

## **Document sur la solution Synergie**

### **Spécimen**

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

Spécimen

# 1 Table des matières

<b>1</b>	<b>Table des matières.....</b>	<b>1.1</b>
<b>2</b>	<b>Avant de lire ce document.....</b>	<b>2.1</b>
<b>3</b>	<b>Votre solution Synergie.....</b>	<b>3.1</b>
	3.1 Sommaire de votre solution Synergie	
	3.2 Primes de votre solution Synergie	
	3.3 Sommaire de votre police d'assurance vie	
	3.4 Sommaire de votre police d'assurance invalidité	
	3.5 Sommaire de votre police d'assurance maladies graves	
<b>4</b>	<b>Votre police d'assurance vie Synergie .....</b>	<b>4.1</b>
	4.1 Capital-décès.....	4.1
	4.2 Assistance en cas de deuil.....	4.1
	4.3 Exclusion relative au suicide .....	4.2
	4.4 Option de souscription d'une assurance vie permanente à l'expiration.....	4.2
	4.5 Éléments du contrat d'assurance vie .....	4.4
<b>5</b>	<b>Votre police d'assurance invalidité Synergie.....</b>	<b>5.1</b>
	5.1 Prestation mensuelle.....	5.1
	5.2 Prestation de réadaptation professionnelle.....	5.2
	5.3 Garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité totale .....	5.3
	5.4 Exclusions et restrictions.....	5.3
<b>6</b>	<b>Votre police d'assurance maladies graves Synergie.....</b>	<b>6.1</b>
	6.1 Prestation Affections couvertes .....	6.1
	6.2 Prestation Rétablissement.....	6.2
	6.3 Prestation Intervention rapide .....	6.3
	6.4 Exclusions.....	6.4
	6.5 Affections couvertes par l'assurance maladies graves.....	6.7
	6.6 Affections à intervention rapide.....	6.12
<b>7</b>	<b>Votre solution Synergie.....</b>	<b>7.1</b>
	7.1 Vos polices d'assurance Synergie .....	7.1
	7.2 Les primes .....	7.1
	7.3 Monnaie.....	7.2
	7.4 Demande de règlement.....	7.2
	7.5 Déchéance et remise en vigueur.....	7.3
	7.6 Notre position face à une fausse déclaration ou à une omission.....	7.4
	7.7 Modification de votre solution Synergie.....	7.4
	7.8 Date de prise d'effet des modifications .....	7.6
	7.9 Vos droits à titre de titulaire de la solution Synergie.....	7.6
	7.10 Fin de la solution Synergie .....	7.7

<b>8</b>	<b>Dispositions générales pour les polices d'assurance accidents et maladie.....</b>	<b>8.1</b>
8.1	Le contrat.....	8.1
8.2	Copie de votre proposition.....	8.1
8.3	Faits essentiels .....	8.1
8.4	Résiliation par le titulaire .....	8.1
8.5	Avis et preuve de sinistre.....	8.2
8.6	Versement des prestations .....	8.2
8.7	Prescription des recours .....	8.3
8.8	Particularités provinciales.....	8.3
<b>9</b>	<b>Termes utilisés dans le présent document.....</b>	<b>9.1</b>

Spécimen

## 2 Avant de lire ce document

Dans le présent document, « vous », « votre » et « vos » renvoient au titulaire de la solution Synergie, « nous », « notre » et « nos » à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Nous faisons occasionnellement référence à nos règles administratives. Les règles administratives sont des directives que nous établissons et qui indiquent comment et dans quelles circonstances vous pouvez exercer certains droits au titre de vos polices. Nous modifions parfois ces règles. Lorsque vous exercez vos droits, vous devez le faire conformément aux règles administratives alors en vigueur. Les modifications que nous apporterons, le cas échéant, à nos règles administratives n'influeront pas sur les garanties prévues par vos polices.

Nous enverrons tous les documents qui vous sont destinés à votre plus récente adresse inscrite dans nos dossiers. Si vous changez d'adresse, veuillez prévenir notre siège social canadien à l'adresse suivante :

500 King Street N.  
PO Box 1669 STN Waterloo  
Waterloo (Ontario) N2J 4Z6

Spécimen

Spécimen

## 4 Votre police d'assurance vie Synergie

Votre police d'assurance vie Synergie prévoit le versement d'un capital-décès si l'assuré au titre de la solution Synergie décède avant que cette dernière ne prenne fin, tel qu'il est décrit dans la présente police d'assurance vie.

Certains termes ont un sens bien précis dans le libellé de votre police d'assurance vie Synergie. Les définitions de ces termes font partie de votre police d'assurance vie Synergie. Veuillez vous reporter à la *section 9 : Termes utilisés dans le présent document* pour connaître la définition de ces termes.

L'emploi de renvois permet d'éviter la répétition des mêmes sections dans chaque police ou garantie complémentaire, et vise à faciliter la lecture du présent document. Les sections indiquées ci-dessous font partie de votre police d'assurance vie Synergie.

- *Section 3.1 : Sommaire de votre solution Synergie*
- *Section 3.2 : Primes de votre solution Synergie*
- *Section 3.3 : Sommaire de votre police d'assurance vie*
- *Section 7 : Votre solution Synergie*

### 4.1 Capital-décès

#### Cas où nous versons un capital-décès

Nous versons un capital-décès si l'assuré décède avant que la solution Synergie ne prenne fin.

#### Montant du capital-décès

Le capital-décès est égal au montant d'assurance disponible.

#### Primes inutilisées

Nous ajoutons au montant du capital-décès la valeur des primes inutilisées, s'il y a lieu.

#### Bénéficiaire(s) du capital-décès

Nous versons le capital-décès à vous-même ou à vos ayants droit, à moins que vous ne nous ayez indiqué de verser le produit de votre assurance vie Synergie à une autre personne.

### 4.2 Assistance en cas de deuil

En plus de verser le capital-décès lorsqu'un assuré décède, nous remboursons aux bénéficiaires les frais de consultation engagés, sous réserve d'un maximum de 1 000 \$, tel qu'il est décrit dans nos règles administratives. Nous devons recevoir les preuves justificatives dans les 12 mois suivant la date du décès, et le conseiller doit être un conseiller agréé ou certifié.

### **4.3 Exclusion relative au suicide**

Tout capital-décès payable au titre de votre police d'assurance vie est soumis à l'exclusion énoncée ci-dessous.

Nous ne versons pas de capital-décès si l'assuré, sain d'esprit ou non, se suicide dans les deux années suivant la date d'établissement Synergie indiquée à la *section 3.1*. Dans cette éventualité, nous versons plutôt un capital-décès réduit.

Le capital-décès réduit est égal aux primes Synergie que vous avez acquittées depuis la date la plus éloignée entre la date d'établissement de la solution Synergie et la date de sa dernière remise en vigueur.

### **4.4 Option de souscription d'une assurance vie permanente à l'expiration**

Si le montant d'assurance disponible est supérieur à zéro à la date d'expiration Synergie et que nous n'avons pas versé une prestation Affections couvertes au titre de votre police d'assurance maladies graves Synergie, vous pouvez souscrire une nouvelle assurance vie permanente sur la tête de l'assuré, sans fournir de preuve médicale.

Vous devez exercer cette option dans les 60 jours précédant la date d'expiration Synergie, et votre solution Synergie doit être en règle à cette date d'expiration.

#### **Prise d'effet de la nouvelle assurance vie permanente**

La nouvelle assurance vie prend effet le jour suivant la date d'expiration Synergie, une fois que nous avons reçu votre demande et toute prime exigible. Si l'assuré décède avant cette date, la nouvelle assurance ne prend pas effet et nous remboursons toute prime que vous nous avez versée au titre de celle-ci.

#### **Montant de la nouvelle assurance vie**

Le montant de la nouvelle assurance vie doit se situer entre le montant d'assurance minimum que nous avons établi pour les produits offerts au titre de cette option de souscription et votre montant d'assurance disponible à la date d'expiration Synergie.

Si votre montant d'assurance disponible est inférieur au montant d'assurance minimum le plus bas que nous avons établi pour les produits offerts au titre de cette option de souscription, le montant d'assurance sera le montant d'assurance minimum disponible pour le produit que nous avons décidé d'offrir dans ce cas.

La nouvelle assurance vie doit comporter un montant d'assurance qui n'augmente pas avec le temps.

## Prime de la nouvelle assurance vie

Les primes de votre nouvelle assurance vie sont fonction de ce qui suit :

- le montant de la nouvelle assurance vie,
- l'âge de l'assuré à son anniversaire de naissance le plus proche de la date de prise d'effet de la nouvelle assurance vie,
- le sexe, l'usage du tabac et le tarif d'assurance de l'assuré (indiqués à la *section 3*), et
- les taux de prime en vigueur à la date de prise d'effet de la nouvelle assurance vie.

## Règles applicables à l'option de souscription

Les règles ci-dessous s'appliquent à la souscription de la nouvelle assurance.

Nous déterminons quels produits d'assurance vous sont offerts lorsque vous exercez l'option de souscription.

La nouvelle assurance vie doit revêtir une des formes suivantes :

- une nouvelle couverture au titre d'un contrat d'assurance existant dont nous sommes l'assureur et qui vous permet d'y ajouter une couverture d'assurance après qu'il a été établi, sous réserve de nos règles administratives, ou
- une nouvelle police d'assurance vie que nous offrons à la date à laquelle vous demandez à souscrire la nouvelle assurance vie.

La nouvelle assurance vie doit couvrir uniquement le même assuré que celui de la police d'assurance vie Synergie initiale.

L'âge de l'assuré doit être conforme aux exigences en matière d'âge minimum et maximum de la nouvelle assurance vie que vous désirez souscrire.

La nouvelle assurance vie sera établie selon le même usage du tabac que la police d'assurance vie Synergie initiale ou selon une catégorie de risque comparable.

La nouvelle assurance vie comprend toute limitation de nos engagements contenue dans votre police d'assurance vie Synergie relativement à l'assuré, ainsi que les restrictions figurant habituellement dans les contrats d'assurance du même produit que nous établissons pour des personnes ayant les mêmes âge, sexe, tarif d'assurance et usage du tabac ou catégorie de risque.

Aucune couverture de garantie complémentaire ne peut être transférée à la nouvelle assurance vie, et la nouvelle assurance vie ne peut comporter aucune des garanties complémentaires auxquelles vous êtes admissible au titre de la nouvelle assurance à moins que vous ne nous fournissiez une preuve d'assurabilité satisfaisante pour nous.

Si vous nous fournissez une preuve d'assurabilité satisfaisante pour nous, vous pouvez demander une nouvelle assurance vie et

- un montant d'assurance qui augmente avec le temps, ou
- un montant d'assurance supérieur à votre montant d'assurance disponible à la date d'expiration Synergie, ou
- un usage du tabac ou une catégorie de risque plus favorable.



Si nous appliquons à la nouvelle assurance les clauses afférentes au suicide et si nous contestons la validité de votre nouvelle assurance, nous utilisons les dates qui s'appliquent à la police d'assurance vie Synergie initiale. Si la nouvelle assurance est remise en vigueur, nous utilisons les dates qui s'appliquent à la nouvelle assurance.

Si nous contestons la validité de la nouvelle assurance, nous pouvons nous baser sur les renseignements qui nous ont été fournis pour obtenir ou remettre en vigueur les polices d'assurance vie, invalidité ou maladies graves Synergie initiales ou sur les renseignements additionnels qui nous ont été fournis lors de la souscription de la nouvelle assurance. Si nous nous basons sur les renseignements qui nous ont été fournis lors de la souscription de la nouvelle assurance, nous utilisons les dates qui s'appliquent à la nouvelle assurance.

## 4.5 Éléments du contrat d'assurance vie

Votre contrat d'assurance vie comprend ce qui suit :

- la ou les propositions
- les renseignements que vous nous avez fournis comme preuve d'assurabilité, notamment :
  - le ou les formulaires de preuve médicale, et
  - les déclarations et réponses que vous nous avez fournies
- la police d'assurance vie de votre solution Synergie, y compris tout avenant ou document modificatif que nous établissons
- les renseignements que vous nous fournissez si vous modifiez ou remettez en vigueur votre police d'assurance vie, notamment :
  - le ou les formulaires de demande de modification,
  - les documents modificatifs ou les avenants établis à la suite des modifications, et
  - les pages Sommaire du contrat mises à jour ou les tables des primes garanties établies à la suite des modifications.

Votre contrat d'assurance vie contient l'intégralité de l'accord conclu entre vous et nous.

Votre police d'assurance vie Synergie est sans participation, c'est-à-dire qu'elle ne prévoit aucune participation aux bénéfices ou aux excédents répartis que nous pouvons déclarer.

## 5 Votre police d'assurance invalidité Synergie

Votre police d'assurance invalidité Synergie prévoit le versement de prestations d'invalidité si l'assuré au titre de la solution Synergie devient totalement invalide selon la définition qui est donnée dans la présente police d'assurance invalidité, avant que la solution Synergie ne prenne fin.

Certains termes ont un sens bien précis dans le libellé de votre police d'assurance invalidité Synergie. Les définitions de ces termes font partie de votre police d'assurance invalidité Synergie. Veuillez vous reporter à la *section 9 : Termes utilisés dans le présent document* pour connaître la définition de ces termes.

L'emploi de renvois permet d'éviter la répétition des mêmes sections dans chaque police ou garantie complémentaire, et vise à faciliter la lecture du présent document. Les sections indiquées ci-dessous font partie de votre police d'assurance invalidité Synergie.

- *Section 3.1 : Sommaire de votre solution Synergie*
- *Section 3.2 : Primes de votre solution Synergie*
- *Section 3.4 : Sommaire de votre police d'assurance invalidité*
- *Section 7 : Votre solution Synergie*
- *Section 8 : Dispositions générales pour les polices d'assurance accidents et maladie*

### 5.1 Prestation mensuelle

#### Cas où nous versons une prestation mensuelle

Nous versons une prestation mensuelle si l'assuré devient totalement invalide et complète la période d'attente avant que votre solution Synergie ne prenne fin.

Nous versons la prestation mensuelle à la fin de chaque intervalle d'un mois, à compter du jour où la période d'attente prend fin. Toute prestation payable pour une période de moins d'un mois est versée au taux d'un trentième du montant de la prestation mensuelle pour chaque jour d'invalidité.

Une fois que la solution Synergie prend fin, aucune autre prestation mensuelle n'est payable.

#### Période d'attente pour la prestation mensuelle

L'assuré doit compléter la période d'attente avant qu'une prestation d'invalidité ne soit versée. La période d'attente est indiquée à la *section 3.4*.

Les jours d'invalidité qui sont pris en compte aux fins de la période d'attente peuvent s'accumuler sur une plus longue période, mais pour être considérées comme une seule période d'invalidité totale aux fins de la même période d'attente, les périodes d'invalidité totale doivent :

- résulter de la même cause, et
- survenir dans les six mois l'une de l'autre.

#### Cas où nous limitons la période d'indemnisation

Nous limitons le versement de prestations mensuelles à 24 mois au total pour les invalidités totales et les récurrences d'invalidité causées par des affections psychiatriques.

Nous limitons le versement de prestations mensuelles à 24 mois au total pour les invalidités totales et les récidives d'invalidité causées par des problèmes de cou ou de dos.

Nous déterminons toute période d'indemnisation limitée à partir du jour suivant la fin de la période d'attente pour la première invalidité, et nous ne la prolongeons pas en raison de toute autre blessure subie ou maladie contractée pendant la période d'invalidité continue.

Nous renonçons à la limite des 24 mois d'indemnisation si l'invalidité remplit les critères d'une affection couverte par votre police d'assurance maladies graves Synergie.

## **Montant de la prestation mensuelle**

La prestation mensuelle correspond à 0,5 % du montant d'assurance Synergie. Chaque versement de prestation mensuelle réduit le montant d'assurance disponible. Si le montant d'assurance disponible est inférieur au montant de la prestation mensuelle, nous versons alors le montant d'assurance disponible. Le montant de la prestation mensuelle est indiqué à la *section 3.4*.

## **Bénéficiaire(s) de la prestation mensuelle**

Nous versons la prestation mensuelle à vous-même, à moins que vous ne nous ayez indiqué de verser la prestation d'assurance invalidité Synergie à une autre personne.

## **Pluralité d'invalidités**

Si une invalidité est causée par n'importe quelle combinaison de blessures et/ou maladies, nous considérons qu'il y a une seule période d'invalidité, et la prestation payable chaque mois ne peut excéder la prestation mensuelle.

## **Collaboration**

L'assuré est tenu de collaborer avec nous, de se rendre disponible et de nous communiquer dans leur intégralité tout renseignement ou toute preuve exigés par nous en vue de l'examen de la demande de règlement, à défaut de quoi nous cesserons de traiter toute nouvelle demande de règlement ou mettrons fin à toute demande de règlement existante.

## **5.2 Prestation de réadaptation professionnelle**

Nous accepterons d'examiner une demande de participation de l'assuré à un programme approuvé de réadaptation professionnelle, et nous pourrions accepter de payer les frais afférents à ce programme.

Nous pourrions de plus accepter de régler les frais de réadaptation approuvés. Ces frais peuvent couvrir ce qui suit :

- les rénovations de bureau nécessaires,
- l'équipement médical, ou
- des cours de recyclage professionnel.

Le versement d'une prestation de réadaptation professionnelle ne réduit pas le montant d'assurance disponible ni la prestation mensuelle.

## 5.3 Garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité totale

Tant que nous versons une prestation mensuelle, il y a exonération, sur une base mensuelle, du paiement des primes Synergie et des primes de toute couverture de garantie complémentaire. L'exonération débute le jour suivant la fin de la période d'attente. Dans le cas d'une récurrence d'invalidité, l'exonération commence le jour où la récurrence débute.

Une fois que vous avez présenté une demande de règlement d'assurance invalidité, vous devez continuer à acquitter vos primes jusqu'à ce que nous approuvions votre demande. Lorsque nous vous exonérons du paiement des primes, nous vous remboursons rétroactivement toutes les primes que vous avez acquittées pendant le nombre de jours exacts de la période d'attente.

Pendant la période d'exonération, vous ne pouvez pas modifier votre solution Synergie ni vos couvertures de garantie complémentaire.

## 5.4 Exclusions et restrictions

Toute prestation mensuelle payable est soumise aux exclusions et restrictions énoncées ci-dessous.

Votre police d'assurance invalidité prévoit trois catégories d'exclusions :

- exclusions générales,
- exclusion afférente aux séjours à l'étranger,
- exclusion afférente aux affections préexistantes.

Votre police d'assurance invalidité prévoit également une restriction afférente à la remise en vigueur.

### Exclusions générales

Nous ne versons pas de prestation d'invalidité si l'invalidité totale résulte :

- d'un acte ou accident de guerre, qu'elle soit déclarée ou non, ou de la participation à tout genre de conflit militaire,
- d'un don d'organe ou d'une chirurgie esthétique, ou
- d'une grossesse normale ou d'un accouchement normal.

Toutefois, la police couvre les invalidités totales causées par les complications de la grossesse ou de l'accouchement, notamment :

- la grossesse extra-utérine,
- les vomissements pernécieux,
- l'hémorragie post-partum, et
- la toxémie.

Nous ne versons aucune prestation d'invalidité pour toute période pendant laquelle l'assuré est incarcéré dans un pénitencier ou un établissement gouvernemental de détention.

**Exclusion afférente aux séjours à l'étranger**

La période d'attente ne peut être complétée ni en entier ni en partie pendant que l'assuré séjourne à l'extérieur du Canada ou des États-Unis.

Aucune prestation ne sera versée pour une invalidité qui se produit pendant que l'assuré est à l'extérieur du Canada ou des États-Unis.

**Exclusion afférente aux affections préexistantes**

Nous ne versons aucune prestation pour une invalidité totale qui survient dans les 24 mois suivant la date de prise d'effet Synergie et qui est causée, directement ou indirectement, par une affection préexistante, ou qui en résulte.

**Restriction afférente à la remise en vigueur de votre solution Synergie**

Si votre solution Synergie a été remise en vigueur, nous versons des prestations d'invalidité seulement dans les cas suivants :

- une blessure subie après la date d'effet de la remise en vigueur, et
- une maladie dont les premiers signes sont apparus au moins 10 jours après la date de remise en vigueur.

Spécimen

## 6 Votre police d'assurance maladies graves Synergie

Votre police d'assurance maladies graves Synergie prévoit le versement d'une prestation Affections couvertes si l'assuré au titre de la solution Synergie reçoit un diagnostic correspondant à la définition d'une affection couverte, qui est donnée dans la présente police d'assurance maladies graves, avant que la solution Synergie ne prenne fin.

Votre police d'assurance maladies graves Synergie prévoit également le versement d'une prestation Intervention rapide chaque fois qu'une affection diagnostiquée chez l'assuré au titre de la solution Synergie correspond à la définition d'une affection à intervention rapide, qui est donnée dans la présente police d'assurance maladies graves, avant que la solution Synergie ne prenne fin.

Certains termes ont un sens bien précis dans le libellé de votre police d'assurance maladies graves Synergie. Les définitions de ces termes font partie de votre police d'assurance maladies graves Synergie. Veuillez vous reporter à la *section 9 : Termes utilisés dans le présent document* pour connaître la définition de ces termes.

L'emploi de renvois permet d'éviter la répétition des mêmes sections dans chaque police ou garantie complémentaire, et vise à faciliter la lecture du présent document. Les sections indiquées ci-dessous font partie de votre police d'assurance maladies graves Synergie.

- *Section 3.1 : Sommaire de votre solution Synergie*
- *Section 3.2 : Primes de votre solution Synergie*
- *Section 3.5 : Sommaire de votre police d'assurance maladies graves*
- *Section 7 : Votre solution Synergie*
- *Section 8 : Dispositions générales pour les polices d'assurance accidents et maladie*

### 6.1 Prestation Affections couvertes

#### Les affections couvertes

Les 24 affections couvertes sont les suivantes :

- accident vasculaire cérébral (AVC)
- anémie aplastique
- brûlures graves
- cancer (mettant la vie en danger)
- cécité
- chirurgie de l'aorte
- coma
- crise cardiaque
- défaillance d'un organe vital et en attente d'une greffe
- démence, maladie d'Alzheimer comprise
- greffe d'un organe vital
- infection à VIH contractée au travail
- insuffisance rénale
- maladie de Parkinson et troubles parkinsoniens atypiques précis
- maladie du motoneurone
- méningite purulente
- paralysie
- perte de l'usage de la parole
- perte de membres
- pontage coronarien
- remplacement ou réparation valvulaires
- sclérose en plaques
- surdité
- tumeur cérébrale bénigne

Veillez vous reporter à la *section 6.5 : Affections couvertes par l'assurance maladies graves* pour obtenir une description détaillée de chacune des affections couvertes, y compris des critères d'un diagnostic formel s'y rapportant. L'assuré doit remplir les critères d'un diagnostic formel pour avoir droit à une prestation.

## **Cas où nous versons une prestation Affections couvertes**

Nous versons une prestation Affections couvertes si l'assuré reçoit le diagnostic d'une affection couverte et que ce dernier remplit tous les critères utilisés pour définir le diagnostic.

Nous versons une seule prestation Affections couvertes.

## **Montant de la prestation Affections couvertes**

Le montant de la prestation Affections couvertes correspond à 25 % du montant d'assurance Synergie, moins toute prestation Rétablissement payée. Si le montant d'assurance disponible est inférieur au montant de la prestation Affections couvertes, nous versons alors le montant d'assurance disponible. Le montant de la prestation Affections couvertes et celui de la prestation Rétablissement sont indiqués à la *section 3.5*.

## **Bénéficiaire(s) de la prestation Affections couvertes**

Nous vous versons la prestation Affections couvertes, à moins que vous ne nous ayez indiqué de verser les prestations d'assurance maladies graves Synergie à une autre personne.

## **6.2 Prestation Rétablissement**

La prestation Rétablissement a pour but d'aider l'assuré à amorcer son rétablissement en versant une prestation le plus rapidement possible.

### **Cas où nous versons une prestation Rétablissement**

Nous versons une prestation Rétablissement si vous soumettez une demande de prestation Affections couvertes et que tous les critères ci-dessous sont remplis :

- votre solution Synergie est en règle,
- nous n'avons pas versé de prestation Affections couvertes,
- 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,
- les renseignements que vous nous avez transmis démontrent de façon satisfaisante pour nous que l'on a diagnostiqué chez l'assuré une affection couverte et que ce dernier est susceptible de remplir tous les critères utilisés pour définir le diagnostic, et
- nous n'avons à ce moment aucune preuve qui suggère que nous ne verserions pas la prestation Affections couvertes pour cette affection.

Nous ne versons qu'une seule prestation Rétablissement.

Le fait que nous versions une prestation Rétablissement ne signifie pas nécessairement que nous verserons également la prestation Affections couvertes connexe. Nous devons terminer l'examen de la demande de règlement afin d'établir si l'assuré remplit nos critères d'admissibilité pour la prestation Affections couvertes.

Si nous jugeons que l'assuré n'a pas droit à la prestation Affections couvertes, nous ne vous demanderons pas de rembourser la prestation Rétablissement, sauf si nous déterminons qu'il y a eu fausse déclaration ou fraude au cours de la tarification ou du traitement de la demande de règlement. Dans ces cas, vous devrez nous rembourser la prestation Rétablissement.

## Montant de la prestation Rétablissement

Le montant de la prestation Rétablissement correspond à 10 % du montant de la prestation Affections couvertes ou à 10 000 \$, selon le moins élevé de ces montants. Si le montant d'assurance disponible est inférieur au montant de la prestation Rétablissement, nous versons alors le montant d'assurance disponible. Le montant de la prestation Rétablissement est indiqué à la *section 3.5*.

## Bénéficiaire(s) de la prestation Rétablissement?

Nous vous versons la prestation Rétablissement, à moins que vous ne nous ayez indiqué de verser la prestation d'assurance maladies graves Synergie à une autre personne.

## 6.3 Prestation Intervention rapide

### Affections à intervention rapide

Il y a trois types d'affection à intervention rapide :

- angioplastie coronarienne
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade T1
- carcinome canalaire *in situ* du sein
- leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai
- mélanome malin au stade 1

Veuillez vous reporter à la *section 6.6 : Affections à intervention rapide* pour obtenir une description détaillée de chacune des affections à intervention rapide, y compris les critères d'un diagnostic formel auquel l'assuré doit satisfaire.

### Cas où nous versons une prestation Intervention rapide

Nous versons une prestation Intervention rapide si l'assuré reçoit le diagnostic d'une affection à intervention rapide et que ce dernier remplit tous les critères utilisés pour définir le diagnostic avant que la solution Synergie ne prenne fin.

La prestation Intervention rapide peut être versée plusieurs fois. De plus, elle peut être versée même si nous avons déjà versé la prestation Affections couvertes, sauf dans les cas expliqués ci-dessous.



## Cas où nous ne versons pas de prestation Intervention rapide

Nous ne versons pas de prestation Intervention rapide dans les cas suivants :

- angioplastie coronarienne pratiquée à la suite d'une crise cardiaque si nous versons une prestation Affections couvertes en raison de la crise cardiaque,
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) si nous versons une prestation Affections couvertes en raison d'un cancer de la prostate à un stade supérieur au stade T1a ou T1b et qui est accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases,
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade T1 si nous versons une prestation Affections couvertes en raison d'un cancer de la thyroïde papillaire ou d'un cancer de la thyroïde folliculaire à un stade supérieur au stade T1 qui est accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases,
- carcinome canalaire *in situ* du sein si nous versons une prestation Affections couvertes en raison d'un cancer du sein résultant de cette tumeur,
- leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai si nous versons une prestation Affections couvertes en raison d'une LLC au stade 1 ou supérieur selon la classification de Rai,
- mélanome malin au stade 1 si nous versons une prestation Affections couvertes en raison d'un cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, et qui est ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases.

Veillez vous reporter à la *section 6.4 : Exclusions* pour obtenir des précisions sur d'autres exclusions applicables aux prestations Intervention rapide.

## Montant de la prestation Intervention rapide

La prestation Intervention rapide correspond à 6,25 % du montant d'assurance Synergie.

Le versement de la première prestation Intervention rapide ne réduit pas le montant d'assurance disponible. Par contre, le versement de toute prestation Intervention rapide subséquente réduit le montant d'assurance disponible.

Après le versement de la première prestation Intervention rapide, si le montant d'assurance disponible est inférieur à cette prestation, nous versons alors le montant d'assurance disponible. Le montant de la prestation Intervention rapide est indiqué à la *section 3.5*.

## Bénéficiaire(s) de la prestation Intervention rapide

Nous vous versons la prestation Intervention rapide, à moins que vous ne nous ayez indiqué de verser la prestation d'assurance maladies graves Synergie à une autre personne.

## 6.4 Exclusions

Toute prestation d'assurance maladies graves payable est soumise aux exclusions énoncées ci-dessous.

- *Section 6.3 : Cas où nous ne versons pas de prestation Intervention rapide*
- *Section 6.5 : Affections couvertes par l'assurance maladies graves*

Votre police d'assurance maladies graves Synergie comprend également quatre catégories supplémentaires d'exclusions :

- exclusions générales,
- cancers et affections connexes,
- tumeurs cérébrales bénignes et affections connexes, et
- diagnostics établis à l'étranger.

## **Exclusions générales**

Aucune prestation n'est versée au titre de votre police d'assurance maladies graves Synergie si l'assuré, 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 :

- blessure que l'assuré s'est infligée intentionnellement,
- perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel par l'assuré,
- conduite d'un véhicule motorisé par l'assuré lorsqu'il présente une alcoolémie de plus de 80 milligrammes par 100 millilitres de sang, ou
- l'absorption ou l'usage intentionnel par l'assuré :
  - de tout médicament d'ordonnance ou narcotique, sans respecter les directives d'un médecin,
  - de tout médicament ou narcotique en vente libre au Canada, sans respecter les recommandations du fabricant,
  - de tout médicament ou narcotique dont la vente est interdite au Canada, ou
  - de toute substance toxique ou intoxicante, y compris l'alcool.

## **Exclusion des cancers et affections connexes**

Dans cette exclusion, l'expression « un cancer » 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 Synergie indiquée à la section 3.1 , 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 police), peu importe la date d'établissement du diagnostic, ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la police).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou 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 un cancer 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 de la police, les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (7<sup>e</sup> édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

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

## Exclusion des tumeurs cérébrales bénignes et affections connexes

Si, dans les 90 jours suivant la date d'établissement Synergie indiquée à la *section 3.1* :

- on a diagnostiqué une tumeur cérébrale bénigne chez l'assuré, ou
  - l'assuré a présenté des signes ou des symptômes ou subi des examens qui ont mené au diagnostic de tumeur cérébrale bénigne, peu importe la date d'établissement du diagnostic,
- aucune prestation d'assurance maladies graves ne sera payable pour une tumeur cérébrale bénigne.

L'information décrite ci-dessus relative aux signes, aux symptômes et aux examens doit nous être transmise dans les six mois suivant la date à laquelle on a diagnostiqué une tumeur cérébrale bénigne chez l'assuré.

## Exclusion des diagnostics établis à l'étranger

Si une affection couverte ou une affection à intervention rapide est diagnostiquée dans un pays autre que le Canada ou les États-Unis, aucune prestation d'assurance maladies graves ne sera 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 avait été diagnostiquée au Canada ou aux États-Unis;
- le médecin qui a posé le diagnostic était autorisé à exercer sa profession dans le pays où le diagnostic a été posé et avait des qualifications égales à celles qui sont définies pour cette affection dans votre police d'assurance maladies graves Synergie;
- le diagnostic est pleinement corroboré 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 de l'affection couverte ou de l'affection à intervention rapide); et
- la même chirurgie ou la même intervention non chirurgicale médicalement nécessaire 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 par un spécialiste de notre choix.

## 6.5 Affections couvertes par l'assurance maladies graves

La présente section comprend les définitions des affections couvertes par votre police d'assurance maladies graves Synergie.

### 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 d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.

### Exclusions

Aucune prestation Affections couvertes ne sera payable au titre de la définition du terme « accident vasculaire cérébral » dans les cas suivants :

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

### Brûlures graves

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

### Cancer

Diagnostic formel d'une tumeur caractérisée par la croissance et la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

### Exclusions

Aucune prestation Affections couvertes ne sera payable au titre de la définition du terme « cancer » pour les cancers suivants :

- carcinome *in situ*,
- mélanome malin au stade 1A (mélanome dont l'épaisseur est égale ou inférieure à 1 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V),
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome et non métastatique, ou
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

### Prestation Intervention rapide

Même si le cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) et le carcinome *in situ* sont exclus de la prestation Affections couvertes dans les cas de cancer, une prestation Intervention rapide peut être offerte. Veuillez vous reporter à la *section 6.3 : Prestation Intervention rapide* pour obtenir des précisions.

## Cécité

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

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

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

## Chirurgie de l'aorte

Intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical 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.

## 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.

### Exclusions

Aucune prestation Affections couvertes ne sera payable au titre de la définition du terme « coma » 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.

### Exclusions

Aucune prestation Affections couvertes ne sera payable au titre de la définition du terme « crise cardiaque » dans les cas suivants :

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q, 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.

## **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.

## **Infection à VIH contractée au travail**

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

- la date de prise d'effet 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 cette 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, et
- 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.

## **Exclusions**

Aucune prestation Affections couvertes ne sera payable au titre de la définition du terme « infection à VIH contractée au travail » dans les cas suivants :

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

## Maladie d'Alzheimer

Diagnostic formel d'une maladie cérébrale dégénérative progressive. L'assuré doit présenter une perte des facultés intellectuelles marquée par un affaiblissement de la mémoire et du jugement, qui entraîne une réduction importante des capacités mentales et une détérioration des fonctions sociales et qui nécessite une supervision d'au moins huit heures par jour. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer doit être posé par un spécialiste.

### Exclusion

Aucune prestation Affections couvertes ne sera payable au titre de la définition du terme « maladie d'Alzheimer » pour tout autre trouble cérébral organique et toute autre maladie psychiatrique entraînant la démence.

## Maladie de Parkinson

Diagnostic formel de maladie de Parkinson primaire idiopathique, caractérisée par au moins deux des manifestations cliniques suivantes :

- rigidité musculaire,
- tremblements, ou
- bradykinésie (lenteur anormale des mouvements, ralentissement des réactions physiques et mentales).

L'assuré doit avoir besoin d'une aide physique importante de la part d'un autre adulte pour accomplir au moins deux des six activités de la vie quotidienne ci-dessous.

Les activités de la vie quotidienne aux fins de la prestation Affections couvertes pour cette affection sont :

- **Se laver** : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou à la débarbouillette, avec ou sans l'aide d'accessoires.
- **S'habiller** : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres prothèses chirurgicales.
- **Se servir des toilettes** : capacité d'aller aux toilettes et d'assurer son hygiène personnelle complète.
- **Être continent** : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou appareils chirurgicaux de façon à maintenir un niveau raisonnable d'hygiène personnelle.
- **Se lever du lit, se coucher, s'asseoir ou se lever d'une chaise** : capacité de prendre place dans un lit, sur une chaise ou dans un fauteuil roulant et de se lever, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.
- **Se nourrir** : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

Le diagnostic de maladie de Parkinson doit être posé par un spécialiste.

### Exclusion

Aucune prestation Affections couvertes ne sera payable au titre de la définition du terme « maladie de Parkinson » pour tous les autres types de parkinsonisme.

## Maladie du motoneurone

Diagnostic formel de l'une des affections suivantes :

- sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig),
  - sclérose latérale primitive,
  - atrophie musculaire progressive,
  - paralysie bulbaire progressive, ou
  - paralysie pseudo-bulbaire,
- et se limite à ces affections.

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

## 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.

## Perte de l'usage de la parole

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par un spécialiste.

### Exclusion

Aucune prestation Affections couvertes ne sera payable au titre de la définition du terme « perte de l'usage de la parole » pour toute cause psychiatrique.

## Perte de membres

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

## Pontage 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.

### Exclusion

Aucune prestation Affections couvertes ne sera payable au titre de la définition du terme « pontage coronarien » si le traitement de la coronaropathie se limite à des interventions non chirurgicales ou à des techniques à base de cathéter, comme l'angioplastie par ballonnet et l'embolectomie au laser.

## Prestation Intervention rapide

Bien que les interventions non chirurgicales ou par biais de cathéters telles que l'angioplastie par ballonnet et l'embolectomie au laser soient exclues des Affections couvertes dans le cas d'un pontage coronarien, une prestation Intervention rapide peut être offerte au titre d'une *angioplastie coronarienne*. Veuillez vous reporter à la *section 6.3 : Prestation Intervention rapide* pour obtenir des précisions.



## Remplacement des valvules cardiaques

Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

### Exclusion

Aucune prestation Affections couvertes ne sera payable au titre de la définition du terme « remplacement des valvules cardiaques » pour la réparation de valvules cardiaques.

## 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, ou
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

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

## Surdité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'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.

## Tumeur cérébrale bénigne

Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte du c r ne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs c raniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer un ou des déficits neurologiques document s et irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

### Exclusion

Aucune prestation Affections couvertes ne sera payable au titre de la définition du terme « tumeur cérébrale bénigne » pour des adénomes pituitaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

## 6.6 Affections à intervention rapide

La présente section comprend les définitions des affections à intervention rapide au titre de la police d'assurance maladies graves Synergie.

### 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.

**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.

Veillez vous reporter à la section 6.4 : *Exclusions* pour obtenir des précisions sur les exclusions applicables à la prestation Intervention rapide au titre d'un cancer.

**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.

Veillez vous reporter à la section 6.4 : *Exclusions* pour obtenir des précisions sur les exclusions applicables à la prestation Intervention rapide au titre d'un cancer.

**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.

Veillez vous reporter à la section 6.4 : *Exclusions* pour obtenir des précisions sur les exclusions applicables à la prestation Intervention rapide au titre d'un cancer.

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

L'affection doit être diagnostiquée par un spécialiste.

**Exclusions**

Nous ne versons pas de prestation Intervention rapide en cas de lymphocytose monoclonale dite de signification indéterminée (LMUS).

Veillez vous reporter à la section 6.4 : *Exclusions* pour obtenir des précisions sur les exclusions applicables à la prestation Intervention rapide au titre d'un cancer.

## **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.

### **Exclusions**

Nous ne versons pas de prestation Intervention rapide en cas de mélanome malin *in situ*.

Veillez vous reporter à la section 6.4 : *Exclusions* pour obtenir des précisions sur les exclusions applicables à la prestation Intervention rapide au titre d'un cancer.

Spécimen

## 7 Votre solution Synergie

### 7.1 Vos polices d'assurance Synergie

Vos polices d'assurance Synergie ont été souscrites dans le cadre de la solution Synergie. En raison du lien contractuel particulier qui unit vos polices d'assurance Synergie, ces dernières ne peuvent en aucun cas être dissociées de votre solution Synergie. Si vous apportez un changement à votre solution Synergie, les trois polices seront touchées par le changement. Le titulaire des polices d'assurance vie, invalidité et maladies graves Synergie doit être le même, et si une police prend fin, les autres prennent également fin. En outre, les dispositions de la présente section s'appliquent simultanément aux trois polices.

Si, plus tard, nous changeons les règles et vous permettons de dissocier vos polices d'assurance de votre solution Synergie, nous nous réservons le droit de déterminer les conditions applicables à cette opération et de modifier vos primes.

### 7.2 Les primes

La prime consiste en un montant que nous exigeons pour vos polices d'assurance Synergie et les garanties complémentaires qui y sont annexées.

Vos primes garanties sont indiquées à la *section 3*.

Votre prime change si vous modifiez votre montant d'assurance Synergie ou vos couvertures de garantie complémentaire, ou si votre type de coût augmente à une date prévue de renouvellement. Les dates prévues de renouvellement sont indiquées à la *section 3*. Si vous modifiez votre solution Synergie ou des couvertures de garantie complémentaire, nous vous enverrons un nouveau sommaire Synergie.

#### Garantie relative à la prime

Nous garantissons que le montant de vos primes Synergie ne dépassera pas les montants de prime indiqués à la *section 3*, à moins que vous n'apportiez un changement à votre solution Synergie.

#### Calcul de votre prime

Nous déterminons la prime applicable à votre solution Synergie en fonction des éléments suivants :

- le type de coût,
- le montant d'assurance Synergie, et
- l'âge, le sexe, l'usage du tabac et le tarif d'assurance de l'assuré (indiqués à la *section 3*).

Le pourcentage de la prime Synergie appliqué à chacune des polices, soit les polices d'assurance vie, invalidité et maladies graves Synergie, est indiqué à la *section 3*.

#### Paiement des primes

Vous devez acquitter les primes exigibles pour que votre solution Synergie demeure en vigueur. La première prime est exigible à la date d'établissement Synergie indiquée à la *section 3.1* et nous l'appliquerons à votre solution Synergie à cette date. Nous devons recevoir le paiement de la première prime avant que votre solution Synergie ne prenne effet.

Vous pouvez choisir la périodicité des paiements. Les primes peuvent être acquittées comme suit :

- Si vous optez pour la périodicité mensuelle, vous pouvez 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 par voie électronique, ou nous les remettre en personne, à notre siège social. Les chèques doivent être libellés à l'ordre de la Financière Manuvie et tirés sur un compte en dollars canadiens ouvert auprès d'une institution financière canadienne.

Si vous modifiez la périodicité de vos paiements, nous calculons votre nouvelle prime selon le taux annuel ou le taux annuel réduit applicable à la nouvelle périodicité.

### **Défaut de paiement de la prime**

Si vous omettez de payer une prime ou n'en payez qu'une partie, le délai de grâce commence à courir pour vos polices d'assurance Synergie à la date d'exigibilité de la prime. Nous résilierons votre solution Synergie si nous ne recevons pas le montant en souffrance à la fin du délai de grâce. Veuillez vous reporter à la *section 7.5 : Déchéance et remise en vigueur* pour obtenir des précisions sur le délai de grâce et la résiliation.

### **Exonération du paiement des primes**

Tant que nous vous versons une prestation mensuelle au titre de la police d'assurance invalidité, nous vous exonérons, sur une base mensuelle, du paiement des primes exigées pour votre solution Synergie et pour toute couverture de garantie complémentaire. Veuillez vous reporter à la *section 5.3 : Garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité totale* pour obtenir des précisions.

## **7.3 Monnaie**

Toutes les primes que vous acquittez doivent être en dollars canadiens, prélevés sur un compte établi auprès d'une institution financière canadienne, et tous les versements que nous effectuons seront en dollars canadiens.

## **7.4 Demande de règlement**

Nous vous recommandons à vous ou à la personne qui a le droit de présenter une demande de règlement de communiquer avec votre conseiller ou de nous appeler au numéro indiqué dans votre plus récent relevé Synergie pour savoir quels documents doivent accompagner la demande de règlement.

Si nous recevons une demande de règlement-décès au titre de votre police d'assurance vie Synergie, nous cessons le traitement de toute autre demande de règlement et traitons la demande de règlement-décès. Nous cessons de plus le versement de toute prestation mensuelle. Le montant d'assurance disponible est réduit de toute prestation versée entre la date du décès et la date de réception de la demande de règlement-décès.

Nous pouvons annuler votre solution Synergie advenant qu'une déclaration frauduleuse d'un fait essentiel soit faite dans tout avis ou preuve de sinistre écrits.

## 7.5 Déchéance et remise en vigueur

Si, un jour du traitement mensuel, les primes exigibles ne sont pas acquittées en entier, le délai de grâce commence à courir pour vos polices d'assurance Synergie. Le délai de grâce prend fin 31 jours après le jour du traitement mensuel où les primes exigibles n'ont pas été acquittées en entier et nous résilions votre solution Synergie ce jour-là.

Toutes les couvertures au titre de votre solution Synergie demeurent en vigueur pendant le délai de grâce. Si une prestation devient payable pendant le délai de grâce, nous déduisons toute prime en souffrance de la prestation payable.

Vous pouvez nous verser le montant en souffrance en tout temps durant le délai de grâce afin que vos polices d'assurance Synergie soient à nouveau en règle. Si vous n'avez pas acquitté au complet le montant en souffrance à la fin du délai de grâce, nous vous remboursons tout paiement partiel lorsque nous résilions votre solution Synergie.

### Remise en vigueur

Vous pouvez nous demander de remettre vos polices d'assurance Synergie en vigueur dans les deux années qui suivent leur date de déchéance si, à la fois :

- tous les assurés au titre de vos polices d'assurance Synergie sont encore vivants;
- vous payez le montant requis pour la remise en vigueur.

Si vous nous demandez de remettre vos polices d'assurance Synergie en vigueur dans les 30 jours de leur déchéance, nous procéderons sans demander de renseignements additionnels. Si vous présentez une telle demande après cette période de 30 jours, mais dans les deux années suivant la déchéance des polices, vous devrez remplir et soumettre un formulaire de demande de remise en vigueur. En raison du lien contractuel particulier qui unit vos polices d'assurance Synergie, votre demande de remise en vigueur doit porter sur les trois polices constituant la solution Synergie, soit la police d'assurance vie, la police d'assurance invalidité et la police d'assurance maladies graves. En outre, nous vous demandons de nous transmettre tout renseignement dont nous avons besoin pour déterminer si nous remettons les polices en vigueur ou non, et si oui, à quelles conditions. Une fois que nous avons approuvé votre demande et reçu le montant requis pour la remise en vigueur ainsi que tout renseignement dont nous avons besoin de votre part, nous remettons vos polices d'assurance Synergie en vigueur et vous envoyons de nouvelles pages *Sommaire de votre solution Synergie*.

### Montant requis pour la remise en vigueur

Le montant requis pour la remise en vigueur correspond à la somme de ce qui suit :

- le total de tous les montants dus le premier jour du délai de grâce de vos polices d'assurance Synergie;
- toutes les primes dues depuis le premier jour du délai de grâce de vos polices d'assurance Synergie jusqu'à la date à laquelle nous remettons vos polices en vigueur;
- les intérêts sur ces montants, calculés de la manière décrite dans nos règles administratives.

La date d'effet de la remise en vigueur de vos polices d'assurance Synergie est la date à laquelle nous déterminons que ces conditions ont été remplies. Nous rétablirons votre solution Synergie et indiquerons ces dates à la *section 3.1*.

## **7.6 Notre position face à une fausse déclaration ou à une omission**

### **Fausse déclaration intentionnelle**

Nous pouvons en tout temps annuler vos polices d'assurance Synergie et toutes les garanties complémentaires qui y sont annexées ou rejeter une demande de règlement si vous ou l'un des assurés avez fait une fausse déclaration intentionnelle, 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**

Pendant la période de contestabilité, nous avons le droit :

- d'annuler votre police d'assurance vie Synergie, votre garantie Protection des enfants – Vie, ou votre garantie Assurance temporaire, ou
- de rejeter une demande de règlement au titre de ces polices ou garanties complémentaires 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.

Pendant la période de contestabilité, (ou si un assuré ou le médecin de l'assuré remarque ou découvre au cours de la période de contestabilité un signe, un symptôme, une affection ou un problème de santé qui donnent lieu ultérieurement, à quelque moment que ce soit, au diagnostic d'une affection couverte, d'une affection à intervention rapide ou d'une invalidité totale) nous avons le droit :

- d'annuler votre police d'assurance maladies graves Synergie, votre police d'assurance invalidité Synergie, ou votre garantie Protection des enfants – MG, ou
- de rejeter une demande de règlement au titre de l'une ou l'autre de ces polices ou garanties complémentaires

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.

## **7.7 Modification de votre solution Synergie**

Vous pouvez apporter les changements suivants à votre solution Synergie en tout temps, pourvu qu'il n'y ait pas d'exonération des primes à ce moment-là.

### **Modifications ou changements ne nécessitant pas de preuve**

Vous pouvez apporter les modifications ou changements décrits dans la présente section sans nous fournir une preuve d'assurabilité. Ils sont soumis à nos règles administratives.

## Changement du type de coût

Vous avez le choix entre deux types de coût : 10 ans renouvelable jusqu'à 65 ans, et uniforme jusqu'à 65 ans. Chaque type de coût vous garantit que vos primes demeureront inchangées pendant une certaine période, pourvu que vous n'apportiez pas de changement à votre solution Synergie.

### Type de coût

### Vos primes demeurent inchangées :

10 ans renouvelable jusqu'à 65 ans

pendant 10 ans ou jusqu'à la date d'expiration Synergie, si cette date survient avant. Chaque 10 ans, nous renouvelons d'office votre assurance jusqu'à la date d'expiration Synergie. Vos primes garanties sont indiquées à la *section 3.2*.

coût uniforme jusqu'à 65 ans

jusqu'à la date d'expiration Synergie. Vos primes garanties sont indiquées à la *section 3.2*.

Vous pouvez nous demander de changer le type de coût 10 ans renouvelable jusqu'à 65 ans pour le coût uniforme jusqu'à 65 ans si :

- vous n'avez pas présenté de demande de règlement au titre de votre solution Synergie,
- vous présentez votre demande de changement de type de coût au deuxième anniversaire de Synergie ou après ce dernier, et
- l'âge de l'assuré se situe dans les limites d'âge permises pour le changement de type de coût.

Si vous changez votre type de coût, veuillez prendre note que le coût uniforme jusqu'à 65 ans est basé sur les taux en vigueur au moment où vous présentez votre demande de changement de type de coût, et sur les renseignements personnels indiqués à la *section 3*. Il est possible que votre prime augmente par suite de ce changement. Le changement prend effet le jour du traitement mensuel qui coïncide avec la date à laquelle nous recevons votre demande écrite ou celui qui la suit.

Vous ne pouvez pas changer le type de coût uniforme jusqu'à 65 ans pour 10 ans renouvelable jusqu'à 65 ans.

## Modification de votre montant d'assurance Synergie

Vous pouvez nous demander de réduire votre montant d'assurance Synergie.

Si nous réduisons le montant d'assurance Synergie, nous réduisons également le montant d'assurance disponible proportionnellement. Puisque vos prestations sont calculées selon un pourcentage du montant d'assurance Synergie, la réduction de ce dernier modifiera également :

- le montant de la prestation mensuelle au titre de la police d'assurance invalidité, et
- les montants des prestations Affections couvertes, Rétablissement et Intervention rapide au titre de la police d'assurance maladies graves.

Nous calculons la valeur des primes inutilisées en fonction du nouveau montant d'assurance Synergie et vous remboursons toute somme excédentaire.

## Modifications ou changements nécessitant une preuve

Vous pouvez apporter les modifications ou changements décrits dans la présente section si vous nous fournissez une preuve d'assurabilité satisfaisante pour nous. Ils sont également soumis à nos règles administratives.



## Changement relatif à l'usage du tabac et suppression d'exclusions

Une fois par année, vous pouvez nous demander de revoir votre usage du tabac, ou une exclusion ou les tarifs d'assurance qui sont en vigueur au titre de votre solution Synergie à ce moment-là.

Nous calculons la valeur des primes inutilisées en fonction de votre nouvel usage du tabac ou nouveau tarif d'assurance, et vous remboursons toute somme excédentaire.

## Modification de la période d'attente

Si vous nous présentez une preuve satisfaisante pour nous que vous êtes admissible à une période d'attente plus courte, vous pouvez nous demander d'appliquer une période d'attente plus courte à votre police d'assurance invalidité.

## 7.8 Date de prise d'effet des modifications

À moins d'avis contraire, toute modification à votre solution Synergie ou à l'une de vos couvertures de garantie complémentaire prend effet le jour du traitement mensuel qui coïncide avec la date à laquelle nous approuvons la modification ou celui qui la suit. Le jour du traitement mensuel est indiqué à la *section 3.1*. Veuillez prendre note que nous avons le droit de reporter la date de prise d'effet de toute modification :

- si nous recevons votre demande à notre siège social après l'heure fixée dans nos règles administratives, ou
- en cas de fermeture imprévue ou de perturbation de nos bureaux.

## 7.9 Vos droits à titre de titulaire de la solution Synergie

Vos droits à titre de titulaire de la solution Synergie comprennent le droit de nommer ou changer un bénéficiaire ou toute personne que vous avez désignée pour recevoir une prestation. Vous pouvez nommer une personne différente au titre de chacune des polices de votre solution Synergie pour recevoir les prestations prévues.

En tant que titulaire de la solution Synergie, vous pouvez également :

- désigner un titulaire successeur, appelé titulaire subrogé au Québec, pour votre solution Synergie,
- transférer la propriété de la solution Synergie,
- affecter le montant d'assurance disponible à la garantie d'un emprunt,
- modifier la périodicité de vos primes, sous réserve de nos limites administratives, et
- résilier la solution Synergie intégralement.

Toute modification que vous faites s'applique à chacune des polices d'assurance Synergie; vous ne pouvez pas exercer ces droits que pour une seule police d'assurance Synergie.

Pour exercer ces droits, vous devez faire parvenir vos instructions par écrit à notre siège social. Veuillez communiquer avec nous ou avec votre conseiller pour savoir quels formulaires utiliser.

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 les délais prescrits par la *Loi sur les assurances* ou une autre loi applicable.

## 7.10 Fin de la solution Synergie

Votre solution Synergie prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- jour ouvrable où nous recevons votre demande écrite de résiliation de la solution Synergie, tel qu'il est décrit ci-dessous,
- date à laquelle nous annulons une de vos polices d'assurance Synergie ou rejetons une demande de règlement conformément à la *section 7.6 : Notre position face à une fausse déclaration ou à une omission*,
- 31 jours après le début du délai de grâce de votre solution Synergie, si vous n'avez pas acquitté le montant en souffrance,
- date du décès de l'assuré au titre de la police d'assurance vie Synergie,
- date à laquelle votre montant d'assurance disponible est ramené à zéro, ou
- date d'expiration Synergie.

Une fois que la solution Synergie prend fin, aucune autre prestation n'est payable.

Si l'assuré :

- est en train de compléter la période d'attente prévue par la police d'assurance invalidité, ou
- remplit les critères du diagnostic formel d'une affection couverte par la police d'assurance maladies graves,

il doit avoir complété la période d'attente ou rempli les critères du diagnostic formel au plus tard à la date d'expiration Synergie. Si l'assuré ne satisfait pas ces conditions avant que la solution Synergie ne prenne fin, aucune prestation n'est payable.

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 les délais prescrits par la *Loi sur les assurances* ou une autre loi applicable.

### Résiliation de la solution Synergie

Vous pouvez nous demander de résilier votre solution Synergie en tout temps. Le cas échéant, nous résilierons toutes les polices d'assurance et garanties complémentaires Synergie le jour ouvrable où nous recevons votre demande écrite de résiliation de la solution Synergie. Nous vous remboursons toute prime inutilisée.

Veillez communiquer avec votre conseiller pour obtenir des précisions sur les conséquences de la résiliation de votre solution Synergie.

## **8 Dispositions générales pour les polices d'assurance accidents et maladie**

Ces dispositions générales s'appliquent à votre police d'assurance invalidité Synergie, votre police d'assurance maladies graves Synergie et votre garantie Protection des enfants – MG Synergie. En cas de divergence entre les dispositions de la présente section et celles des polices et garantie précitées, ce sont celles de la présente section qui prévalent.

### **8.1 Le contrat**

La proposition, la présente police, les documents annexés à la présente police lors de son établissement, ainsi que les modifications au contrat convenues par écrit après l'établissement de la police constituent le contrat dans son intégralité. Aucun conseiller n'est autorisé à modifier le contrat ni à renoncer à l'une de ses dispositions.

#### **Renonciation**

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.

### **8.2 Copie de votre proposition**

Nous sommes tenus de fournir, sur demande, une copie de la proposition à vous-même ou à l'auteur d'une demande de règlement au titre du contrat.

### **8.3 Faits essentiels**

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

### **8.4 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, le cas échéant, 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.

## 8.5 Avis et preuve de sinistre

### Comment présenter une demande de règlement

Vous, ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement, ou l'un de leurs mandataires, êtes tenus :

- A de nous donner un avis de sinistre par écrit,
  - i) soit en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé à notre siège social ou à notre agence principale dans la province,
  - ii) soit en le remettant à un de nos conseillers autorisés dans la province,au plus tard 30 jours après la date de survenance du sinistre en vertu du contrat à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité;
- B dans les 90 jours qui suivent la date de survenance du sinistre en vertu du contrat à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité, de nous fournir, dans la mesure du possible, la preuve faisant état des circonstances entourant la survenance de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité, et des pertes ainsi occasionnées, la preuve qui atteste du droit du demandeur de toucher le paiement et la preuve qui confirme son âge et l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu; et
- C si nous l'exigeons, de nous fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité qui peuvent faire l'objet d'une demande de règlement au titre du contrat, ainsi que la durée d'une telle invalidité.

### Défaut de fournir l'avis ou la preuve de sinistre

Le défaut de donner avis du sinistre ou d'en fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente disposition générale n'invalide pas la demande de règlement si l'avis est donné ou la preuve est fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas, plus d'un an après la date de l'accident ou de la survenance du sinistre en vertu du contrat à la suite d'une maladie ou d'une invalidité, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit.

### Obligation pour l'assureur de fournir les formulaires 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 suspens. 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.

## 8.6 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.

## **8.7 Prescription des recours**

Les actions ou poursuites intentées contre nous en recouvrement d'une demande de règlement 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.

## **8.8 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.

Spécimen

---

## 9 Termes utilisés dans le présent document

**affection préexistante** : signe, symptôme, affection ou problème de santé qui a donné lieu à un traitement médical, un diagnostic, des examens, des soins, des services ou des conseils, effectués ou fournis, prescrits, recommandés ou reçus dans les 24 mois précédant la prise d'effet de votre solution Synergie ou d'une couverture de garantie complémentaire. Une affection est considérée préexistante que le médecin ait été au courant ou non, ou se soit douté ou non, que ces signes, symptômes, affections ou problèmes de santé étaient liés de quelque façon que ce soit à l'affection qui a été en fin de compte jugée comme ayant causé, directement ou indirectement, ou ayant entraîné l'invalidité ou l'affection couverte à l'origine d'une demande de règlement.

**affections psychiatriques** : toute forme d'anxiété ou de dépression, notamment stress, épuisement professionnel, fatigue, ou tout autre trouble psychologique, y compris les manifestations, traitements et complications reliées au traitement s'y rapportant.

**assurance temporaire** : assurance que nous fournissons pendant un nombre d'années limité.

**assurance vie permanente** : protection en vigueur la vie durant de l'assuré. Une assurance vie permanente n'a pas de date d'expiration.

**assuré** : toute personne que nous avons convenu d'assurer au titre de votre solution Synergie ou de toute couverture de garantie complémentaire. Les assurés sont indiqués à la *section 3*.

**blessure** : toute blessure accidentelle subie pendant que votre solution Synergie est en vigueur.

**capital-décès** : montant total que nous versons au décès d'un assuré au titre de la solution Synergie.

**couverture de garantie complémentaire** : protection additionnelle prévue par une garantie complémentaire. Vous pouvez avoir plusieurs couvertures de garantie complémentaire, chacune couvrant une personne au titre d'une garantie complémentaire. La prestation prévue par chacune de vos couvertures de garantie complémentaire est indiquée à la *section 3*.

**délai de grâce** : délai de 31 jours qui commence à courir le jour du traitement mensuel si les primes exigibles ne sont pas acquittées en entier. Votre solution Synergie demeure en vigueur pendant le délai de grâce. Si, à l'expiration du délai de grâce, les primes n'ont toujours pas été payées en entier, nous résilions votre solution Synergie.

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

**emploi habituel** : tout emploi rémunéré que l'assuré exerce au début de l'invalidité.

Si l'assuré n'exerce pas d'emploi rémunéré au début de l'invalidité (parce qu'il reste au foyer, par exemple, ou a perdu son emploi), il est considéré comme étant totalement invalide si, par suite d'une blessure ou d'une maladie,

- il ne peut exercer les principales activités régulières qu'il exerçait avant de subir la blessure ou avant le début de la maladie, et
- il n'exerce aucun emploi rémunéré, et
- il est suivi de façon régulière par un médecin et suit le traitement approprié recommandé.

---

**en règle** : situation de votre solution Synergie lorsque toutes les primes exigibles ont été payées afin que votre solution Synergie demeure en vigueur.

**fait essentiel** : fait qui, s'il nous était révélé, influencerait :

- sur notre décision d'établir ou non la police ou la garantie complémentaire, ou
- sur les conditions auxquelles nous serions disposés à établir la couverture.

**indices-santé** : ensemble des classes de tarification prises en compte pour déterminer les coûts d'assurance de toute couverture de garantie complémentaire. La classe d'indice-santé d'un assuré est basée sur son usage du tabac, ses antécédents médicaux personnels et familiaux, ses activités récréatives comportant des risques, son état de santé, son style de vie et d'autres renseignements personnels. L'indice-santé appliqué à chaque assuré pour toute couverture de garantie complémentaire est indiqué à la *section 3*.

**intervalle d'un mois** : nombre de jours écoulés entre le versement de deux prestations mensuelles; cet intervalle peut être de 28 à 31 jours, selon le nombre de jours dans le mois.

**invalidité ou invalide** : le fait **d'être totalement invalide**, tel qu'il est défini dans la présente section.

**invalidité totale et totalement invalide** : incapacité de l'assuré, en raison d'une blessure ou d'une maladie, d'exercer les principales fonctions de son emploi habituel.

Dans le cas des demandes de règlement reliées à une affection psychiatrique ou découlant de la consommation d'alcool ou de drogue, pour qu'il y ait invalidité totale, nous pouvons exiger que l'assuré soit suivi de façon régulière par un psychiatre et qu'il suive le traitement approprié recommandé pour une invalidité totale.

Toutefois, il n'est pas question d'invalidité totale si :

- l'assuré exerce un emploi rémunéré, ou
- l'assuré n'est pas suivi de façon régulière par un médecin (ou un psychiatre, tel qu'il est décrit ci-dessus) ou qu'il ne suit pas le traitement approprié recommandé.

**jour du traitement mensuel** : jour où la plupart des modifications apportées à votre solution Synergie prennent effet. Le premier jour du traitement mensuel correspond à la date de prise d'effet Synergie, et les suivants tombent le même jour de chaque mois qui suit. Par exemple, si la date de prise d'effet Synergie est le 12 avril, le jour du traitement mensuel est le 12<sup>e</sup> jour de chaque mois. Le jour du traitement mensuel est indiqué à la *section 3.1*.

**jour ouvrable** : jour où notre siège social canadien est ouvert pour affaires.

**maladie** : affection qui se manifeste pour la première fois pendant que le présent contrat est en vigueur.

**médecin** : docteur en médecine qualifié (le médecin ne peut être le titulaire (vous), ni un assuré, un parent ou un associé du titulaire ou d'un assuré) qui fournit des soins médicaux dans les limites de son permis.

**montant d'assurance disponible** : montant d'assurance disponible pour verser les prestations au titre de toute police d'assurance Synergie, diminué de toute prestation versée, à moins que l'une des polices ne stipule expressément que le versement ne réduit pas le montant d'assurance disponible. À la date de prise d'effet Synergie, le montant d'assurance disponible est égal au montant d'assurance Synergie.

---

**période de contestabilité** : période au cours de laquelle nous pouvons contester la validité d'une police ou de toute couverture de garantie complémentaire établie au titre de la police en raison d'une fausse déclaration portant sur un fait essentiel ou de l'omission d'un fait essentiel.

Aux fins des polices d'assurance Synergie, la période de contestabilité est de deux ans, et cette période commence à la dernière des dates suivantes :

- la date d'établissement Synergie,
- la date d'effet d'une modification que vous avez demandée et qui nécessite l'actualisation de la preuve d'assurabilité, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de la solution Synergie.

Aux fins de vos couvertures de garantie complémentaire Synergie, la période de contestabilité est de deux ans, et cette période commence à la dernière des dates suivantes :

- la date d'établissement d'une couverture de garantie complémentaire,
- la date d'effet d'une modification que vous avez demandée et qui nécessite l'actualisation de la preuve d'assurabilité touchant une couverture de garantie complémentaire, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de la couverture de garantie complémentaire.

**prestation d'assurance maladies graves** : toute prestation payable à titre de prestation Affections couvertes, prestation Intervention rapide ou prestation Rétablissement.

**prestation mensuelle** : prestation dont vous pouvez demander le versement si l'assuré au titre de votre solution Synergie devient totalement invalide. Cette prestation est décrite dans votre police d'assurance invalidité.

**preuve d'assurabilité** : tout renseignement que nous exigeons pour déterminer si nous pouvons procurer une assurance à une personne, et dans l'affirmative, à quelles conditions. Une preuve d'assurabilité peut comprendre des données financières.

**prime** : montant que nous exigeons pour vos polices d'assurance Synergie et les garanties complémentaires qui y sont annexées.

**prime de la garantie complémentaire** : montant que nous exigeons pour la couverture que nous fournissons au titre des garanties complémentaires annexées à votre solution Synergie.

**primes inutilisées** : primes que vous avez acquittées, mais qui n'ont pas encore été affectées au paiement de votre protection d'assurance. Nous calculons les primes inutilisées à partir du jour du traitement mensuel suivant.

**problèmes de cou ou de dos** : toute blessure, maladie ou tout trouble affectant la colonne vertébrale ou les disques intervertébraux et les muscles, ligaments et racines nerveuses qui y sont reliés. Sont compris tous les traitements, complications et opérations connexes.

**récidive d'invalidité** : il y a récurrence

- lorsqu'une nouvelle invalidité survient dans les 180 jours d'une invalidité antérieure à l'égard de laquelle l'assuré a complété la période d'attente, et
- qu'elle résulte des mêmes causes ou de causes connexes.

Une récurrence d'invalidité est considérée comme une continuation de l'invalidité précédente pour laquelle des prestations ont été versées. L'assuré n'a donc pas à se soumettre à une nouvelle période d'attente.



---

**solution Synergie** : regroupement de trois polices d'assurance distinctes – une police d'assurance vie, une police d'assurance invalidité et une police d'assurance maladies graves – ainsi que des couvertures de garantie complémentaire que le titulaire peut annexer aux polices d'assurance. Les garanties offertes au titre de chaque police reposent sur un seul capital assuré initial appelé le montant d'assurance Synergie.

**spécialiste** : médecin qui détient un permis d'exercice et une formation médicale spécialisée en lien avec une 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 de non-disponibilité 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 (vous), l'assuré, un parent ni un associé du titulaire ou de l'assuré.

**suivi de façon régulière par un médecin** : consultations et traitements donnés par un médecin et appropriés, quant à leur nature et à leur fréquence, pour l'affection causant l'invalidité de l'assuré.

**tarif d'assurance** : sert au calcul des taux de prime indiqués à la *section 3*. Le tarif d'assurance figure également à la *section 3*. Chaque assuré est tarifé 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 appliqué à un assuré soit supérieur à ce tarif si nous jugeons que cet assuré 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.

**type de coût** : détermine comment nous calculons vos coûts d'assurance, la période pendant laquelle ces coûts sont imputés, le délai entre les changements de prime. Le type de coût est indiqué à la *section 3.2*.