur la tête de l'assuré au titre de la couverture d'assurance Chèque-vie (permanent). Vous ne pouvez exercer l'Option de prolongation qu'à partir du 20^e anniversaire de couverture.

Les conditions suivantes doivent également être remplies à la date à laquelle vous exercez l'option :

- la couverture d'assurance Chèque-vie (permanent) et la protection SoinsVie qui y est reliée sont en vigueur;
- l'assuré n'a jamais reçu de prestation Rétablissement au titre de la couverture d'assurance Chèque-vie (permanent);
- l'assuré ne reçoit pas et n'a jamais reçu de prestation pour soins au titre de la protection SoinsVie reliée à toute couverture d'assurance Chèque-vie;
- les primes du contrat d'assurance Chèque-vie ne font pas l'objet d'une exonération au titre d'une garantie Exonération des primes en cas d'invalidité, et vous nous fournissez une preuve, satisfaisante pour nous, qu'aucun assuré au titre d'une garantie Exonération des primes en cas d'invalidité reliée au contrat n'est totalement invalide;
- l'âge de l'assuré est conforme au minimum et au maximum indiqués pour le nouveau contrat d'assurance soins de longue durée dans les règles administratives alors en vigueur y afférentes;
- le montant d'assurance maximal que vous pouvez souscrire à la suite de l'exercice de l'Option de prolongation est égal à la somme de toutes les prestations maximales SoinsVie reliées à toutes les couvertures d'assurance Chèque-vie (permanent) pour cet assuré ou 500 000 \$, selon le moins élevé de ces montants;
- la nouvelle couverture au titre du nouveau contrat d'assurance soins de longue durée doit être établie uniquement sur la tête de l'assuré au titre des couvertures d'assurance Chèque-vie (permanent);
- la nouvelle couverture doit être comparable à la protection SoinsVie reliée à la couverture d'assurance Chèque-vie (permanent). Pour être comparable, la nouvelle couverture d'assurance soins de longue durée doit :
 - prévoir une prestation maximale totale égale ou inférieure à la somme de toutes les prestations maximales SoinsVie au titre de toutes les couvertures d'assurance Chèque-vie (permanent);
 - comporter une période d'attente égale ou supérieure à la période d'attente de la protection SoinsVie reliée à la couverture d'assurance Chèque-vie (permanent);
 - comporter des conditions d'admissibilité aux prestations qui sont équivalentes à celles de la protection SoinsVie reliée à la couverture d'assurance Chèque-vie (permanent). Les conditions d'admissibilité minimales sont les suivantes :
 - l'assuré est incapable d'accomplir au moins deux des activités de la vie quotidienne sans l'aide substantielle d'une autre personne; ou
 - il a besoin, en raison d'une déficience cognitive, d'une supervision substantielle pour le protéger contre les dangers qui menacent sa santé ou sa sécurité.

Pour exercer l'Option de prolongation, vous devez nous envoyer une demande écrite.

Si la couverture d'assurance Chèque-vie (permanent) comporte une garantie Remboursement des primes avec option de rachat anticipé en vigueur à la date à laquelle vous exercez l'Option de prolongation, vous devez en outre nous fournir une preuve satisfaisante pour nous qu'à cette date l'assuré n'a pas droit à des prestations ou qu'il ne commencera pas à accomplir la période d'attente fixée au titre du nouveau contrat d'assurance soins de longue durée.

Si la couverture d'assurance Chèque-vie (permanent) ne comporte pas de garantie Remboursement des primes avec option de rachat anticipé en vigueur à la date à laquelle vous exercez l'Option de prolongation

et

- si l'assuré n'a jamais reçu de prestation pour soins, mais est en train d'accomplir la période d'attente fixée pour des prestations pour soins

alors

- nous éliminerons du nouveau contrat d'assurance soins de longue durée toute condition prévoyant que l'assuré doit devenir fonctionnellement dépendant à la date de la couverture ou après cette date. Ainsi, l'assuré pourra présenter une demande de prestations au titre du nouveau contrat d'assurance soins de longue durée.

Le nouveau contrat d'assurance soins de longue durée que nous établirons prendra effet à la date d'établissement du contrat indiquée dans le nouveau document contractuel. La couverture d'assurance Chèque-vie (permanent) et toutes les protections et garanties complémentaires connexes prendront fin à 23 h 59 la veille de la date de la prise d'effet du nouveau contrat d'assurance soins de longue durée.

Règles régissant la souscription du nouveau contrat d'assurance soins de longue durée

- Le montant d'assurance que vous pouvez souscrire doit être conforme aux minimum et maximum indiqués dans les règles administratives alors en vigueur régissant le nouveau contrat d'assurance soins de longue durée.
- Si la couverture d'assurance Chèque-vie (permanent) ou toute garantie complémentaire connexe comporte une exclusion ou une surprime exigée par la tarification, nous nous réservons le droit d'appliquer cette exclusion ou cette surprime au nouveau contrat d'assurance soins de longue durée.
- L'assuré doit accepter par écrit le nouveau contrat d'assurance soins de longue durée.
- Tout bénéficiaire irrévocable et tout cessionnaire en garantie ou, suivant le *Code civil du Québec*, créancier hypothécaire, doivent consentir par écrit à ce que vous exerciez l'Option de prolongation.

Remboursement des primes au décès

Vous pouvez souscrire une nouvelle garantie Remboursement des primes au décès au titre du nouveau contrat d'assurance soins de longue durée, lorsque vous exercez l'Option de prolongation, sans fournir de preuve d'assurabilité si :

- la couverture d'assurance Chèque-vie (permanent) connexe comporte une garantie Remboursement des primes au décès en vigueur à la date à laquelle vous exercez l'Option de prolongation;
- une garantie Remboursement des primes au décès est offerte au titre du nouveau contrat d'assurance soins de longue durée; et
- la garantie Remboursement des primes au décès reliée au nouveau contrat d'assurance soins de longue durée couvre la même personne que la garantie Remboursement des primes au décès initiale reliée à la couverture d'assurance Chèque-vie (permanent) connexe.

Les règles administratives alors en vigueur régissant la nouvelle assurance soins de longue durée s'appliqueront à la souscription de la nouvelle garantie Remboursement des primes au décès sur la tête de l'assuré.

La prestation maximale permise au titre de la garantie Remboursement des primes au décès reliée au nouveau contrat d'assurance soins de longue durée ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants :

- la prestation maximale prévue par la garantie Remboursement des primes au décès initiale; ou
- la prestation maximale permise au titre de la nouvelle garantie Remboursement des primes au décès et indiquée dans les règles administratives alors en vigueur régissant le nouveau contrat d'assurance soins de longue durée.

Nous ne transférerons pas les primes admissibles accumulées de la garantie Remboursement des primes au décès reliée à la couverture d'assurance Chèque-vie (permanent) à la nouvelle garantie Remboursement des primes au décès reliée au nouveau contrat d'assurance soins de longue durée.

Garantie Exonération des primes en cas d'invalidité

Si une garantie Remboursement des primes en cas d'invalidité est en vigueur au titre de la couverture d'assurance Chèque-vie (permanent) connexe à la date à laquelle vous exercez l'Option de prolongation

et

- si vous nous avez fourni une preuve, satisfaisante pour nous, qu'aucun assuré au titre d'une garantie Exonération des primes en cas d'invalidité reliée au contrat n'est totalement invalide à la date à laquelle vous exercez l'Option de prolongation

alors

- vous pouvez souscrire une garantie Exonération des primes en cas d'invalidité au titre du nouveau contrat d'assurance soins de longue durée sans fournir de nouvelle preuve d'assurabilité si :
 - une garantie Exonération des primes en cas d'invalidité est offerte au titre du nouveau contrat d'assurance soins de longue durée; et
 - la garantie Exonération des primes en cas d'invalidité reliée au nouveau contrat d'assurance soins de longue durée couvre la même personne que la garantie Exonération des primes en cas d'invalidité reliée à la couverture d'assurance Chèque-vie (permanent) connexe.

La souscription de la nouvelle garantie Exonération des primes en cas d'invalidité sur la tête de l'assuré est soumise à l'approbation de la Tarification et aux règles administratives alors en vigueur régissant le nouveau contrat d'assurance soins de longue durée.

Coût de la nouvelle assurance

La prime du nouveau contrat d'assurance soins de longue durée est déterminée selon :

- l'âge de l'assuré à la date à laquelle vous exercez l'Option de prolongation; et
- la méthode de calcul des primes du nouveau contrat d'assurance soins de longue durée, indiquée dans les règles administratives alors en vigueur régissant le nouveau contrat d'assurance soins de longue durée.

Remboursement des primes non utilisées

Nous remboursons la partie non utilisée, s'il y a lieu, des primes que vous avez payées au cours de l'année contractuelle pour la couverture d'assurance Chèque-vie (permanent) ou pour toutes garanties complémentaires connexes qui prennent fin par suite de l'exercice de l'Option de prolongation.

Clauses de contestation

La date limite énoncée dans les clauses de contestation afférentes à notre droit de mettre en doute la validité du nouveau contrat d'assurance soins de longue durée ou de toute nouvelle couverture d'assurance ou de garantie complémentaire sera :

- si nous n'exigeons pas de preuve d'assurabilité lorsque vous exercez l'Option de prolongation, la date d'établissement de la couverture ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture d'assurance Chèque-vie (permanent) initiale ou de toute garantie complémentaire connexe;
- si nous exigeons une preuve d'assurabilité lorsque vous exercez l'Option de prolongation, la date d'établissement de la couverture de la nouvelle assurance soins de longue durée ou de toute garantie complémentaire connexe.

Si nous mettons en doute la validité du nouveau contrat d'assurance soins de longue durée ou de toute couverture d'assurance ou de garantie complémentaire, nous pouvons nous baser sur les renseignements qui nous ont été fournis pour obtenir la couverture initiale ou les garanties complémentaires connexes, et sur tout renseignement supplémentaire qui nous a été fourni lorsque vous avez exercé l'Option de prolongation ou souscrit une nouvelle couverture de garantie complémentaire au titre du nouveau contrat d'assurance soins de longue durée.

Fin de la protection SoinsVie

La protection SoinsVie prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- jour du traitement mensuel qui coïncide avec le jour où nous recevons à notre siège social canadien votre demande écrite de résilier cette protection ou jour du traitement mensuel qui suit cette date;
- jour où le solde de la prestation SoinsVie tombe à zéro;
- jour où la couverture d'assurance Chèque-vie pour cette protection SoinsVie prend fin, tel qu'il est indiqué à la section 7 sous la rubrique *Fin d'une couverture d'assurance Chèque-vie*; et
- jour où votre contrat prend fin.

6 Exclusions et restrictions

Dans le présent contrat, par « États-Unis », on entend la zone continentale des États-Unis (y compris l'Alaska) et Hawaï.

Outre les exclusions énoncées à la section 5, les exclusions suivantes s'appliquent également à votre contrat.

Exclusions et restrictions applicables aux prestations d'assurance maladies graves

Généralités

Aucune prestation n'est versée si l'assuré au titre d'une protection maladies graves prévue par le contrat, qu'il soit sain d'esprit ou non, souffre d'une affection couverte ou d'une affection à Intervention rapide qui résulte de ce qui suit :

- a blessures auto-infligées intentionnellement,
- b perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel,
- c conduite d'un véhicule motorisé alors que l'alcoolémie dépasse 80 milligrammes par 100 millilitres de sang, ou
- d absorption ou usage intentionnels par l'assuré :
 - d'un médicament ou narcotique d'ordonnance, d'une façon non conforme aux instructions données par un médecin
 - d'un médicament ou narcotique qui peut légalement être vendu au Canada sans ordonnance, d'une façon non conforme aux recommandations du fabricant
 - d'un médicament ou narcotique qu'on ne peut se procurer légalement au Canada, ou
 - d'une substance toxique ou intoxicante, y compris l'alcool.

Période d'attente

Une prestation Affections couvertes ou une prestation Intervention rapide n'est versée que si l'assuré accomplit la période d'attente. La période d'attente est indiquée à la section 5 pour chaque affection couverte et pour chaque affection à Intervention rapide.

Exclusion des cancers et affections connexes

Dans la présente exclusion, l'expression « quelque cancer que ce soit » comprend tous les cancers, même dans le cas où ils n'auraient pas été couverts par les définitions de cancer pour une prestation Affections couvertes ou une prestation Intervention rapide.

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes ni de prestation Intervention rapide si, dans les 90 jours suivant

- la date d'établissement de la couverture, ou
 - la date de la dernière remise en vigueur de celle-ci si cette date est postérieure,
- l'assuré :
- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des examens qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la couverture), peu importe la date d'établissement du diagnostic, ou
 - a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la couverture).

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

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans les cas suivants :

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

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

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

Exclusion des tumeurs cérébrales bénignes et affections connexes

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes ni de prestation Intervention rapide si, dans les 90 jours suivant

- la date d'établissement de la couverture, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de celle-ci si cette date est postérieure

l'assuré :

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

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou examens qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent nous être communiqués dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, nous pouvons refuser toute demande de règlement portant sur une tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans les cas d'adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

Diagnostic établi à l'extérieur du pays

Si une affection couverte ou une affection à Intervention rapide est diagnostiquée dans un ressort autre que le Canada et les États-Unis, aucune prestation d'assurance maladies graves n'est payable sauf si l'assuré atteint par cette affection met à notre disposition tous les dossiers médicaux que nous exigeons. Sur la base des dossiers médicaux, nous devons établir à notre satisfaction que tous les critères suivants ont été remplis :

- le même diagnostic aurait été posé si l'affection couverte ou l'affection à Intervention rapide était apparue au Canada ou aux États-Unis,
- le médecin qui a posé le diagnostic était autorisé à exercer sa profession dans le ressort où le diagnostic a été posé et avait des qualifications égales à celles qui sont définies pour cette affection dans votre contrat,
- le diagnostic est pleinement appuyé par les examens diagnostiques appropriés et toute autre investigation normalement effectués au Canada ou aux États-Unis (incluant ceux qui sont exigés par la définition spécifique de l'affection couverte ou de l'affection à Intervention rapide),
- la même chirurgie ou la même intervention non chirurgicale médicalement nécessaire, selon la définition d'affection couverte ou d'affection à Intervention rapide stipulée dans votre contrat, aurait été recommandée si le diagnostic avait été posé au Canada ou aux États-Unis.

Nous avons également le droit de demander qu'un assuré subisse un examen médical indépendant auprès d'un spécialiste de notre choix.

Exclusions et restrictions applicables à la protection SoinsVie

Généralités

Nous ne considérons pas l'assuré comme étant fonctionnellement dépendant et nous ne versons aucune prestation pour soins au titre du contrat si la dépendance fonctionnelle de l'assuré, que ce dernier soit sain d'esprit ou non, est le résultat :

- a d'une blessure auto-infligée intentionnellement,
- b de la perpétration d'un acte qui serait criminel selon les lois du Canada, où qu'il soit commis,
- c de la conduite d'un véhicule motorisé alors que l'alcoolémie dépasse 80 milligrammes par 100 millilitres de sang, ou
- d de l'absorption ou de l'usage intentionnels par l'assuré :
 - d'un médicament ou narcotique d'ordonnance, d'une façon non-conforme aux instructions données par un médecin
 - d'un médicament ou d'un narcotique qui peut être vendu légalement sans ordonnance au Canada ou aux États-Unis, d'une façon non conforme aux recommandations du fabricant
 - d'un médicament ou d'un narcotique qu'on ne peut se procurer légalement au Canada ou aux États-Unis, ou
 - d'une substance toxique ou intoxicante.

Assuré résidant à l'extérieur du Canada et des États-Unis

Nous ne considérons pas l'assuré comme étant fonctionnellement dépendant et nous ne lui versons pas la prestation pour soins tant qu'il réside à l'extérieur du Canada et des États-Unis.

Les jours où l'assuré réside à l'extérieur du Canada et des États-Unis ne sont pas considérés comme des jours de dépendance fonctionnelle aux fins de l'accomplissement de la période d'attente.

7 Données du contrat

Paielements

Vous pouvez effectuer vos paiements mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, sous réserve de nos règles administratives alors en vigueur. Si vous optez pour la périodicité mensuelle, vous devez nous autoriser à faire des prélèvements mensuels automatiques sur votre compte bancaire.

Si vous optez pour la périodicité trimestrielle, semestrielle ou annuelle, vous pouvez nous envoyer vos paiements par la poste, ou nous les remettre en personne, à notre siège social canadien. Les paiements effectués par chèque ou par voie électronique doivent être faits en dollars canadiens. Les chèques doivent être libellés à l'ordre de la Financière Manuvie et tirés sur un compte ouvert auprès d'une institution financière canadienne.

Frais

Frais de contrat

Nous exigeons des frais pour administrer votre contrat. Le montant qui s'applique à votre contrat figure à la section 3, et nous garantissons qu'il n'augmentera jamais sauf si vous ajoutez un assuré à un contrat qui couvre un seul assuré.

Calcul de la prime de votre contrat

Pour chaque couverture d'assurance Chèque-vie, nous calculons la prime en fonction du type de couverture, de l'option de couverture, de la durée de paiement des primes que vous choisissez, du montant d'assurance que vous souscrivez et des données personnelles de l'assuré ou des assurés au titre de la couverture. Nous indiquons à la section 3 la prime qui s'applique au contrat et à chaque couverture.

Si vous avez une couverture renouvelable, votre prime augmentera selon un barème préétabli. La périodicité des augmentations dépend de l'option de couverture que vous avez choisie. Nous garantissons que ces augmentations ne dépasseront jamais les montants indiqués dans les tables de renouvellement des primes à la section 9.

Couvertures d'assurance

Types de couverture

Les quatre types de couverture d'assurance Chèque-vie sont les suivantes :

- Chèque-vie (de base)
- Chèque-vie (renouvelable)
- Chèque-vie (uniforme)
- Chèque-vie (permanent)

Le type de couverture qui s'applique à chaque couverture d'assurance Chèque-vie établie au titre de votre contrat est indiqué à la section 3 et décrit à la section 5.

Options de couverture

Le contrat offre trois options de couverture. Vous pouvez avoir plus d'une couverture d'assurance Chèque-vie au titre de votre contrat et vous pouvez choisir une option différente pour chaque couverture, selon le type de couverture et sous réserve de nos règles administratives alors en vigueur. Pour chaque option de couverture, nous garantissons que les primes ne changeront pas pendant une certaine période, pourvu que vous n'apportiez pas de modification à la couverture d'assurance Chèque-vie.

Si le type de couverture est Chèque-vie (de base), Chèque-vie (uniforme) ou Chèque-vie (permanent), votre option de couverture est la prime uniforme, ce qui signifie que cette dernière demeure la même pendant la durée de paiement des primes.

Si le type de couverture est Chèque-vie (renouvelable), deux options de couverture sont offertes :

- prime 10 ans renouvelable, qui demeure inchangée pendant 10 ans ou jusqu'à la date d'expiration de la couverture, si cette date survient avant;
- prime 20 ans renouvelable, qui demeure inchangée pendant 20 ans ou jusqu'à la date d'expiration de la couverture, si cette date survient avant.

L'option de couverture, la date d'expiration de la couverture et la durée de paiement des primes qui s'appliquent à chaque couverture d'assurance Chèque-vie sont indiquées à la section 3.

Modification de votre montant d'assurance

Sous réserve de nos règles administratives alors en vigueur, vous pouvez demander d'augmenter ou de réduire le montant de votre couverture d'assurance Chèque-vie. Seuls notre président ou l'un de nos vice-présidents peuvent accorder une modification du contrat, et uniquement par écrit.

Avant d'accorder une augmentation du montant d'assurance, nous vous demanderons de nous fournir une preuve d'assurabilité, satisfaisante pour nous, pour l'assuré ou les assurés dont la couverture sera augmentée. L'augmentation sera soumise à nos règles régissant l'âge et les augmentations minimum et maximum.

Si nous acceptons votre demande, le montant d'assurance additionnel sera établi, à notre gré, sous forme de couverture d'assurance Chèque-vie distincte ou de contrat distinct. Nous déterminons le tarif de la couverture additionnelle à la date d'établissement de la nouvelle couverture, selon la preuve d'assurabilité que vous nous fournissez.

Les réductions du montant d'assurance prennent effet le jour ouvrable où nous recevons votre demande, pourvu qu'elle nous parvienne avant l'heure fixée dans nos règles administratives. Toute demande qui nous parvient après cette heure prendra effet le jour ouvrable suivant.

Changement du type de couverture

Vous pouvez changer une couverture Chèque-vie (renouvelable) pour un autre type de couverture Chèque-vie. Vous devez présenter votre demande de changement à compter du premier anniversaire de couverture, jusqu'à la date limite du changement de couverture indiquée à la section 3 pour ce type de couverture. Vous n'avez pas à fournir de preuve d'assurabilité pour effectuer ce changement, lequel est soumis à nos règles administratives alors en vigueur.

Changement de l'option de couverture

Vous pouvez changer une couverture Chèque-vie (renouvelable) comportant une option de couverture de 10 ans pour une couverture Chèque-vie (renouvelable) comportant une option de couverture de 20 ans à compter du premier anniversaire de couverture, mais au plus tard à la plus rapprochée des dates suivantes :

- le cinquième anniversaire de couverture; et

- l'anniversaire de couverture le plus proche de la date à laquelle l'assuré atteint l'âge de 54 ans.

Vous n'avez pas à fournir de preuve d'assurabilité pour effectuer ce changement, lequel est soumis à nos règles administratives alors en vigueur.

Modification de votre assurance

Pour apporter une modification à votre couverture d'assurance, vous devez présenter une demande écrite à l'unité de l'Assurance individuelle de notre siège social canadien. Le changement prend effet le jour du traitement mensuel qui coïncide avec la date à laquelle nous recevons votre demande ou celui qui la suit.

Prime de la nouvelle couverture d'assurance Chèque-vie

Si vous changez de type ou d'option de couverture, la prime de la nouvelle couverture d'assurance Chèque-vie sera basée sur :

- le montant d'assurance de la nouvelle couverture d'assurance Chèque-vie;
- l'âge de l'assuré à son anniversaire de naissance le plus proche de la date de la couverture de la nouvelle couverture d'assurance Chèque-vie;
- les autres données personnelles de l'assuré indiquées à la section 3;
- le type de couverture et l'option de couverture choisis; et
- les taux courants applicables à une couverture comparable.

« *Couverture comparable* » s'entend d'une couverture d'assurance au titre d'un contrat portant la même date que votre contrat et comportant la même date de couverture et les mêmes données personnelles, montant d'assurance, type de couverture et option de couverture que votre nouvelle couverture.

Couvertures de garantie complémentaire

Des couvertures et des protections facultatives peuvent être ajoutées à votre contrat sous forme de garanties complémentaires, sous réserve de notre approbation. La section 3 contient des renseignements sur les garanties complémentaires que vous avez souscrites, et chacune de ces garanties comporte une description de la protection qu'elle vous procure.

Fin d'une couverture d'assurance Chèque-vie

Une couverture d'assurance Chèque-vie prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- date à laquelle une prestation Affections couvertes devient payable au titre de la couverture;
- date du décès de l'assuré au titre de la couverture;
- jour du traitement mensuel qui coïncide avec la date à laquelle nous recevons votre demande écrite de résiliation de la couverture à notre siège social canadien ou jour du traitement mensuel qui suit cette date;
- jour où la somme de toute prestation Rétablissement payée ou payable et de toute prestation pour soins payée ou payable au titre de la couverture correspond au montant d'assurance de la couverture d'assurance Chèque-vie;
- date d'expiration de la couverture indiquée à la page Sommaire du contrat. Si l'assuré est en train d'accomplir la période d'attente fixée pour une prestation Affections couvertes, une prestation Intervention rapide ou une prestation pour soins, ou s'il reçoit des prestations pour soins à la date d'expiration de la couverture, la couverture prend fin tel qu'il est décrit ci-dessous.

Si l'assuré est en train d'accomplir la période d'attente fixée pour une affection couverte ou une affection à intervention rapide

Si l'assuré est en train d'accomplir la période d'attente fixée pour une affection couverte ou une affection à intervention rapide à la date d'expiration de la couverture :

- si l'assuré *n'accomplit pas* la période d'attente, nous ne verserons pas la prestation Affections couvertes ou la prestation Intervention rapide au titre de cette couverture;

ou

- si l'assuré *accomplit* la période d'attente, nous verserons la prestation Affections couvertes ou la prestation Intervention rapide au titre de cette couverture.

Nous ne verserons aucune prestation Affections couvertes, prestation Intervention rapide ou prestation pour soins au titre de cette couverture, autre que la prestation Affections couvertes ou la prestation Intervention rapide, si elle est payable.

Si l'assuré *n'accomplit pas* la période d'attente, la couverture d'assurance Chèque-vie expire dès que l'assuré n'est plus en train d'accomplir la période d'attente. Si l'assuré *accomplit* la période d'attente, la couverture d'assurance Chèque-vie expire à la date à laquelle la prestation Intervention rapide ou la prestation Affections couvertes devient payable au titre de cette couverture.

Si l'assuré est en train d'accomplir la période d'attente fixée pour les prestations pour soins

Pour que soit accomplie la période d'attente fixée pour les prestations pour soins après la date d'expiration de la couverture d'assurance Chèque-vie indiquée à la section 3, tous les jours de dépendance fonctionnelle postérieurs à la date d'expiration de cette couverture doivent être consécutifs.

Si l'assuré est en train d'accomplir la période d'attente fixée pour les prestations pour soins à la date d'expiration de la couverture :

- si l'assuré *n'accomplit pas* la période d'attente, nous ne verserons pas de prestation pour soins au titre de cette couverture ;

ou

- si l'assuré *accomplit* la période d'attente, nous verserons la prestation pour soins au titre de cette couverture jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes :
 - jour où l'assuré au titre de la couverture cesse d'être fonctionnellement dépendant;
 - jour où les prestations pour soins payées ou payables au titre de cette couverture correspondent à la prestation maximale SoinsVie au titre de cette couverture;
 - jour où le solde de la prestation SoinsVie tombe à zéro; ou
 - date de décès de l'assuré au titre de cette couverture.

Nous ne verserons aucune prestation Affections couvertes, prestation Intervention rapide ou prestation pour soins au titre de cette couverture autre que les prestations pour soins payables, s'il y a lieu.

Si l'assuré *n'accomplit pas* la période d'attente, la couverture d'assurance Chèque-vie expire dès que l'assuré n'est plus en train d'accomplir la période d'attente. Si l'assuré *accomplit* la période d'attente, la couverture d'assurance Chèque-vie prend fin à la date à laquelle nous cessons de verser la prestation pour soins au titre de cette couverture.

Si l'assuré reçoit des prestations pour soins

Si l'assuré reçoit des prestations pour soins à la date d'expiration de la couverture, nous continuerons de verser les prestations pour soins jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes :

- jour où l'assuré au titre de la couverture cesse d'être fonctionnellement dépendant;
- jour où les prestations pour soins payées ou payables au titre de cette couverture correspondent à la prestation maximale SoinsVie indiquée à la section 3;
- jour où le solde de la prestation SoinsVie tombe à zéro; ou
- date de décès de l'assuré au titre de cette couverture.

Nous ne verserons aucune prestation Affections couvertes, prestation Intervention rapide ou prestation pour soins autre que les prestations pour soins payables au titre de cette couverture.

La couverture d'assurance Chèque-vie expire le jour où nous cessons de verser les prestations pour soins au titre de cette couverture.

Remboursement de la portion inutilisée des primes

Si nous versons une prestation Affections couvertes ou si l'assuré décède, nous rembourserons la portion inutilisée, s'il y a lieu, des primes que vous avez payées au cours de l'année contractuelle pour toute couverture ou garantie complémentaire qui a pris fin par suite du versement de cette prestation Affections couvertes ou du décès de l'assuré.

S'il y a lieu, nous rembourserons la portion inutilisée, des frais de contrat que vous avez payés au cours de l'année contractuelle si le contrat a pris fin par suite du versement de cette prestation Affections couvertes ou du décès de l'assuré.

La portion inutilisée des primes est calculée selon nos règles administratives alors en vigueur.

Fin du contrat d'assurance

Votre contrat prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- jour ouvrable qui coïncide avec la date à laquelle vous demandez la résiliation du contrat ou celui qui la suit;
- 31 jours après le début du délai de grâce de votre contrat, si vous n'acquitez pas en entier la prime en souffrance avant la fin du délai de grâce;
- date à laquelle la dernière couverture d'assurance Chèque-vie en vigueur au titre de votre contrat prend fin, tel qu'il est décrit à la section 7 sous la rubrique *Fin de la couverture d'assurance Chèque-vie*.

Délai de grâce

Nous accordons un délai de grâce de 31 jours après la date d'échéance pour le paiement de chaque prime, à l'exception de la première. Durant cette période, le contrat demeure en vigueur. Si tous les paiements exigibles ne sont pas effectués avant la fin du délai de grâce, le contrat tombe en déchéance et toutes les couvertures au titre de ce dernier sont résiliées d'office. Par conséquent, notre responsabilité au titre du contrat prend fin.

Nous vous remboursons tout paiement partiel que vous avez effectué au titre du contrat entre le début du délai de grâce et la date à laquelle toutes les couvertures sont résiliées.

Si une prestation devient payable durant le délai de grâce, nous versons la prestation, mais nous déduisons de celle-ci toutes les primes en souffrance.

Remise en vigueur du contrat

À tout moment au cours des deux années qui suivent le dernier jour du délai de grâce, vous pouvez demander la remise en vigueur de votre contrat. Pour remettre votre contrat en vigueur, nous devons recevoir, au cours de ces deux années, votre demande écrite de remise en vigueur et une preuve d'assurabilité satisfaisante pour nous. Nous devons aussi recevoir de votre part un paiement couvrant :

- les sommes dues jusqu'au premier jour du délai de grâce inclusivement; plus
- le total de tous les paiements dus depuis le premier jour du délai de grâce jusqu'à la date de la remise en vigueur; plus
- les intérêts sur ces sommes au taux que nous déterminerons à ce moment-là.

La date d'effet de la remise en vigueur du contrat est la date à laquelle nous déterminons que ces conditions ont été remplies.

Contestation du contrat

Notre droit de contester la validité du contrat

En ce qui concerne les déclarations relatives à l'âge et au sexe de l'assuré, la présente section est soumise aux dispositions de la rubrique *Déclaration erronée de l'âge et du sexe*.

Fausse déclaration frauduleuse

- En tout temps, nous avons le droit de contester la validité de votre contrat ou des couvertures d'assurance ou de garantie complémentaire y afférentes. Nous pouvons rejeter une demande de règlement si vous ou l'un des assurés avez fait une fausse déclaration frauduleuse, soit en omettant de nous informer d'un fait essentiel, soit en présentant de façon inexacte un fait essentiel dans une proposition, lors d'un examen médical ou dans tout autre élément d'information que nous avons utilisé comme preuve d'assurabilité.

Fausse déclaration ou omission d'un fait essentiel

La période de contestabilité des couvertures d'assurance ou de garantie complémentaire afférentes à votre contrat correspond aux deux premières années à courir depuis les dates suivantes :

- date d'établissement du contrat;
- date d'établissement de la couverture;
- date d'effet d'une modification que vous avez demandée et qui nécessite la mise à jour de la preuve d'assurabilité touchant à la couverture visée de votre contrat; et
- date de la dernière remise en vigueur du contrat.

Pendant la période de contestabilité (ou si, au cours de la période de contestabilité, un assuré au titre de votre contrat présente un signe, un symptôme, une affection ou un problème de santé qui donne lieu ultérieurement, à quelque moment que ce soit, à une dépendance fonctionnelle ou au diagnostic d'une affection couverte ou d'une affection à intervention rapide), nous avons le droit de contester la validité de votre contrat ou de toute couverture d'assurance ou de garantie complémentaire y afférentes. Nous avons ce droit si vous ou l'un des assurés avez fait une fausse déclaration, soit en omettant de nous informer d'un fait essentiel, soit en présentant de façon inexacte un fait essentiel dans une proposition, lors d'un examen médical ou dans tout autre élément d'information que nous avons utilisé comme preuve d'assurabilité.

Déclaration erronée de l'âge ou du sexe

S'il y a déclaration erronée de l'âge ou du sexe d'un assuré, toute prestation payable au titre d'une couverture d'assurance ou de garantie complémentaire établie sur la tête de cet assuré est portée ou ramenée au montant que nous aurions versé en fonction de :

- la dernière prime que vous avez payée pour cette couverture; et
- le montant de l'assurance que cette prime aurait permis de souscrire selon l'âge ou le sexe véritables de cet assuré.

Toutefois, dans le cas où nous n'aurions pas établi la couverture parce que l'âge véritable n'est pas conforme à nos règles sur l'âge minimum et l'âge maximum, nous pouvons déclarer la couverture invalide au cours de la période prévue par toute loi applicable.

Transfert de la propriété de votre contrat

Vous pouvez transférer la propriété de votre contrat (cession absolue), sauf si la loi l'interdit.

Si vous transférez la propriété de votre contrat, les règles suivantes s'appliquent :

- vous devez transférer la propriété du contrat dans son intégralité; vous ne pouvez pas céder une couverture en particulier; et
- le transfert de la propriété prend effet à la date à laquelle nous recevons l'original du document de transfert ou une copie certifiée conforme de celui-ci à notre siège social canadien ou à notre établissement principal dans votre province.

Nous ne sommes pas responsables de la validité ni de la suffisance du transfert de propriété.

Cession du contrat en garantie d'un emprunt

Vous pouvez affecter le contrat en garantie d'un emprunt en le cédant à un prêteur. Il s'agit d'une cession en garantie ou, suivant le *Code civil du Québec*, d'une hypothèque. Les règles suivantes s'appliquent à la cession d'un contrat :

- Vous devez céder en garantie ou hypothéquer le contrat dans son intégralité; vous ne pouvez pas céder en garantie ou hypothéquer une couverture en particulier.
- Nous sommes liés par la cession en garantie ou l'hypothèque sur réception à notre siège social canadien d'un avis écrit de celle-ci.
- Le prêteur doit nous transmettre une copie de la cession en garantie ou de l'hypothèque.
- Si vous cédez en garantie ou hypothéquez le contrat, vous devrez peut-être obtenir l'autorisation du prêteur pour modifier le contrat. Modifier le contrat inclut réduire ou résilier une couverture ou résilier le contrat, mais sans s'y limiter.
- Nous ne sommes pas responsables de la validité ou de la suffisance d'une cession en garantie ou d'une hypothèque.
- Les droits du prêteur ont priorité sur ceux de toute autre personne qui présente une demande de règlement.

Monnaie

Tout paiement que nous recevons ou effectuons au titre du contrat sera en monnaie canadienne.

Type de contrat

Le contrat est sans participation. Il ne confère donc pas les droits d'un contrat avec participation, tels le droit de participer aux bénéfices et le droit de voter aux assemblées annuelles.

8 Termes et expressions utilisés dans votre contrat

accompli et a accompli : signifie que l'assuré est vivant et qu'il satisfait à toutes les exigences stipulées dans le contrat concernant la prestation qui fait l'objet d'une demande de règlement. Si un assuré est maintenu artificiellement en vie, nous considérons qu'il cesse de vivre à la date de la cessation irréversible de toutes les fonctions cérébrales (y compris celles localisées dans le tronc cérébral) selon les critères médicaux généralement reconnus.

âge rajusté : le cas échéant, âge que nous utilisons pour calculer les primes. Si votre contrat est établi en fonction d'un âge rajusté, cet âge est indiqué à la section 3.

aide substantielle : (voir page 5.4.3)

assuré : toute personne que nous avons convenu d'assurer au titre du présent contrat. Les assurés sont indiqués à la section 3.

contrat : le présent document contractuel et toutes les couvertures d'assurance qu'il prévoit.

couverture de garantie complémentaire : protection additionnelle prévue par une garantie complémentaire. Vous pouvez avoir plusieurs couvertures de garantie complémentaire. La prestation garantie prévue par chacune de vos couvertures de garantie complémentaire est indiquée à la section 3.

couverture : protection prévue par le présent contrat. Ce terme désigne à la fois les couvertures d'assurance et de garantie complémentaire établies au titre du contrat.

date d'établissement de la couverture : date à laquelle nous établissons une couverture d'assurance ou de garantie complémentaire. Si votre contrat est remis en vigueur, la date d'établissement de la couverture, indiquée à la section 3, correspond à la date de la dernière remise en vigueur du contrat.

date d'établissement du contrat : date, indiquée à la section 3, à laquelle nous établissons le contrat. Si votre contrat est remis en vigueur, la date d'établissement du contrat correspond à la date de sa dernière remise en vigueur.

date de la couverture : date à laquelle débute une couverture d'assurance ou de garantie complémentaire. Les années, mois et anniversaires de couverture sont calculés à partir de cette date.

date du contrat : date de prise d'effet du contrat. Les années, mois et anniversaires contractuels sont calculés à partir de cette date.

date limite du changement de type de couverture : dernier jour auquel vous pouvez demander qu'une couverture Chèque-vie (renouvelable) soit changée pour un autre type de couverture Chèque-vie, sous réserve de nos règles administratives alors en vigueur. Cette date est indiquée à la section 3 pour votre couverture Chèque-vie (renouvelable).

déficience cognitive : (voir page 5.4.4)

diagnostic formel : déclaration écrite d'un spécialiste, basée sur les examens et la preuve médicale appropriés, attestant que l'assuré satisfait à la définition d'affection couverte ou d'affection à intervention rapide contenue dans le présent contrat.

durée de paiement des primes : période pendant laquelle les primes d'une couverture d'assurance sont payables, tel qu'il est indiqué à la section 3.

en établissement : (voir page 5.4.6)

fonctionnellement dépendant : (voir pages 5.4.2)

frais de contrat : montant que nous exigeons pour administrer votre contrat. Ces frais sont compris dans le montant total de votre prime.

garanties complémentaires ou garanties : protections facultatives que vous pouvez souscrire afin de vous protéger contre diverses pertes.

hors établissement : (voir page 5.4.6)

jour du traitement mensuel : premier jour de chaque mois contractuel. Par exemple, si la date du contrat est le 12 avril, le jour du traitement mensuel est le 12^e jour de chaque mois. Le jour du traitement mensuel est indiqué à la section 3.

médecin : personne autorisée par la loi à exercer la médecine au Canada, aux États-Unis ou dans d'autres ressorts que nous approuvons. Le médecin ne doit être ni le titulaire du contrat, ni l'assuré, ni un parent, ni un associé du titulaire ou d'un assuré.

montant d'assurance : montant de chaque couverture d'assurance Chèque-vie indiqué à la section 3.

prestation d'assurance maladies graves : toute prestation payable à titre de prestation Affections couvertes, prestation Intervention rapide, prestation Rétablissement ou Prestation à 100 ans (s'il y a lieu).

prestation maximale SoinsVie : montant indiqué à la section 3 pour chaque assuré au titre d'une protection SoinsVie.

prestation pour soins : prestation qui est payable lorsque l'assuré est fonctionnellement dépendant et que la période d'attente est accomplie.

preuve d'assurabilité : tout renseignement dont nous avons besoin pour déterminer si la personne à assurer est assurable et, dans l'affirmative, à quelles conditions. Ces renseignements peuvent comprendre des données financières.

soins dispensés : renvoie au lieu où l'assuré réside. Les soins peuvent être dispensés « en établissement » ou « hors établissement » (voir page 5.4.5).

soins réguliers d'un médecin : consultations et traitements donnés par un médecin et appropriés, quant à leur nature et à leur fréquence, pour l'affection causant la dépendance fonctionnelle de l'assuré.

solde de la prestation SoinsVie : montant qui est égal au moins élevé des montants suivants :

- somme de toutes les prestations maximales SoinsVie pour tous les contrats Chèque-vie couvrant l'assuré, ou
- 500 000 \$,

moins toute prestation pour soins payée ou payable pour cet assuré.

spécialiste : médecin qui détient un permis d'exercice et possède une formation médicale spécialisée en lien avec l'affection couverte ou une affection à intervention rapide faisant l'objet de la demande de prestation, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En cas d'indisponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de notre approbation, une affection peut être diagnostiquée par un médecin qualifié pratiquant au Canada ou aux États-Unis. Le terme spécialiste inclut, entre autres, tout cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, pathologiste, spécialiste des grands brûlés et interniste. Le spécialiste ne peut pas être le titulaire du contrat, l'assuré, un parent ni un associé du titulaire ou de l'assuré.

supervision substantielle : (voir page 5.4.3)

tarif d'assurance : sert au calcul des primes indiquées à la section 3 et, s'il y a lieu, à la section 9. Nous tarifons chaque assuré principalement selon son état de santé, ses antécédents médicaux familiaux et ses activités professionnelles ou récréatives. Notre tarif standard est de 100 %, mais il se peut que le tarif d'assurance d'un assuré soit supérieur à ce pourcentage si nous jugeons qu'il représente un plus grand risque à couvrir. Plus le pourcentage est élevé, plus la prime est élevée. Le tarif d'assurance peut également être un montant fixe. Ce tarif est indiqué à la page Sommaire du contrat. Sous réserve de nos règles administratives alors en vigueur, vous pouvez demander un meilleur tarif d'assurance après la date d'établissement du contrat, pourvu que vous nous fournissiez à cette fin une preuve d'assurabilité satisfaisante pour nous.

titulaire du contrat ou **titulaire** : personne qui possède tous les droits au titre du contrat, sauf si ces droits sont limités par la loi ou par une cession en garantie ou, en vertu du *Code civil du Québec*, par une hypothèque. Le titulaire peut également être un assuré au titre du contrat.

vêtements nécessaires : (voir page 5.4.3)