

Le 13 février 2015

FNAME LNAME
ADDRESS
CITY, AB
A1A 2A2

Objet : Police n° 1181111111

Madame,

Nous vous remercions d'avoir choisi l'assurance maladies graves Chèque-vie de base.

La date d'entrée en vigueur de l'assurance est confirmée dans la page du Sommaire des garanties de la police. Veuillez lire votre **contrat d'assurance maladies graves Chèque-vie de base** attentivement. Si vous avez des questions, vous pouvez communiquer avec votre agent ou courtier, ou nous appeler sans frais au 1 800 590-0970, du lundi au vendredi, entre 8 h 30 et 20 h, heure de l'Est. Nous tenons à ce que vous compreniez bien les conditions de votre contrat.

Veillez vérifier votre demande et le sommaire du contrat. Si certains renseignements sont incorrects, communiquez avec nous immédiatement pour les faire corriger.

Vous devriez conserver votre contrat dans un endroit sûr en cas de sinistre.

Si, pour une raison quelconque, vous souhaitez mettre fin à votre **assurance maladies graves Chèque-vie de base**, vous n'avez qu'à nous en aviser par téléphone, par courriel ou par la poste dans les 30 jours et les primes versées vous seront alors remboursées.

Vos primes mensuelles seront prélevées directement sur votre compte bancaire. Vous devez continuer de payer les primes pour garder votre couverture en vigueur.

... suite au verso

Le nom Manuvie et le logo qui l'accompagne sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence.

Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

CP 4213, Stn A, Toronto (Ontario) M5W 5M3

La Manuvie est déterminée à bien servir chacun de ses clients. Puisque nous nous engageons à vous offrir le meilleur service possible, n'hésitez pas à communiquer avec nous en cas de besoin.

Nous vous remercions encore une fois d'avoir choisi la Manuvie. Nous espérons avoir su répondre à vos attentes. Si vous souhaitez nous faire part de vos commentaires, nous serons heureux d'y répondre.

Veillez agréer, Madame, nos salutations distinguées.

A handwritten signature in black ink that reads "Wally Thompson". The signature is written in a cursive, flowing style.

Wally Thompson
Vice-président, Ventes et marketing
Marchés des groupes à affinités

P. S. : Il est recommandé de revoir sa protection d'assurance au moins une fois par année. Nous vous suggérons d'en prendre note dans votre agenda. Si vous avez un enfant, achetez une maison, ou changez d'emploi, il sera très important de réévaluer vos besoins en assurance.



La présente atteste que

«**first_and_last_name**»

client estimé de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) et les membres admissibles de sa famille peuvent bénéficier sans frais des services offerts par le Navigateur Santé^{MD} au titre du contrat numéro «**group_id**» - «**sub_id**» prenant effet le «**EffectiveDate**», et ce, tant que le contrat/certificat d'assurance est valide et en vigueur.

Le Navigateur Santé est accessible tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, à l'adresse www.santemanuvie.ca ou par téléphone au numéro 1 877 455-3554 entre 8 h et 20 h, du lundi au vendredi.

Wally Thompson
Vice-président, Ventes et marketing

Nota : Le droit d'accès à ces services peut changer sans préavis.



Voici le Navigateur Santé

Votre couverture vous donne accès aux services du Navigateur Santé[®]. Grâce au Navigateur Santé, vous pouvez obtenir des outils, de l'information, des services de coordination médicale et des indications sur la façon de naviguer dans le système canadien de soins de santé. De plus, si vous voulez un deuxième avis d'un hôpital de renommée mondiale, le Navigateur Santé vous aidera à l'obtenir. Il n'est pas nécessaire de subir un sinistre pour pouvoir bénéficier de ces services – vous y avez accès immédiatement... non seulement vous, l'assuré, mais aussi les membres admissibles de votre famille!

Il vous suffit d'aller sur le site www.santemanuvie.ca ou d'appeler la ligne sans frais 1 877 455-3554.

Deuxièmes avis médicaux émis par des médecins de renommée mondiale

Le fournisseur de deuxième avis médical, WorldCare International, Inc. (WorldCare), est spécialisé dans la prestation de conseils médicaux; vous êtes donc assuré de recevoir le bon diagnostic et le plan de traitement le plus efficace. Le diagnostic et les plans de traitement sont évalués en toute confidentialité et en toute sécurité par des spécialistes de renommée mondiale exerçant dans les meilleurs hôpitaux, et ce, sans que vous ayez à sortir de chez vous. Si vous faites appel à ce service, WorldCare[®] travaillera en coordination avec votre médecin pour obtenir les données médicales dont les spécialistes auront besoin pour évaluer votre cas et communiquer leurs constatations.

Services de coordination médicale

Si vous ou une personne à charge admissible recevez un deuxième avis et décidez de vous faire soigner aux États-Unis, WorldCare prendra les arrangements requis et coordonnera les rendez-vous.

Quelles affections sont couvertes par le service de deuxième avis médical?

Voici les affections couvertes par votre contrat d'assurance et vous permettant, vous et les membres admissibles de votre famille, de vous prévaloir du service de deuxième avis médical.

crise cardiaque	perte de la parole	maladie de Parkinson
chirurgie de l'aorte	insuffisance rénale	brûlures graves
cancer	greffe d'un organe vital	tumeur cérébrale bénigne
coronopathie nécessitant une intervention chirurgicale	greffe/défaillance d'un organe vital (inscription sur liste d'attente)	cancer précoce de la prostate (stade T1a ou T1b)
accident vasculaire cérébral	angioplastie coronarienne	remplacement de valvules cardiaques
carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein	infection à VIH contractée au travail	troubles cardiaques congénitaux
paralysie	coma	dystrophie musculaire
sclérose en plaques	maladie d'Alzheimer	paralysie cérébrale
cécité	maladie du motoneurone	syndrome de Down
surdité	perte de membres	fibrose kystique

Pour vérifier si une affection est couverte, vous pouvez composer le numéro sans frais du Navigateur Santé, 1 877 455-3554.

Quels sont les membres « admissibles » de la famille?

Les membres de votre famille sont admissibles aux services du Navigateur Santé s'ils sont couverts par votre contrat/certificat d'assurance ou s'ils sont les personnes à charge d'un assuré au titre de votre contrat/certificat d'assurance.

À propos de WorldCare International, Inc. (WorldCare)

WorldCare s'est donné comme mission d'améliorer l'état de santé des gens partout dans le monde en reliant nos clients et leurs participants admissibles aux éminents professionnels de la santé des plus grands hôpitaux aux États-Unis du consortium WorldCare[®], et d'autres grands hôpitaux universitaires. Nous accomplissons notre mission en utilisant une approche unique d'assistance médicale virtuelle, laquelle reproduit l'expérience d'un patient marchant dans un établissement médical réputé pour offrir un accompagnement des plus personnalisés et émettre des deuxièmes avis médicaux virtuels dans le monde entier. Active dans 30 pays et comptant plus de 25 années d'expérience et plus de quatre millions de participants partout dans le monde, WorldCare définit la norme d'excellence dans le secteur sur le plan des deuxièmes avis médicaux. Depuis sa création, WorldCare a émis plus de 25 000 deuxièmes avis médicaux, y compris plus de 100 000 examens radiologiques et pathologiques. De plus, elle possède plus de 10 ans d'expérience dans le secteur de la santé au Canada, et sa gamme complète de services et ses systèmes de prestation ont continué d'évoluer de manière à répondre aux besoins changeants de nos clients, dans le contexte des soins de santé propre au Canada. Aujourd'hui, WorldCare offre des services complets d'aide à la navigation dans le système de soins de santé et l'accès à l'information et aux ressources nécessaires pour soutenir nos participants afin qu'ils puissent prendre des décisions en matière de soins de santé en toute confiance.

Le Navigateur Santé est offert par l'entremise de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

Les régimes sont établis par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Le nom Manuvie, le logo qui l'accompagne, les quatre cubes et les mots « solide, fiable, sûre, avant-gardiste » sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence. MC[®] Marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. WorldCare et WorldCare Consortium sont des marques déposées de WorldCare Limited, utilisées sous licence. © 2018 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

BM.HSN.Flyer.FR (01/2018) 180006



Assurance maladies graves Chèque-vie de base

Notre engagement : La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (« Manuvie »), ci-après appelée l'assureur, versera les prestations conformément aux dispositions du contrat.

CE DOCUMENT EST IMPORTANT. CONSERVEZ-LE EN LIEU SÛR.

SOMMAIRE DU CONTRAT

Numéro de contrat : 1181111111

Régime d'assurance : Assurance maladies graves Chèque-vie de base

L'Option de remboursement des primes : Inclus

Assuré : AFTER LCB **Sexe :** Female

Date de naissance : 10 octobre 1975 **Statut de fumeur :** Non-fumeur

Date d'effet : 1^{er} mars 2015

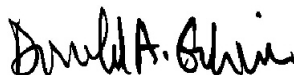
Date de renouvellement : 1^{er} mars 2020

Capital assuré : 75 000,00 \$

Primes : Votre prime s' établit à 45,00 \$ /mois.

Date d'établissement : 3 février 2015

Signé au nom de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers à Toronto, en Ontario, par :



Donald A. Guloien
Président et chef de la direction

Le présent contrat renferme des dispositions qui révoquent ou limitent le droit de l'assuré de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront payables.

Le capital assuré total sur la tête d'un assuré au titre de tous les contrats portant le nom du régime d'assurance susmentionné ne peut pas dépasser le montant maximum pour le régime indiqué ci-dessus. Si tel est le cas, le ou les derniers contrats établis qui dépassent le montant maximum pour le régime ne seront pas valides et les prestations payables au titre de ces contrats se limiteront à la somme des primes acquittées.

Le présent contrat est un contrat sans participation. Il ne comporte aucune valeur de rachat et n'ouvre pas droit à des participations.

GARANTIE DE SATISFACTION DE 30 JOURS

L'assuré peut, dans les trente (30) jours suivant la réception du présent contrat, le retourner à l'adresse ci-dessous afin d'en demander l'annulation. Le contrat sera alors annulé et toute prime acquittée jusqu'à la fin de la période d'examen de trente (30) jours sera remboursée. Les droits de tout bénéficiaire au titre du contrat sont subordonnés à ce droit d'annulation. Ce droit d'annulation expire soixante (60) jours après la date d'établissement du contrat.

Le fait de remplacer le présent contrat par un nouveau contrat ou de s'en servir pour en remplacer un autre pourrait ne présenter aucun avantage pour l'assuré. Si quelqu'un vous suggère de remplacer ce contrat, veuillez communiquer avec la Manuvie au numéro sans frais indiqué ci-dessous pour obtenir des conseils.

LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE MANUFACTURERS

Pour obtenir des renseignements :

Envoyez-nous un courriel à l'adresse	am_service@manuvie.com
Téléphonez-nous au	1 800 590-0970 (numéro sans frais)
Envoyez-nous une télécopie au	1 800 510-3362 (numéro sans frais)

**Pour obtenir de l'aide au sujet d'une demande de prestation
d'assurance maladies graves Chèque-vie de base :**

Envoyez-nous un courriel à l'adresse	am_service@manuvie.com
Téléphonez au service des Règlements au	1 888 272-4492 (numéro sans frais)
Envoyez une télécopie au service des Règlements au	1 800 363-5123 (numéro sans frais)

Assurance maladies graves

TABLE DES MATIÈRES

SECTION	PAGE
PARTIE A : VERSEMENT DES PRESTATIONS	4
PARTIE B : AFFECTIONS COUVERTES	4
PARTIE C : AUTRES PRESTATIONS	6
PARTIE D : RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS.....	6
PARTIE E : DISPOSITIONS GÉNÉRALES	7
PARTIE F : RÉSILIATION	9
PARTIE G : CONDITIONS LÉGALES	9
PARTIE H : DÉFINITIONS	10

REMARQUE : Dans le présent contrat, certains termes et expressions possèdent un sens particulier dont il faut absolument tenir compte lors de la lecture. Une liste de ces termes est présentée à la **partie H (Définitions)**, soit à la fin des présentes, et il est fortement recommandé de vous familiariser avec leur sens lorsque vous consultez le contrat.

IMPORTANT : On trouvera dans le présent contrat des exclusions, des restrictions, des conditions, des limites maximales et des définitions. Veuillez le lire attentivement.

ASSURANCE MALADIES GRAVES

PARTIE A : VERSEMENT DES PRESTATIONS

1. Au titre de la couverture prévue par le présent contrat, le capital assuré est versé à l'assuré en cas de diagnostic d'une affection couverte répondant aux exigences stipulées dans les présentes, pourvu que ce dernier ait survécu à la période d'attente prescrite, qu'il satisfasse à toutes les conditions afférentes à cette prestation et que le contrat soit en vigueur.
2. La couverture ne s'applique qu'aux maladies, affections ou procédures satisfaisant à la définition des affections couvertes figurant aux présentes. Les autres maladies, affections et procédures qui ne sont pas expressément définies comme étant une affection couverte ne sont pas couvertes par le présent contrat et ne donnent droit à aucune prestation. Il existe, pour chaque affection couverte, des exigences particulières à respecter pour qu'une prestation soit payable. De plus, toutes les prestations sont soumises aux restrictions, aux exclusions et aux réductions de couverture énoncées soit dans la description y afférente, soit dans une autre partie qui traite des restrictions et exclusions de couverture.

PARTIE B : AFFECTIONS COUVERTES

Le capital assuré au titre du présent contrat est versé à l'assuré en cas de diagnostic de la première des affections couvertes ci-après à survenir, à condition que l'assuré survive au-delà de la période d'attente prévue et satisfasse à toutes les dispositions ou conditions s'appliquant à l'affection couverte en question :

1. Cancer (mettant la vie en danger)

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

Aucune prestation ne sera versée 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.

Période moratoire d'exclusion

Aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « cancer (mettant la vie en danger) » si, dans les 90 jours suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, l'assuré :

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

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

Pour avoir droit à la prestation, l'assuré doit survivre pendant les 30 jours suivant la date d'établissement du diagnostic.

2. 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;
- apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

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

Exclusion : aucune prestation n'est exigible 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;
- changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.

Pour avoir droit à la prestation, l'assuré doit survivre pendant les trente (30) jours suivant la date d'établissement du diagnostic.

3. Accident vasculaire cérébral

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

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques,
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique,

persistant pendant plus de trente (30) jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation n'est exigible au titre de la définition du terme « accident vasculaire cérébral » dans les cas suivants :

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

Pour avoir droit à la prestation, l'assuré doit survivre jusqu'à ce que tous les critères énoncés ci-dessus soient satisfaits.

4. 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 ne sera exigible au titre de la définition du terme « pontage coronarien » dans le cas d'une angioplastie, d'une intervention intra-artérielle, d'une intervention percutanée par cathéter ou d'une intervention non chirurgicale.

Pour avoir droit à la prestation, l'assuré doit survivre pendant les 30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale.

5. Chirurgie de l'aorte

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

Exclusion : aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « chirurgie de l'aorte » dans le cas d'une angioplastie, d'une intervention intra-artérielle, d'une intervention percutanée par cathéter ou d'une intervention non chirurgicale.

Pour avoir droit à la prestation, l'assuré doit survivre pendant les 30 jours suivant la date de la chirurgie.

PARTIE C : AUTRES PRESTATIONS

Le présent contrat prévoit d'autres prestations, qui sont expliquées ci-dessous. **À noter que la garantie Remboursement des primes ne s'applique pas nécessairement à toutes les couvertures. Veuillez consulter le Sommaire du contrat pour en savoir plus sur la couverture sélectionnée.**

1. Services d'assistance

Manuvie donne accès à un centre de ressources sur la santé et à un service de deuxième avis médical. Le service d'assistance permet à l'assuré et aux membres de sa famille admissibles d'obtenir facilement et rapidement des réponses à leurs questions ayant trait à la santé, des services de soutien et des services de coordination médicale. De plus, il les aide à s'orienter dans le système de soins de santé canadien et à trouver les bons professionnels de la santé, et leur propose un service de deuxième avis médical portant sur des diagnostics posés par des médecins, sur des traitements et sur des plans de gestion des soins.

2. Garantie Remboursement des primes (optionnelle)

Si le présent contrat est toujours en vigueur à la date d'anniversaire contractuel suivant la date à laquelle l'assuré atteint l'âge de 75 ans (date à laquelle le présent contrat expire d'office) et si l'assuré n'a présenté aucune demande de règlement au titre du contrat, l'assureur lui remboursera la totalité des primes acquittées jusqu'à la date visée, à concurrence du capital assuré, aux conditions suivantes :

- a) l'assuré avait entre 18 ans et 55 ans à la date de souscription du contrat;
- b) la garantie Remboursement des primes est toujours en vigueur à la date d'expiration du contrat; et
- c) aucune période d'attente n'est en cours à l'égard d'une affection couverte.

Si une période d'attente est en cours à l'égard d'une affection couverte à la date d'expiration du contrat, ainsi qu'il est mentionné ci-dessus, la garantie reste en vigueur jusqu'à la fin de la période d'attente relative à l'affection couverte en question. Si, à ce moment, l'assuré est toujours vivant et a droit à la prestation pour l'affection couverte, la prestation au titre de la garantie Remboursement des primes n'est pas payable. Par contre, s'il survit à la période d'attente mais n'a pas droit à la prestation pour l'affection couverte pour quelque raison que ce soit, la prestation au titre de la garantie Remboursement des primes sera versée. S'il décède avant la fin de la période d'attente, la prestation au titre de la garantie Remboursement des primes sera versée aux ayants droit de l'assuré.

PARTIE D : RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

1. Outre les exclusions et restrictions énoncées dans le présent contrat, aucune prestation n'est payable au titre du contrat dans les cas suivants :

- a) l'assuré souffre, au cours de la période de vingt-quatre (24) mois suivant la date d'effet du contrat ou la date de sa dernière remise en vigueur, d'une affection couverte attribuable directement ou indirectement ou liée d'une façon ou d'une autre à une *affection préexistante*.

Une *affection préexistante* s'entend d'une maladie ou d'une affection pour laquelle, durant la période de vingt-quatre (24) mois *précédant* la date d'effet du contrat ou la date de sa dernière remise en vigueur, l'assuré a reçu un diagnostic ou a été traité, hospitalisé ou suivi par un médecin, ou a reçu la recommandation de se faire traiter ou de consulter un médecin, a reçu une ordonnance ou pris des médicaments, a montré des signes, a présenté des symptômes, ou a subi des tests ou des examens.

- b) l'assuré, qu'il soit sain d'esprit ou non, souffre d'une affection couverte attribuable directement ou indirectement ou liée d'une façon ou d'une autre à ce qui suit :
 - (i) blessures auto-infligées intentionnellement;
 - (ii) utilisation ou absorption délibérée, par l'assuré :

- a) de tout médicament d'ordonnance ou de narcotique, sans respecter les directives d'un médecin;
 - b) de tout médicament ou narcotique légalement en vente libre au Canada, sans respecter les recommandations du fabricant;
 - c) de tout médicament ou narcotique dont la vente est interdite au Canada;
 - d) de toute substance toxique ou intoxicante, y compris l'alcool;
- (iii) perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel par l'assuré; ou
- (iv) conduite d'un véhicule motorisé par l'assuré, alors qu'il présente une alcoolémie de plus de 80 mg par 100 ml de sang;
- c) l'assuré souffre d'une affection couverte qui est diagnostiquée ailleurs qu'au Canada ou aux États-Unis, à moins qu'il ne fournisse tous les dossiers médicaux requis à l'assureur et que ce dernier ne soit d'avis que :
- (i) le même diagnostic aurait été établi si l'affection couverte s'était manifestée au Canada ou aux États-Unis;
 - (ii) le médecin qui a établi le diagnostic était autorisé à pratiquer dans la région où le diagnostic a été posé et détenait des titres de compétence équivalents à ceux qui sont exigés au Canada ou aux États-Unis;
 - (iii) le diagnostic est entièrement corroboré par tous les tests diagnostiques appropriés et les autres examens normalement faits au Canada ou aux États-Unis (y compris ceux qui sont exigés au titre du contrat); et
 - (iv) le cas échéant, le même type de chirurgie ou de procédure exigé au titre du contrat aux fins de versement de la prestation aurait été conseillé si le diagnostic avait été établi au Canada ou aux États-Unis.

Si le diagnostic a été établi ailleurs qu'au Canada ou aux États-Unis, l'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré de subir un examen médical indépendant, effectué par un médecin désigné par l'assureur.

PARTIE E : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Admissibilité

Pour avoir droit à la couverture, l'assuré doit, au moment de la proposition, être résident du Canada et avoir au moins 18 ans, mais pas plus de :

- 55 ans pour souscrire un capital assuré de 75 000 \$;
- 60 ans pour souscrire un capital assuré de 50 000 \$;
- 65 ans pour souscrire un capital assuré de 25 000 \$.

Date d'effet

Le présent contrat entre en vigueur à la date d'effet indiquée dans le Sommaire du contrat.

Incessibilité

Le présent contrat ne peut être transféré ni cédé à autrui, y compris un membre de la famille.

Délai de grâce

L'assureur accorde un délai de grâce de trente et un (31) jours pour le paiement d'une prime due, après la date d'échéance. Pendant ce temps, le contrat demeure en vigueur. En cas de non-paiement de la prime à la fin du délai de grâce, le contrat tombe en déchéance, toutes les couvertures y afférentes sont résiliées d'office et les obligations de l'assureur au titre du contrat prennent fin. Les paiements partiels de prime faits au titre du contrat entre le début du délai de grâce et le jour où les couvertures sont résiliées sont remboursés, sous réserve de toute autre disposition du présent contrat à l'effet contraire. Si une prestation devient payable au cours du délai de grâce, elle sera versée après déduction des primes dues.

Provision insuffisante

Si le paiement de la prime ou de tout autre montant dû à l'assureur pour quelque raison que ce soit est refusé pour manque de fonds, l'assureur pourrait exiger des frais d'administration de vingt-cinq (25) dollars.

Remise en vigueur

Si le présent contrat tombe en déchéance, l'assuré peut en demander la remise en vigueur de son vivant, dans l'année suivant la date à laquelle la première prime impayée était exigible. Pour ce faire, il faut produire une preuve d'assurabilité que l'assureur juge satisfaisante et payer toutes les primes échues ainsi que les intérêts exigibles au taux établi par l'assureur. Le contrat ainsi remis en vigueur prend effet le premier jour du mois suivant la date à laquelle l'assureur approuve la demande de remise en vigueur et les autres exigences de la présente disposition sont respectées.

Modification des primes

L'assureur peut modifier les primes à la fin de chaque période de renouvellement de cinq (5) ans.

Communication des renseignements

Comme condition préalable au versement des prestations prévues par le présent contrat, l'assuré autorise la communication de tous les renseignements raisonnablement nécessaires pour permettre à l'assureur de déterminer le droit aux prestations.

Versement des prestations

Les prestations sont versées par chèque à l'assuré, sauf stipulation contraire aux présentes.

Demande de changement pour les taux non-fumeurs

Un assuré qui paie des primes pour fumeurs peut demander à bénéficier du taux offert aux non-fumeurs s'il répond aux critères de la définition de non-fumeur au titre du présent contrat. Ainsi, il ne doit pas avoir consommé de produits du tabac, de succédanés de nicotine, de produits de désaccoutumance au tabac ou de marijuana depuis douze (12) mois. Pour faire une demande à cet effet, l'assuré doit communiquer avec l'assureur par téléphone, par courriel ou par la poste. L'assureur lui indiquera les renseignements ou les documents requis pour demander cette modification. Si la demande est approuvée, toutes les primes ultérieures seront établies en fonction du taux offert aux non-fumeurs. Le changement prendra effet à la date d'échéance du paiement de prime suivant la date à laquelle l'assureur communiquera l'approbation du changement à l'assuré.

Déclaration inexacte quant à l'âge ou au sexe

L'assureur peut demander une preuve satisfaisante de l'âge ou du sexe de l'assuré, ou des deux. En cas de fausse déclaration quant à la date de naissance ou au sexe, si l'erreur a une incidence sur :

- a) la date à laquelle la couverture prend effet, est réduite ou prend fin,
- b) le montant ou le type de couverture, ou
- c) les droits et les prestations prévus au titre des présentes,

la date de naissance exacte ou le sexe véritable de l'assuré, ou les deux, prévalent et les primes sont rajustées en conséquence, s'il y a lieu.

Fausse déclarations et incontestabilité

Si l'assuré ou toute autre personne qui le représente répond à des questions sur sa santé, fait des déclarations à ce sujet, notamment sur l'absence de conditions précises relatives à la santé, ou soumet des renseignements d'ordre médical dans le cadre d'une proposition d'assurance au titre du présent contrat, et omet de communiquer des faits se rapportant à la proposition ou à ses déclarations ou les représente de manière erronée, l'assureur est en droit d'annuler la couverture au titre du présent contrat ou de refuser une demande de règlement. Dans ce cas, la responsabilité de l'assureur se limite au remboursement des primes admissibles, moins le montant des prestations déjà versées et les frais engagés pour faire enquête sur toute fausse déclaration ou, le cas échéant, toute demande de règlement, ou les deux. Si ces frais sont supérieurs au montant des primes admissibles à rembourser, l'assuré et le titulaire du contrat (si ce sont deux personnes différentes) sont conjointement responsables de l'indemnisation de l'assureur, même après la résiliation du contrat. La couverture ne peut plus être annulée, sauf en cas de fraude, une fois qu'elle a été en vigueur pendant deux (2) années après la date d'effet du contrat ou la date de sa dernière remise en vigueur.

Exonération de responsabilité

L'assureur ne peut être tenu responsable des actes ou des omissions de tiers dispensant des soins, des services ou des fournitures à l'assuré. Son obligation se limite au versement des prestations conformément aux dispositions du présent contrat.

Avis donnés par l'assuré

Les avis que doit donner l'assuré conformément au présent contrat doivent être envoyés par courrier affranchi à l'adresse suivante :

Manuvie
Marchés des groupes à affinités
P.O. Box 4213, Station A
Toronto (Ontario)
M5W 5M3

Avis donnés par l'assureur

Les avis que doit donner l'assureur conformément au présent contrat doivent être envoyés à l'adresse de l'assuré, telle qu'elle figure dans la proposition relative au présent contrat, ou à sa dernière adresse connue, telle qu'elle figure dans les dossiers de l'assureur.

Lois applicables

Le présent contrat est régi par les lois de la province ou du territoire de résidence de l'assuré, et est interprété selon les lois en question.

Délai de prescription

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 toute autre loi applicable.

Particularités provinciales

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

Bénéficiaire

Cette police ne comprend pas le droit de nommer un bénéficiaire.

PARTIE F : RÉSILIATION

Le présent contrat et toutes les couvertures y afférentes prennent fin d'office à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) la date d'anniversaire contractuel qui suit le 75^e anniversaire de naissance de l'assuré;

- b) trente et un (31) jours après la date d'exigibilité d'une prime au titre du contrat (soit à la fin du délai de grâce), si la prime requise reste impayée;
- c) la date d'échéance de la prime suivant la date à laquelle l'assureur reçoit de l'assuré un avis écrit de résiliation de la couverture;
- d) la date à laquelle une prestation devient payable à l'égard d'une affection couverte, au titre du présent contrat, pourvu que l'assuré ait reçu la totalité des prestations qui lui sont dues;
- e) la date de décès de l'assuré.

PARTIE G : CONDITIONS LÉGALES

Contrat entre les parties

La proposition (ou l'enregistrement relatif à la proposition, si elle a été faite par téléphone), toute contre-proposition (le cas échéant), le présent contrat, les documents annexés au contrat lors de son établissement, ainsi que les modifications faites au contrat par la suite, constituent la totalité du contrat conclu entre les parties. Aucune autre information, verbale ou écrite, outre celle qui figure aux présentes, n'est valide. Aucun agent n'est autorisé à modifier le contrat ni à renoncer à l'une de ses dispositions.

Copie de la proposition

L'assureur est tenu de fournir une copie de la proposition à l'assuré, à la demande de ce dernier.

Renonciation

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

Faits essentiels à l'appréciation du risque

Aucune déclaration faite par l'assuré (ou, en son nom, par une autre personne) lors de la signature de la proposition relative au présent contrat ne doit être utilisée en défense contre une demande de règlement ou pour annuler ledit contrat, à moins qu'elle ne figure dans la proposition (ou dans l'enregistrement relatif à la proposition, si elle a été faite par téléphone) ou dans toutes autres déclarations ou réponses écrites données par l'assuré ou en son nom lors de la signature de la proposition.

Avis et preuve de sinistre

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

- a) de fournir un avis de sinistre écrit à l'assureur :
 - (i) soit en le lui remettant directement, soit en l'envoyant par courrier recommandé au siège social de l'assureur ou à son principal représentant dans la province;
 - (ii) soit en le remettant à un agent autorisé de l'assureur dans la province, dans les trente (30) jours suivant la date du sinistre faisant l'objet de la demande de règlement au titre du contrat;
- b) dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date du sinistre faisant l'objet de la demande de règlement au titre du contrat, de fournir à l'assureur les preuves qui peuvent raisonnablement être fournies compte tenu des circonstances, pour déterminer le droit de l'auteur de la demande de règlement de recevoir paiement, ainsi que son âge et l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu; et
- c) si l'assureur l'exige, de fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de la maladie, de l'affection ou de la procédure qui peut faire l'objet d'une demande de règlement au titre du contrat.

Défaut de fournir l'avis ou la preuve

Le défaut de donner avis du sinistre ou d'en fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente condition légale n'invalide pas la demande de règlement si l'avis est donné ou la preuve est fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire et au plus tard, dans l'année suivant la date du sinistre faisant l'objet de la demande de règlement au titre du contrat, 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 de preuve de sinistre

L'assureur fournit des formulaires de preuve de sinistre dans les quinze (15) jours suivant la réception de l'avis de sinistre. Toutefois, lorsque l'auteur de la demande de règlement ne les a pas reçus dans ce

délai, il peut soumettre une preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de la maladie, de l'affection ou de la procédure donnant lieu à la demande de règlement.

Droit d'examen

Comme condition préalable au versement des prestations au titre du présent contrat :

- a) l'auteur de la demande de règlement est tenu d'offrir à l'assureur la possibilité de faire subir à l'assuré un examen aussi souvent qu'il est raisonnable de le faire, tant que le règlement est en suspens; et
- b) en cas de décès de l'assuré, l'assureur peut exiger une autopsie, sous réserve des lois en vigueur sur les autopsies dans le ressort visé.

Paiement des sommes

L'assureur verse toutes les sommes payables au titre du présent contrat dans les soixante (60) jours suivant la réception d'une preuve de sinistre satisfaisante, pourvu que toutes les conditions prévues par le contrat aient été respectées.

LES DISPOSITIONS LÉGALES CI-DESSUS ONT PRÉPONDÉRANCE SUR TOUTE AUTRE CLAUSE OU CONDITION DU PRÉSENT CONTRAT.

PARTIE H : DÉFINITIONS

Dans le présent contrat, certains termes et expressions ont un sens précis :

Affection couverte : maladie, affection ou procédure qui sont expressément définies à la partie B du présent contrat et qui n'est pas expressément exclue.

Affection préexistante : maladie ou affection pour lesquelles, durant la période de vingt-quatre (24) mois précédant la date d'effet ou la date de la dernière remise en vigueur du contrat, l'assuré a reçu un diagnostic ou a été traité, hospitalisé ou suivi par un médecin, ou a reçu la recommandation de se faire traiter ou de consulter un médecin, a reçu une ordonnance ou pris des médicaments, a montré des signes ou des symptômes, ou a subi des tests ou des examens.

Manuvie

Assuré : personne couverte par le présent contrat, sous réserve du paiement des primes exigées.

Assureur : La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

Capital assuré : montant d'assurance en vigueur au titre du contrat, tel que l'indique le Sommaire du contrat.

Chirurgie : exécution d'une procédure chirurgicale par un médecin, au Canada ou aux États-Unis.

Contrat : le présent contrat d'assurance et toutes les couvertures d'assurance y afférentes, ainsi que toute modification apportée subséquentement.

Couverture : garanties prévues au titre du contrat et capital assuré prévu à leur égard que l'assuré a choisis.

Date d'anniversaire contractuel : date tombant douze (12) mois après la date d'effet et cette même date chaque année par la suite.

Date d'effet : le jour où la couverture au titre du présent contrat entre en vigueur, tel que l'indique le Sommaire du contrat.

Délai de grâce : période suivant la date d'échéance d'une prime au cours de laquelle on peut régler la prime pour maintenir la couverture en vigueur.

Demande de règlement : demande présentée par l'assuré en vue du versement d'une prestation par l'assureur.

Diagnostic : diagnostic écrit d'une maladie ou d'une affection fourni par un médecin.

Jour : jour civil ou toute partie de ce jour. Aux fins de calcul d'une période au titre du présent contrat, le premier jour et le dernier jour comptent comme une journée, qu'il s'agisse d'une journée complète ou non.

Manuvie : La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Médecin : personne possédant les compétences et l'autorisation légale nécessaires pour exercer la médecine au Canada ou aux États-Unis. Il ne peut

s'agir ni d'un membre de la famille, ni d'un associé de l'assuré, ni du titulaire du contrat (si celui-ci n'est pas l'assuré), ni de l'auteur d'une demande de règlement relativement à l'assuré. Quand il est question d'une affection couverte, le médecin doit posséder les compétences nécessaires dans la discipline médicale visée.

Non-fumeur : s'entend d'une personne qui n'a pas consommé de produits du tabac, de succédanés de nicotine, de produits de désaccoutumance au tabac ou de marijuana depuis douze (12) mois.

Période d'attente : nombre minimum de jours suivant la date d'un diagnostic ou d'une intervention chirurgicale pendant lesquels l'assuré doit survivre pour avoir droit à une prestation.

Prestation : montant payable si l'assuré souffre d'une affection couverte et satisfait à toutes les conditions applicables ou, en ce qui concerne la partie C, services décrits au paragraphe C.1 ou remboursement des primes prévu au paragraphe C. 2.

Résident du Canada : personne qui a un lieu de résidence permanent au Canada et qui y a habité pendant au moins 183 jours au cours des douze (12) derniers mois.

Spécialiste : personne possédant les compétences et l'autorisation légale nécessaires pour exercer la médecine au Canada ou aux États-Unis et qui détient une formation médicale spécialisée en lien avec la maladie grave couverte pour laquelle la prestation est demandée, 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 l'approbation de l'assureur, une affection peut être diagnostiquée par un médecin.

Le terme « spécialiste » comprend, entre autres, les cardiologues, les neurologues, les oncologues et les internistes. Le spécialiste ne peut pas être un membre de la famille ou un associé de l'assuré, ni du titulaire du contrat (s'il ne s'agit pas de l'assuré), ni de l'auteur d'une demande de règlement faite relativement à l'assuré.

Manuvie

Survivre : le fait que l'assuré soit toujours vivant. S'il est stipulé que l'assuré doit survivre un certain nombre de jours avant d'avoir droit à une prestation, cela signifie qu'il doit être vivant à la fin de la période de survie imposée, sans être maintenu en vie par des moyens artificiels. L'assuré ne sera plus considéré comme étant vivant au moment où cessent de manière irréversible toutes les fonctions de son cerveau (y compris le tronc cérébral), selon les critères médicaux généralement acceptés.

Titulaire du contrat : personne qui a demandé à souscrire la couverture et qui est responsable du règlement des primes prévues au titre du contrat ou qui détient les droits créés par le contrat, ou les deux. Le titulaire du contrat est généralement l'assuré, mais il peut s'agir d'une autre personne.

Traitement : toute mesure médicale, thérapeutique ou diagnostique raisonnable, prescrite par un médecin ou un autre professionnel de la santé, sous quelque forme que ce soit, y compris un médicament prescrit, des tests diagnostiques raisonnables, une hospitalisation, une chirurgie ou d'autres soins médicaux prescrits ou recommandés.