

# PAGE DES DONNÉES

NUMÉRO DE POLICE  
TITULAIRE  
DATE DE LA POLICE

DFDKVL001L  
MALE TESTING  
01 NOVEMBRE 2012

ASSURÉ(S) ET TABLEAU DES GARANTIES	PRIME/PAIEMENT ANNUEL(LE) INITIAL(E)	DATE D'ÉCHÉANCE OU D'EXPIRATION
<b>ASSURÉ(E): MALE TESTING</b> ÂGE TARIFÉ: 36 CATÉGORIE DE TAUX: <b>NON-FUMEURS</b>		
<b>PROTECTION POUR MALADIES GRAVES</b>		
SÉCURIMAX 100 SANS PART. 100 000 \$ CAPITAL ASSURÉ INITIAL	1 041.00 \$	01 NOVEMBRE 2076
SÉCURIMAX 10 SANS PART. 50 000 \$ CAPITAL ASSURÉ INITIAL	219.50	01 NOVEMBRE 2051
DROIT DE TRANSFORMATION  <b>150 000 \$ CAPITAL ASSURÉ TOTAL INITIAL POUR MALE TESTING</b>		01 NOVEMBRE 2041
<b>GARANTIES COMPLÉMENTAIRES</b>		
PROTECTION MALADIES GRAVES POUR ENFANTS MONTANT D'ASSURANCE 25 000 \$	300.00	01 NOVEMBRE 2051
DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS MONTANT D'ASSURANCE 25 000 \$	30.00	01 NOVEMBRE 2046
EXONÉRATION DES PRIMES	69.94	01 NOVEMBRE 2041

LA PRÉSENTE POLICE COMPREND LES PAGES SUIVANTES: SP, GP1-6, GP2-5, CIP1-6, CIP2-6, CISIC1-6, CISIC2-7, CISIC3-6, ROPE-1, CICON-2, CCIR1-3, CCIR2-3, LADD-2, WP-4.

EMISE PAR LA COMPAGNIE LE 30 NOVEMBRE 2012

# TABLEAU DES PRIMES

NUMÉRO DE LA POLICE

DFDKVL001L

DÉBUT	PRIME ANNUELLE	PRIME SPA
01 NOV 2012	1 660.44 \$	149.44 \$
01 NOV 2022	1 905.66	171.51
01 NOV 2032	2 935.68	264.22
01 NOV 2041	2 810.00	252.91
01 NOV 2042	4 569.50	411.26
01 NOV 2046	4 514.00	406.26
01 NOV 2051	1 041.00	93.69

SAMPLE

# CONDITIONS GÉNÉRALES

## Définitions

"**assuré**" ou "**assurés**" s'entend de la ou des personnes dont la vie est assurée, comme il est indiqué à la page des données la plus récente de la présente police.

"**compagnie**" s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

"**protection**" s'entend de toute garantie d'assurance vie, de toute garantie en cas de maladies graves ou de toute garantie complémentaire, comme il est indiqué à la page des données la plus récente.

"**titulaire**" s'entend de la personne qui détient la propriété de la présente police et tous les droits et privilèges y afférents. Cette personne peut également être un assuré.

## CG1 Contrat

La présente police, la proposition s'y rapportant, ainsi que toute demande subséquente de modification ou de remise en vigueur de la police et tout avenant à la police, constituent le contrat intégral intervenu entre la compagnie et le titulaire.

La présente police doit être régie et interprétée conformément à la réglementation de la province ou du territoire du Canada dans lequel le titulaire établit la proposition originale pour la présente police.

Le présent contrat prend effet à la date du contrat indiquée à la page des données seulement si :

- (i) la première prime exigible est acquittée; et
- (ii) il n'est survenu aucune modification de l'assurabilité de l'assuré ou des assurés entre le moment où la proposition a été remplie et la livraison de la police; et
- (iii) dans toutes les provinces, sauf le Québec, la police a été livrée au titulaire, à son agent, au cessionnaire du titulaire ou au bénéficiaire; ou
- (iv) dans la province de Québec, la date à laquelle la proposition a été approuvée au siège social de la compagnie.

Le titulaire et la compagnie peuvent convenir de toute modification à apporter à la présente police, sous réserve de toute législation en vigueur. Seul un signataire autorisé de la compagnie peut modifier ou lever une clause de la police, et ce par document écrit portant sa signature.

## CG2 Incontestabilité

Le fait de ne pas déclarer des faits susceptibles d'influencer la décision de la compagnie ou de faire de fausses déclarations dans la proposition pour la présente police ou dans toute demande de modification ou de remise en vigueur de celle-ci pouvant nécessiter une preuve d'assurabilité, rend ce contrat susceptible d'être annulé par la compagnie, sauf tel qu'indiqué ci-dessous.

En l'absence de fraude, la compagnie ne peut annuler aucune des garanties de la présente police, lorsque cette dernière a été en vigueur pendant deux ans, et ce du vivant de l'assuré ou des assurés. Une telle période de deux ans ne s'applique pas à toute garantie d'exonération des primes comprise dans la présente police. Une telle période de deux ans ne s'applique pas non plus si une demande de règlement en cas de maladie grave est présentée alors que les symptômes ou problèmes médicaux menant à un diagnostic ou à une chirurgie ont commencé avant la fin de la période de deux ans. La période de deux ans débute à la dernière des dates d'effet de :

- (i) la police;
- (ii) la dernière modification de police nécessitant une preuve d'assurabilité; ou
- (iii) la dernière remise en vigueur.

Si la prime imputée à la présente police est fonction, en tout ou en partie, d'une déclaration faite dans la proposition ou dans toute demande subséquente de modification de police ou de remise en vigueur, pour ce qui est du non-usage de tabac ou de produits du tabac par l'assuré ou les assurés et si la déclaration est erronée, toutes les parties au contrat conviennent que la déclaration sera réputée être une fraude et le présent contrat et toute demande de règlement seront annulés.

Une déclaration inexacte de l'âge ou du sexe ne sera pas considérée comme une fausse déclaration aux fins de la présente police.

## CG3 Monnaie et lieu de paiement

Tout paiement fait à la compagnie ou dû par celle-ci en vertu de la présente police est effectué en monnaie ayant cours légal au Canada. Les paiements à la compagnie peuvent être effectués dans tout bureau de la compagnie.

## CG4 Paiement des primes

La prime annuelle initiale totale exigible en vertu de la présente police figure au tableau des primes. Elle comprend les primes de toute garantie d'assurance vie, de toute garantie en cas de maladies graves, de toute garantie complémentaire et les frais d'administration. La page du tableau des primes reflète tout rajustement des primes exigibles.

Les primes sont payables à l'avance. Les primes peuvent être versées par débits préautorisés, mensuels ou selon toute autre base acceptée par la compagnie.

## CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

À moins d'indication contraire dans la présente police, les primes exigibles et payées ne sont pas remboursables, en tout ou en partie, sauf la première prime versée pour la présente police. La première prime est remboursable intégralement si le titulaire remplit, dans les 10 jours suivant la réception de la présente police, la demande d'annulation en vertu du droit de résiliation de 10 jours et qu'il retourne la présente police au siège social de la compagnie.

Aucune prime n'est exigible ou payable une fois que la présente police a pris fin ou devient libérée du paiement des primes, conformément aux dispositions du droit d'assurance libérée, le cas échéant.

L'acceptation de toute prime versée à l'égard d'une ou des clauses de toute garantie après la cessation d'une telle garantie, conformément à ses dispositions, n'engage aucunement la compagnie, et toute prime est alors remboursée au titulaire.

### CG5 Délai de grâce

Tandis que la présente police est en vigueur, toute prime ou portion d'une telle prime qui n'est pas payée intégralement à sa date d'échéance est considérée comme une prime en souffrance. Un délai de grâce de 31 jours, après la date d'échéance, est accordé pour le paiement de la prime en souffrance. Durant ce délai, la présente police demeure en vigueur.

Si un assuré décède pendant le délai de grâce, la compagnie soustrait un montant correspondant à la prime en souffrance de la prestation de décès payable.

De plus, si la présente police comporte une garantie en cas de maladies graves relativement à un assuré et qu'un tel assuré se voit diagnostiquer pendant le délai de grâce une maladie grave, telle que définie dans les clauses relatives à la protection pour maladies graves, un montant correspondant à la prime en souffrance est alors soustrait de la prestation payable.

Si une prime en souffrance demeure impayée à la fin du délai de grâce, la présente police tombe en déchéance et cesse de produire ses effets à compter de la date d'échéance de la prime en souffrance. Aucune garantie ou aucun privilège n'est alors exigible ou en vigueur, sauf tel qu'il peut en être autrement précisé dans toute clause de la présente police, dans les limites des dispositions d'une telle clause et conformément à celle-ci.

### CG6 Remise en vigueur

Nonobstant la clause CG5 Délai de grâce, le titulaire peut demander en tout temps une remise en vigueur de la présente police durant les deux années qui suivent la date à laquelle elle est tombée en déchéance et a cessé d'être en vigueur :

- (i) en remboursant à la compagnie toutes les primes en souffrance et toute autre dette au moment d'une telle demande, avec l'intérêt; et
- (ii) en fournissant une preuve de bonne santé et autres preuves de l'assurabilité de l'assuré ou des assurés, à la satisfaction de la compagnie.

### CG7 Années de contrat

Aux fins de toute garantie demandée dans la proposition originale pour la présente police, les années de contrat sont comptées à partir de la date de contrat indiquée à la page des données, et chaque anniversaire subséquent d'une telle date constitue un anniversaire de contrat pour une telle garantie.

Aux fins de toute garantie demandée après la date de contrat indiquée à la page des données la plus récente, les années de contrat sont comptées à partir de la date d'effet d'une telle garantie, telle qu'indiquée dans la demande de modification de police pour la garantie respective. Chaque anniversaire subséquent de la date d'effet d'une telle garantie constitue un anniversaire de contrat de la garantie respective.

### CG8 Dette

Le terme "dette" s'entend d'une dette contractée en tout temps envers la compagnie en vertu de la présente police. Cette dette est constituée du total de :

- (i) toute somme avancée, le cas échéant, par la compagnie sur la garantie de la présente police; plus
- (ii) l'intérêt, le cas échéant, sur la somme indiquée en i); moins
- (iii) le montant de tout remboursement de i) ou ii).

L'intérêt court et se capitalise annuellement au taux que la compagnie déclare s'appliquer à chaque année de contrat.

Une telle dette constitue une obligation envers la compagnie qui a priorité sur toute demande de règlement des bénéficiaires, des cessionnaires ou de toute autre personne produisant une demande de règlement et est soustraite de toute somme due exigible en vertu de la présente police.

Le remboursement, en tout ou en partie, de la dette peut être fait au siège social de la compagnie en tout temps.

### CG9 Suicide

En cas de suicide de l'assuré, que celui-ci soit sain d'esprit ou non, dans les deux ans suivant la date d'effet de :

- (i) la police; ou
- (ii) la dernière modification de police nécessitant une preuve d'assurabilité; ou
- (iii) la dernière remise en vigueur,

selon la dernière éventualité, les seuls montants payables par la compagnie sont :

- (i) la valeur de rachat, moins toute dette, déterminée à la date du décès, conformément aux clauses relatives aux valeurs garanties, s'il y a lieu; et
- (ii) la prestation au décès, telle que précisée dans les clauses relatives à la protection pour maladies graves, s'il y a lieu.

## CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

- (i) la valeur de rachat, moins toute dette à la date du décès, conformément aux clauses relatives aux valeurs garanties, si elles s'appliquent; et
- (ii) le Remboursement de primes au décès, tel que précisé dans les clauses relatives à la protection pour maladies graves, le cas échéant; et
- (iii) la somme de la valeur des unités dans le(s) fonds distinct(s) de la compagnie, augmentée de tout montant en dépôt dans les fonds généraux de la compagnie au crédit de la présente police, telle que déterminée au moment du décès, comme il est précisé dans de telles clauses, le cas échéant.

### CG10 Paiement des sommes dues

Avant de verser toute somme due en vertu de la présente police, la compagnie exigera:

- (i) une preuve satisfaisante du droit du demandeur de recevoir une telle somme;
- (ii) une preuve satisfaisante de l'âge de l'assuré ou des assurés;
- (iii) une preuve satisfaisante du décès et de la cause du décès de l'assuré; et
- (iv) tout autre renseignement que peut raisonnablement exiger la compagnie afin d'établir la validité de la demande.

Lors du paiement, une quittance valable de toutes les obligations en vertu de la présente police est également exigée.

Toute action ou poursuite intentée contre un assureur pour recouvrer des sommes payables conformément au contrat d'assurance est absolument non avenue, à moins qu'elle n'ait débutée pendant le délai prévu par la *Loi sur les assurances* ou toute autre législation applicable.

### CG11 Conditions de règlement

Toute prestation payable en vertu de la présente police peut être versée au comptant, être laissée en dépôt ou servir à l'acquisition d'une rente ou être réglée selon toute autre entente à ce sujet entre les intéressés.

La compagnie fournit le détail des options et des conditions applicables aux conditions de règlement sur demande.

### CG12 Âge tarifé et sexe

L'âge tarifé figure à la page des données la plus récente. Il repose sur l'âge de l'assuré ou des assurés consigné dans la proposition et est assujéti à toute majoration imposée par l'appréciation des risques. L'âge tarifé atteint correspond en tout temps à l'âge tarifé augmenté du nombre d'années de contrat qui se sont écoulées depuis la date d'effet pour chaque garantie.

Dans le cas de déclarations inexactes quant à l'âge ou au sexe de l'assuré pour toute garantie aux termes de la présente police, toute prestation payable pour une telle garantie est rajustée au montant qui aurait autrement été prévu pour l'âge et le sexe réels en retour de la prime effectivement payée pour une telle garantie. Toutefois, si la garantie n'aurait pas été accordée à un tel assuré sur la base de l'âge réel, une telle garantie est alors annulée et toutes les primes payées pour celle-ci sont remboursées.

### CG13 Bénéficiaire

Le bénéficiaire est celui qui est désigné dans la proposition afférente à la présente police.

Le titulaire peut, si la législation régissant la présente police le permet :

- (i) désigner un autre bénéficiaire, modifier ou annuler une désignation précédente, pourvu que, si la désignation précédente était irrévocable, le consentement écrit dudit bénéficiaire irrévocable soit fournie; et
- (ii) attribuer ou réattribuer les sommes dues payables,

en présentant une demande par écrit au siège social de la compagnie.

La compagnie n'assume aucune responsabilité quant à la validité ou le caractère suffisant d'une telle désignation.

Advenant des décès simultanés, si la compagnie ne peut déterminer qui de l'assuré ou du bénéficiaire est décédé le premier, le bénéficiaire sera réputé être décédé le premier.

Si aucun bénéficiaire ne survit à l'assuré ou aux assurés, le bénéficiaire sera le titulaire ou la succession du titulaire.

### CG14 Cession

La compagnie n'assume aucune responsabilité quant à la validité, à l'effet ou au caractère suffisant, de la cession de tout intérêt dans la présente police, et ne peut être liée par cette cession, à moins qu'un avis à cet effet n'ait été fait par écrit et versé au siège social de la compagnie.

### CG15 Contrôle de la police

Sous réserve de la législation régissant la présente police et des droits de tout bénéficiaire, le titulaire peut :

- (i) exercer les droits, options et privilèges qui lui sont conférés par la présente police ou accordés par la compagnie ;
- (ii) céder la présente police ;
- (iii) convenir avec la compagnie de toute modification de la présente police.

## CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Si le titulaire décède pendant que la présente police est en vigueur, le titulaire subsidiaire se voit transférer les droits, options et privilèges du titulaire. Si aucun titulaire subsidiaire n'est désigné, tous les droits, options et privilèges du titulaire sont attribués à l'assuré ou aux assurés en vertu de la présente police.

### CG16 Réduction différée pour non-fumeur

Si l'âge tarifé d'un assuré indiqué à la page des données est 17 ans ou moins et que dans les 60 jours de l'anniversaire de police le plus proche du 18e anniversaire de naissance de l'assuré, le titulaire présente à la compagnie une preuve satisfaisante à l'effet que l'assuré n'a pas fait usage de produits du tabac ou de la nicotine au cours des 12 mois précédents, la compagnie réduit la partie de la prime de la police applicable à l'assuré visé à compter de cet anniversaire. Le montant de réduction de la prime annuelle totale est déterminé en fonction des règles de la compagnie en vigueur à la date de la police, comme il est indiqué à la page des données la plus récente.

### CG17 Cessation d'une protection

Une protection prend fin :

- (i) si elle est rachetée au comptant ;
- (ii) à la date du paiement du capital assuré pour une garantie donnée ;
- (iii) sur réception au siège social de la compagnie d'une demande écrite d'annulation d'une protection de la part du titulaire ;
- (iv) à la date d'expiration de la protection, telle qu'elle est indiquée à la page des données la plus récente ; ou
- (v) à la date de cessation de la protection, telle qu'elle est définie dans toute clause de la présente police,

selon la première éventualité.

### CG18 Cessation d'une police

La présente police prend fin :

- (i) si toutes les protections ont pris fin ;
- (ii) à la suite du non-paiement des primes, tel que défini à la clause CG5 Délai de grâce ;
- (iii) dès que la dette dépasse la valeur de rachat ; ou
- (iv) sur réception au siège social de la compagnie d'une demande écrite d'annulation de la police de la part du titulaire,

selon la première éventualité.

# SÉCURIMAX

## PROTECTION EN CAS DE MALADIES GRAVES

### Définitions

"**assuré**" s'entend de la personne définie comme telle au titre d'une Protection en cas de maladies graves, comme il est indiqué à la page des données la plus récente.

"**maladies graves**" s'entend d'une condition assurée définie au Tableau des conditions assurées.

"**médecin**" s'entend d'un docteur en médecine ayant un permis de pratiquer la médecine au Canada ou aux États-Unis ou dans toute autre juridiction approuvée par la compagnie. Un médecin doit être une personne autre que le titulaire, l'assuré, un membre de la famille ou un associé d'affaires du titulaire ou de l'assuré.

"**spécialiste**" s'entend d'un médecin qui détient un permis d'exercice et qui possède une formation médicale spécialisée en lien avec la maladie grave pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En l'absence ou la non-disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de l'assureur, une condition peut être diagnostiquée par un médecin qualifié. Le terme "spécialiste" inclut notamment tout cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des grands brûlés et interniste. Le spécialiste doit être une personne autre que le titulaire, l'assuré, un membre de la famille ou un associé d'affaires du titulaire ou de l'assuré.

"**diagnostic**" s'entend du diagnostic conforme à la définition de la condition telle que décrite dans le Tableau des conditions assurées. Le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie ne menaçant pas la vie doit être certifié par un médecin ou par un spécialiste de la condition assurée. Tous les tests et les examens devant être effectués afin de satisfaire aux exigences de la condition assurée ou de la garantie en cas de maladie ne menaçant pas la vie doivent être accomplis par un professionnel de la médecine qui n'est pas le titulaire, l'assuré, un membre de la famille ou un associé d'affaires du titulaire ou de l'assuré. "**diagnostiqué**" revêt un sens correspondant. Le diagnostic doit être fondé sur un événement spécifique qui survient après la dernière des éventualités suivantes :

- (i) la date d'effet d'une Protection en cas de maladies graves;
- (ii) la date d'effet de la dernière remise en vigueur d'une Protection en cas de maladies graves; ou
- (iii) une période définie, telle que précisée pour une maladie grave.

"**chirurgie**" s'entend de la chirurgie comme telle, effectuée sur la recommandation écrite d'un médecin ou d'un spécialiste. La chirurgie doit être effectuée par un médecin ou un spécialiste au Canada, aux États-Unis ou dans toute autre juridiction approuvée par la compagnie.

"**délai d'attente**" s'entend de trente (30) jours à compter de la date du diagnostic ou d'une période définie précisée pour une maladie grave, selon la période la plus longue.

### MG1 Capital assuré pour maladies graves

Le capital assuré pour maladies graves pour l'assuré est celui indiqué à la page des données la plus récente.

### MG2 Prestation pour maladie grave

Si l'assuré au titre d'une Protection en cas de maladies graves se voit diagnostiquer une maladie grave, la compagnie versera au titulaire ou, lorsque la loi le permet, au bénéficiaire, la prestation pour maladie grave, pourvu que la Protection en cas de maladies graves soit en vigueur et que l'assuré survive au-delà du délai d'attente. La prestation pour maladie grave correspond au capital assuré pour maladies graves.

Le versement de la prestation pour maladie grave met fin à la Protection en cas de maladies graves de l'assuré.

Comme il est indiqué dans les Conditions de règlement, toute prestation pour maladie grave payable peut servir à fournir une rente.

Si une prestation pour maladie grave est payable et

- (i) que le titulaire ou le bénéficiaire décide de souscrire une rente viagère à prime unique avec une partie ou la totalité du produit de la prestation pour maladie grave payable, et
- (ii) que le rentier au titre de la rente viagère est également l'assuré pour lequel la prestation pour maladie grave est payable

la rente sera alors majorée de 5,0 %.

Toutes les limitations, restrictions et conditions applicables lors de l'achat d'une rente viagère de la compagnie s'appliqueront et pourraient faire en sorte qu'une rente viagère ne puisse être achetée en vertu de la présente disposition.

**La prestation pour maladie grave n'est pas payable dans le cas d'une maladie ou d'un trouble qui n'est pas spécifiquement défini en tant que maladie grave au Tableau des conditions assurées.**

Toutes les primes exigibles et payables avant le paiement d'une demande de règlement doivent être versées à la compagnie. Si le paiement d'une telle demande est approuvé par la compagnie, les primes payées après la date du diagnostic sont remboursées au titulaire.

### MG3 Prestation pour maladie ne menaçant pas la vie

Si un assuré au titre d'une Protection en cas de maladies graves se voit diagnostiquer une maladie ne menaçant pas la vie, la compagnie verse au titulaire ou, lorsque la loi le permet, au bénéficiaire, une prestation pour maladie ne menaçant pas la vie, pourvu que :

# SÉCURIMAX

## PROTECTION EN CAS DE MALADIES GRAVES (suite)

- (i) la Protection en cas de maladies graves soit en vigueur;
- (ii) l'assuré survive au-delà du délai d'attente; et toutes les autres dispositions de la présente police soient respectées.

Une maladie ne menaçant pas la vie s'entend de ce qui suit :

- (i) stade A (T1a ou T1b) du cancer de la prostate;
- (ii) carcinome canalaire in situ du sein-le diagnostic doit être établi par un pathologiste et confirmé par une biopsie;
- (iii) blocage aortocoronarien-une angioplastie coronaire/pose de tuteurs coronariens, intervention non chirurgicale médicalement nécessaire qui consiste à débloquent ou à élargir un vaisseau dans le but de permettre un débit ininterrompu de sang et d'oxygène vers le coeur; ou
- (iv) cancer lié au VIH-toute tumeur cancéreuse en présence du virus d'immunodéficience humaine (VIH).

**La prestation pour maladie ne menaçant pas la vie n'est pas payable dans le cas d'une maladie ou d'un trouble qui n'est pas spécifiquement défini en tant que maladie ne menaçant pas la vie.**

La prestation pour maladie ne menaçant pas la vie N'est PAS payable dans le cas de tout cancer lié à une maladie ne menaçant pas la vie si, dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'effet de la Protection en cas de maladies graves ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la Protection en cas de maladies graves, selon la dernière éventualité, l'assuré reçoit le diagnostic de tout type de cancer (qu'il soit assuré ou exclu). La prestation pour maladie ne menaçant pas la vie N'est PAS payable dans le cas de tout cancer lié à une maladie ne menaçant pas la vie si, dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'effet de la Protection en cas de maladies graves ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la Protection en cas de maladies graves, l'assuré montre tout signe ou symptôme ou subit une enquête médicale qui donne lieu au diagnostic de tout type de cancer. La protection au titre de toutes les autres maladies graves non liées se poursuit.

Le titulaire et tous les assurés ont l'obligation de divulguer toute information relative à tout cancer diagnostiqué dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'effet d'une Protection en cas de maladies graves ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de celle-ci. Le titulaire et tous les assurés ont également l'obligation de divulguer toute information à propos de tout signe, symptôme ou test médical qui débute dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'effet d'une Protection en cas de maladies graves ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de celle-ci et qui donne lieu au diagnostic de tout type de cancer (qu'il soit assuré ou exclu en vertu de la police). L'information doit être divulguée à la compagnie, par écrit, dans les six (6)

mois qui suivent le diagnostic. La compagnie se réserve le droit de refuser TOUTE demande de règlement au titre de la Protection en cas de maladies graves s'il y a eu défaut de divulguer l'information visée à la compagnie dans la forme et les délais prescrits.

La prestation pour maladie ne menaçant pas la vie est égale à la somme de TOUTES les Protections en cas de maladies graves de l'assuré en vigueur auprès de la compagnie et correspond au moindre des montants suivants :

- (i) 25 % du total des capitaux assurés pour maladies graves;
- (ii) 10 000 \$ pour un blocage aortocoronarien; ou
- (iii) 25 000 \$.

La compagnie verse pour l'assuré un maximum d'une prestation pour maladie ne menaçant pas la vie. La Protection en cas de maladies graves de l'assuré ne prend pas fin lorsqu'il y a versement de cette prestation.

### MG4 Prestation de décès

Si l'assuré en vertu des présentes clauses décède avant d'être admissible au paiement de la prestation pour maladie grave, la compagnie verse une prestation de décès au bénéficiaire et la Protection en cas de maladies graves prend alors fin. La prestation de décès est égale au moindre de la somme de toutes les primes versées pour la Protection en cas de maladies graves de l'assuré, y compris les primes payées pour toute garantie de Remboursement de primes, mais à l'exclusion de toute prime pour des garanties complémentaires ou des avenants annexés à la police. La prestation de décès est réduite des primes attribuables à tout montant du capital assuré qui a été réduit.

Si la Protection en cas de maladies graves a été établie à la suite de l'exercice du droit de transformation d'une Protection en cas de maladie graves établie précédemment qui comportait une prestation de décès, le montant déterminé pour la prestation de décès payable comprendra les primes payées pour une telle protection.

### MG5 Exclusions

Aucune prestation n'est versée si la maladie grave ou la maladie ne menaçant pas la vie résulte directement ou indirectement de l'une ou plusieurs des causes suivantes :

- (i) une blessure que l'assuré s'inflige, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- (ii) l'usage illégal de toute drogue ou de toute substance, l'usage impropre d'un médicament obtenu sur ordonnance ou non ou l'abus d'alcool;
- (iii) toute violation, ou tentative de violation, du droit pénal par l'assuré.

# SÉCURIMAX

## PROTECTION EN CAS DE MALADIES GRAVES (suite)

Aucune prestation n'est payable pour :

- (i) toute maladie, condition ou chirurgie qui n'est pas spécifiquement définie dans le Tableau des conditions assurées ou dans la clause relative à une maladie ne menaçant pas la vie;
- (ii) toute maladie grave ou maladie ne menaçant pas la vie diagnostiquée avant la date d'effet de la Protection en cas de maladies graves; ou
- (iii) toute maladie, condition ou chirurgie spécifiquement exclue en tant que maladie grave ou maladie ne menaçant pas la vie.

### **MG6 Preuve de demande de règlement**

La compagnie doit recevoir à son siège social un avis initial écrit de la demande de règlement au titre d'une prestation pour maladie grave ou pour maladie ne menaçant pas la vie, dans les six (6) mois qui suivent la date du diagnostic ou de la chirurgie.

La compagnie doit recevoir une preuve de règlement jugée acceptable par celle-ci avant le paiement de toute prestation.

De plus, la compagnie se réserve le droit d'exiger l'examen de l'assuré par un médecin désigné par la compagnie, ainsi que de demander toute exigence supplémentaire nécessaire pour confirmer le diagnostic.

SAMPLE

# SÉCURIMAX

## TABLEAU DES CONDITIONS ASSURÉES

La prestation pour maladie grave est payable à la première occurrence de l'une des conditions assurées suivantes :

- i) **"Cancer (avec risque de décès à court terme)"** s'entend du diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

Les formes suivantes de cancer sont spécifiquement exclues de la protection :

- a) carcinome in situ;
- b) mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V);
- c) tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases; ou
- d) cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

AUCUNE prestation pour maladie grave n'est payable dans le cas d'un cancer si, dans les premiers quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'effet de la Protection en cas de maladies graves ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de celle-ci, selon la dernière éventualité, l'assuré fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans cette police). AUCUNE prestation pour maladie grave n'est payable si, dans les premiers quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'effet de la Protection en cas de maladies graves ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de celle-ci, selon la dernière éventualité, l'assuré présente des signes ou des symptômes ou subit des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans cette police). La protection au titre de toutes les autres maladies graves non liées se poursuit.

Si la Protection en cas de maladies graves a été établie à la suite de l'exercice du droit de transformation d'une Protection en cas de maladies graves établie précédemment, la date d'effet qui s'applique à la période d'exclusion de quatre-vingt-dix (90) jours pour le cancer correspond aux premiers quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'effet de la Protection en cas de maladies graves établie précédemment ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de celle-ci, selon la dernière éventualité.

Le titulaire et tous les assurés ont l'obligation de divulguer à la Compagnie toute information au sujet de tout cancer diagnostiqué dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'effet de la Protection en cas de maladies graves ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de celle-ci, selon la dernière éventualité. Le titulaire et tous

les assurés ont également l'obligation de divulguer à la Compagnie toute information à propos des signes, des symptômes ou des investigations qui débutent dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'effet de la Protection en cas de maladies graves ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de celle-ci, selon la dernière éventualité et qui mènent à un diagnostic de tout type de cancer.

L'information doit être divulguée à la Compagnie, par écrit, dans les six (6) mois qui suivent le diagnostic. La Compagnie se réserve le droit de refuser toute demande de règlement au titre de la Protection en cas de maladies graves s'il y a eu défaut de divulguer l'information visée à la Compagnie dans la forme et les délais prescrits;

- ii) **"Accident vasculaire cérébral"** s'entend du diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

a) apparition aigue de nouveaux symptômes neurologiques; et

b) nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique

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

Sont spécifiquement exclus de la protection :

a) attaques ischémiques cérébrales transitoires (AIT);

b) accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou

c) infarctus lacunaire, lequel ne rencontre pas la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment;

- iii) **"Crise cardiaque (Infarctus du myocarde)"** s'entend du diagnostic définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un (1) des éléments suivants :

a) des symptômes de crise cardiaque;

b) nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde; et

## SÉCURIMAX

### TABLEAU DES CONDITIONS ASSURÉES (suite)

c) l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limitée à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

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

Une crise cardiaque ne s'entend pas de ce qui suit :

- a) découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde, lequel ne rencontre pas la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) décrite précédemment; ou
- b) élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limitée à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q.

SAMPLE

# SÉCURIMAX

## TABLEAU DES CONDITIONS ASSURÉES (suite)

- iv) **"Chirurgie coronarienne"** s'entend d'une chirurgie du coeur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire. Les interventions non chirurgicales, ou par biais de cathéters telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction ne sont pas couvertes. Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de la chirurgie coronarienne;
- v) **"Remplacement des valves du coeur"** s'entend du remplacement chirurgical de toute valve du coeur par une valve naturelle ou mécanique. Un spécialiste doit approuver la nécessité médicale de cette chirurgie. La réparation d'une valve cardiaque est exclue de la protection;
- vi) **"Chirurgie de l'aorte"** s'entend d'une intervention chirurgicale pour remédier à une anomalie de l'aorte qui nécessite une excision et le remplacement chirurgical de l'aorte au moyen d'un greffon. On entend par "aorte", l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications. Un spécialiste doit approuver la nécessité médicale de la chirurgie de l'aorte;
- vii) **"Insuffisance rénale"** s'entend du diagnostic définitif du stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, ou par une greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste;
- viii) **"Transplantation d'un organe vital"** s'entend du diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier selon la transplantation d'un organe vital, la personne assurée doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un coeur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, en se limitant à ces organes. Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste;
- ix) **"Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente"** s'entend du diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier selon la transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, la personne assurée doit être inscrite comme receveuse dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis d'Amérique et qui effectue la forme de transplantation requise. Aux fins de la définition de la période de survie, la date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de la personne assurée à un tel programme de transplantation. Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste;
- x) **"Maladie du neurone moteur"** s'entend du diagnostic définitif d'une des maladies suivantes :
- a) sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig);
  - b) sclérose latérale primaire;
  - c) amyotrophie spinale progressive;
  - d) paralysie bulbaire progressive; ou
  - e) paralysie pseudobulbaire
- et se limite à ces maladies.
- Le diagnostic de maladie du neurone moteur doit être posé par un spécialiste;
- xi) **"Paralysie"** s'entend du diagnostic définitif de la perte complète des fonctions musculaires de deux membres ou plus résultant d'un traumatisme ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, durant une période d'au moins quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'événement déclencheur. Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste;
- xii) **"Perte de membres"** s'entend du diagnostic définitif de la séparation irréversible et complète de deux ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire. Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste;
- xiii) **"Sclérose en plaques"** s'entend du diagnostic définitif d'au moins une (1) des conditions suivantes :
- a) au moins 2 épisodes distincts, confirmés par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation;
  - b) des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins 6 mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation; ou
  - c) un seul épisode, confirmé par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation et s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois.
- Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste;

# SÉCURIMAX

## TABLEAU DES CONDITIONS ASSURÉES (suite)

xiv) **"Maladie d'Alzheimer"** s'entend du diagnostic définitif d'une affection dégénérative progressive du cerveau. La personne assurée doit présenter des signes de détérioration intellectuelle affectant la mémoire et le jugement, et entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social. Cette réduction doit nécessiter une surveillance journalière de huit (8) heures au minimum. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer doit être posé par un spécialiste. Tout autre désordre organique du cerveau de type démentiel ainsi que les maladies psychiatriques sont exclus de la protection;

xv) **"Maladie de Parkinson"** s'entend du diagnostic, posé par un médecin reconnu comme neurologue, de la maladie de Parkinson idiopathique primaire caractérisée par au moins deux des signes cliniques suivants :

- a) rigidité;
- b) tremblement; et
- c) bradykinésie.

Tous les autres types de maladie de Parkinson sont exclus de la protection;

xvi) **"Cécité"** s'entend du diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des 2 yeux mise en évidence par:

- a) une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les 2 yeux, ou
- b) un champ visuel de moins de 20 degrés dans les 2 yeux.

Le diagnostic de cécité doit être confirmé par un spécialiste;

xvii) **"Surdité"** s'entend du diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz. Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste;

xviii) **"Perte de la parole"** s'entend du diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole résultant d'une blessure ou maladie physique et démontré pour une période continue d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un spécialiste. Toute cause de nature psychiatrique est exclue de la protection;

xix) **"Brûlures sévères"** s'entend du diagnostic définitif de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures sévères doit être fait par un spécialiste;

xx) **"Coma"** s'entend du diagnostic définitif d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pour une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de

Glasgow doit indiquer quatre (4) ou moins pendant les 96 heures. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste. Un coma médicalement provoqué, un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue ou un diagnostic de mort cérébrale est exclu de la protection;

xxi) **"Infection au VIH dans le cadre de l'occupation"** s'entend du diagnostic définitif d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation de la personne assurée, et qui a exposé celle-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date d'effet de la Protection pour maladies graves ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de celle-ci.

La prestation ne sera payable que si TOUS les critères suivants sont satisfaits:

- a) la blessure accidentelle doit être rapportée à l'assureur dans les 14 jours suivant l'accident;
- b) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- c) une sérologie du VIH doit être effectuée entre 90 et 180 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif;
- d) tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire approuvé au Canada ou aux États-Unis d'Amérique; et
- e) la blessure accidentelle doit être rapportée, enquêtée et documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis d'Amérique.

Le diagnostic d'infection au VIH dans le cadre de l'occupation doit être posé par un spécialiste.

Aucune prestation pour maladie grave n'est payable si :

- a) la personne assurée a refusé d'utiliser tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH;
- b) un traitement approuvé et curatif pour l'infection au VIH était devenu disponible avant la blessure accidentelle; ou
- c) l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non accidentelle (incluant, mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogues intraveineuses);

# SÉCURIMAX

## TABLEAU DES CONDITIONS ASSURÉES (suite)

xxii) **"Tumeur cérébrale bénigne"** s'entend du diagnostic définitif d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou par radiation ou provoquer des déficits neurologiques documentés et irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

Les microadénomes pituitaires de moins de 10 mm sont exclus de la protection.

AUCUNE prestation pour maladie grave n'est payable pour cette condition assurée si un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne est posé dans les premiers quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'effet de la Protection en cas de maladies graves ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de celle-ci, selon la dernière éventualité, AUCUNE prestation pour maladies graves n'est payable pour cette condition assurée si, dans les premiers quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'effet de la Protection en cas de maladies graves ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de celle-ci, selon la dernière éventualité, la personne assurée présente des signes ou des symptômes, ou subit des investigations menant au diagnostic de tumeur cérébrale bénigne sans égard à la date du diagnostic. La protection au titre de toutes les autres maladies graves non liées se poursuit.

Si la Protection en cas de maladies graves a été établie à la suite de l'exercice du droit de transformation d'une Protection en cas de maladies graves établie précédemment, la date d'effet qui s'applique à la période d'exclusion de quatre-vingt-dix (90) jours pour la tumeur cérébrale bénigne correspond aux premiers quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'effet de la Protection en cas de maladies graves ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de celle-ci établie précédemment, selon la dernière éventualité.

Le titulaire et tous les assurés ont l'obligation de divulguer à la Compagnie toute information au sujet de toute tumeur cérébrale bénigne diagnostiquée dans les premiers quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'effet de la Protection en cas de maladies graves ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de celle-ci, selon la dernière éventualité. Le titulaire et tous les assurés ont également l'obligation de divulguer à la Compagnie toute information à propos des signes, des symptômes, ou des investigations qui débutent dans les premiers quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'effet de la Protection en cas de maladies graves ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de celle-ci, selon la dernière éventualité, et qui mènent à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne.

L'information doit être divulguée à la Compagnie, par écrit, dans les six (6) mois qui suivent le diagnostic. La Compagnie se réserve le droit de refuser toute demande de règlement au titre de la Protection en cas de maladies graves s'il y a eu défaut de divulguer l'information visée à la Compagnie dans la forme et les délais prescrits;

xxiii) **"Perte d'autonomie"** s'entend du diagnostic définitif de l'incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux (2) des activités de la vie quotidienne, telles que définies ci-après, ou une déficience cognitive, telle que définie ci-après, pour une période continue de plus de 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement. Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un spécialiste.

"Déficience cognitive" s'entend d'une détérioration mentale et perte de l'aptitude intellectuelle, se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables et qui résultent d'une cause organique objective diagnostiquée par un spécialiste. Le degré de déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance journalière continue d'un minimum de 8 heures par jour. L'établissement de la déficience cognitive sera fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées et valides des dites déficiences.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- a) se vêtir-capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux;
- b) se mouvoir-capacité d'entrer ou de sortir d'un lit, de s'asseoir ou de se relever d'une chaise ou d'une chaise roulante, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint;
- c) se nourrir-capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés;
- d) faire sa toilette-capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète;
- e) être continent-capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général;
- f) prendre son bain-capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.

Tout trouble mental ou nerveux sans cause organique objective est exclu de la protection.

# SÉCURIMAX 100

## REMBOURSEMENT DE PRIMES À L'EXPIRATION

### RPE1 Remboursement de primes à l'expiration

À la date d'expiration de la Protection en cas de maladies graves SécuriMax 100 de l'assuré, telle qu'indiquée à la page des données la plus récente, la compagnie verse automatiquement au titulaire ou, lorsque la loi le permet, au bénéficiaire, une prestation de Remboursement de primes à l'expiration, pourvu que :

- (i) la Protection en cas de maladies graves SécuriMax 100 soit en vigueur;
- (ii) aucune demande de paiement au titre d'une Protection en cas de maladies graves ou d'une Garantie en cas de maladie ne menaçant pas la vie ne soit en suspens à la date d'expiration.

Le paiement au titre de la garantie de Remboursement de primes à l'expiration est égal à la somme de toutes les primes versées pour la Protection en cas de maladies graves SécuriMax 100 de l'assuré, à l'exclusion des primes pour des garanties complémentaires ou des avenants annexés à la police.

Si la Protection en cas de maladies graves résulte de l'exercice d'un droit de transformation relativement à une Protection en cas de maladies graves émise précédemment et que cette protection comprenait une garantie de Remboursement de primes à l'expiration, le montant déterminé au titre de la garantie de Remboursement de primes à l'expiration comprendra les primes payées pour cette protection.

### RPE2 Réduction de la protection

En tout temps, le titulaire peut demander une réduction du capital assuré pour maladies graves de SécuriMax 100 sur la tête de l'assuré en présentant une demande écrite au siège social de la compagnie.

La portion des primes versées au titre de la garantie de Remboursement de primes à l'expiration sera réduite des primes attribuables à tout montant de capital assuré préalablement réduit.

### RPE3 Fin de la garantie

Le versement du paiement au titre de la garantie de Remboursement de primes à l'expiration met fin à la présente garantie ainsi qu'à la Protection en cas de maladies graves SécuriMax 100 de l'assuré.

## **DROIT DE TRANSFORMATION DE LA PROTECTION EN CAS DE MALADIES GRAVES**

### **TMG1 Droit de transformation**

Le titulaire peut transformer une Protection en cas de maladies graves d'un assuré sans preuve d'assurabilité d'un tel assuré, pourvu que :

- (i) la protection prévoit un droit de transformation; et
- (ii) le droit de transformation n'ait pas pris fin,

tel qu'indiqué à la page des données la plus récente.

Les conditions suivantes s'appliquent à la nouvelle Protection en cas de maladies graves :

- (i) la nouvelle Protection en cas de maladies graves, choisie parmi les formules d'assurance à primes nivelées en cas de maladies graves alors offertes par la Compagnie, prend effet au moment de la transformation;
- (ii) le capital assuré de la nouvelle Protection en cas de maladies grave n'est pas supérieur au capital assuré prévu à la page des données la plus récente pour la Protection en cas de maladies graves faisant l'objet de la transformation;
- (iii) la clause relative à la Garantie en cas de maladie ne menaçant pas la vie ne s'applique pas si une prestation relative à la Garantie en cas de maladie ne menaçant pas la vie a été préalablement versée pour l'assuré;
- (iv) les taux de prime pour la nouvelle Protection en cas de maladies graves correspondent à ceux en vigueur au moment de la transformation, en tenant compte de l'âge tarifé atteint et de la catégorie de risque originale de l'assuré; et
- (v) la nouvelle Protection en cas de maladies graves ne procure pas une protection plus étendue que celle permise en vertu des dispositions de la présente police, à moins que la Compagnie n'y consente par écrit.

La nouvelle Protection en cas de maladies graves peut comporter une garantie décès et mutilation accidentels si, au moment de la transformation, une telle garantie est incluse dans la présente police pour l'assuré. Les prestations totales de décès et mutilation accidentels ne peuvent être supérieures au montant d'assurance d'une telle garantie pour l'assuré, tel qu'indiqué à la page des données la plus récente.

La nouvelle Protection en cas de maladies graves peut comporter une garantie d'exonération des primes si, au moment de la transformation, une telle garantie est incluse dans la présente police pour l'assuré et qu'un tel assuré n'est pas alors totalement invalide au sens de la définition donnée dans la garantie d'exonération des primes de la présente police.

Le titulaire peut exercer son droit de transformation en présentant au siège social de la Compagnie une demande écrite de transformation, le paiement de la première prime et une demande d'annulation de la présente Protection en cas de maladies graves.

# PROTECTION MALADIES GRAVES POUR ENFANTS

## Définitions

**"assuré"** s'entend de la personne désignée comme assuré aux fins de la Protection maladies graves pour enfants, telle qu'elle figure sur la page des données la plus récente;

**"enfant"** ou **"enfants"** s'entend de tout enfant, enfant naturel beau-fils ou belle-fille ou enfant légalement adopté de l'assuré désigné dans la proposition aux fins du présent avenant et pour lequel la compagnie a accepté la demande de protection, et de tout autre enfant qui répond aux exigences d'admissibilité, telles que définies sous CCI1 Admissibilité;

**"maladie grave"** s'entend d'une condition assurée définie sous CCI8 Conditions assurées;

**"médecin"** s'entend d'un docteur en médecine ayant un permis de pratiquer la médecine au Canada ou aux États-Unis ou dans toute autre juridiction approuvée par la compagnie. Un médecin doit être une personne autre que le titulaire, l'assuré ou tout parent ou associé d'affaires du titulaire ou de l'assuré;

**"diagnostic"** s'entend du diagnostic certifié par un médecin d'une maladie grave. **"diagnostiqué"** revêt un sens correspondant. Le diagnostic doit être fondé sur un événement spécifique qui survient après la dernière des éventualités suivantes :

- (i) la date d'effet;
- (ii) la date de toute remise en vigueur de la Protection maladies graves pour enfants; ou
- (iii) une période définie, telle que précisée pour une maladie grave;

**"délai d'attente"** s'entend de trente (30) jours à compter de la date du diagnostic ou d'une période définie précisée pour une maladie grave, selon la période la plus longue;

**"âge tarifé"** s'entend de l'âge de chaque enfant, tel qu'il est déterminé à son plus proche anniversaire de naissance à la date d'effet de la Protection maladies graves pour enfants;

Aux fins de la présente Protection maladies graves pour enfants, le terme **"assuré"**, tel qu'il est utilisé dans les Conditions générales sous "Contrat", "Incontestabilité" et "Remise en vigueur", s'entend de tout enfant assuré, et comprend tout enfant assuré, en vertu du présent avenant.

## CCI1 Admissibilité

Un enfant né de l'assuré au moins 10 mois après la date d'effet de la Protection maladies graves pour enfants sera assuré pourvu que l'enfant survive au-delà des 30 jours suivant sa naissance.

Un enfant né de l'assuré moins de 10 mois suivant la date d'effet de la Protection maladies graves pour enfants sera assuré pourvu que l'enfant survive au-delà de 30 jours suivant sa naissance et qu'on ne lui ait pas diagnostiqué une maladie grave dans les 30 jours suivant sa naissance.

Un beau-fils ou une belle-fille ou un enfant légalement adopté peut être ajouté à titre d'enfant en vertu du présent avenant pourvu :

- (i) qu'une proposition et une preuve médicale à la satisfaction de la compagnie soient présentées; et
- (ii) que la compagnie ait approuvé cet enfant en vertu de la protection pour maladies graves.

La Protection maladies graves pour enfants pour un tel enfant prend effet à la date d'approbation de la protection par la compagnie.

## CCI2 Capital assuré

Le capital assuré pour maladies graves à l'égard de chaque enfant correspond au montant d'assurance pour la Protection maladies graves pour enfants figurant à la plus récente page des données.

## CCI3 Prestation pour maladie grave

Si un enfant reçoit un diagnostic de maladie grave, la compagnie versera au titulaire ou, lorsque la loi le permet, au bénéficiaire, la prestation pour maladie grave, pourvu que l'avenant soit en vigueur et que l'enfant survive au-delà du délai d'attente. La prestation pour maladie grave correspond au capital assuré de la Protection maladies graves pour enfants.

Une prestation pour maladie grave est versée à la première occurrence de toute maladie grave assurée dans le cas de chaque enfant. Le versement d'une prestation pour maladie grave met fin à la protection pour maladie grave à l'égard d'un tel enfant.

**Aucune prestation pour maladie grave n'est versée si la maladie ou le trouble n'est pas spécifiquement défini en tant que maladie grave sous CCI8 Conditions assurées.**

## CCI4 Garantie libérée

À la première des occurrences suivantes :

- (i) la date à laquelle la prestation pour maladie grave à l'égard de l'assuré devient exigible conformément aux dispositions relatives à la Protection en cas de maladies graves, le cas échéant; ou
- (ii) la date du décès de l'assuré,

la compagnie renonce à toutes les primes futures venant à échéance à l'égard de la Protection maladies graves pour enfants, pourvu que l'avenant soit en vigueur à ce moment-là.

## CCI5 Exclusions

Aucune prestation n'est versée à l'égard d'un enfant ou de l'assuré si la maladie grave résulte directement ou indirectement de l'une ou plusieurs des causes suivantes :

- (i) une blessure que l'enfant ou l'assuré s'inflige, qu'il soit sain d'esprit ou non;

## PROTECTION MALADIES GRAVES POUR ENFANTS (suite)

- (ii) l'usage illégal de toute drogue ou de toute substance, l'usage impropre d'un médicament obtenu sur ordonnance ou non ou l'abus d'alcool; ou
- (iii) toute violation, ou tentative de violation, du droit pénal.

Aucune prestation n'est versée à l'égard d'un enfant ou de l'assuré pour ce qui suit:

- (i) toute maladie grave diagnostiquée avant la date d'effet; prise d'effet;
- (ii) toute violation physique ou négligence envers un enfant ou tout acte criminel; ou
- (iii) toute maladie, condition ou intervention chirurgicale spécifiquement exclue en tant que maladie grave.

**Aucune prestation pour maladie grave n'est versée si la maladie ou le trouble n'est pas spécifiquement défini en tant que maladie grave sous CCI8 Conditions assurées.**

### CCI6 Cessation de la protection pour un enfant

La Protection maladies graves pour enfants prend fin à l'anniversaire de police le plus près de l'âge tarifé de 21 ans de l'enfant ou, si l'enfant est étudiant à temps plein et qu'il est entièrement à la charge de l'assuré, à l'anniversaire de police le plus près de l'âge tarifé de 25 ans de l'enfant.

### CCI7 Preuve de demande de règlement

La compagnie doit recevoir par écrit dans un délai de six (6) mois de la date du diagnostic ou de la chirurgie, un avis initial de demande de prestation pour maladie grave.

La compagnie doit recevoir une preuve de demande de règlement qu'elle juge acceptable avant de payer toute prestation.

La compagnie se réserve le droit d'exiger l'examen de l'enfant ou de l'assuré par un médecin désigné par elle et l'obtention de toute exigence supplémentaire nécessaire à la confirmation du diagnostic.

### CCI8 Conditions assurées

La compagnie verse une prestation pour maladie grave à l'égard d'un enfant à la première des occurrences des conditions assurées suivantes:

- (i) **"cancer menaçant la vie"** s'entend du diagnostic d'une tumeur maligne caractérisée par la croissance et la prolifération incontrôlée de cellules anormales et l'invasion des tissus. Sont compris la leucémie, la maladie d'Hodgkin, et le cancer de la peau sans mélanome comportant des métastases propagées à des organes voisins.

Les formes de cancer suivantes sont exclues de la protection:

- a) carcinome in situ;

- b) lésions précancéreuses, tumeurs bénignes ou polypes;
- c) tout type de cancer de la peau, sauf les mélanomes malins affectant le derme ou une couche plus profonde (à un stade supérieur au stade 1a);
- d) toute tumeur en présence du virus d'immunodéficience humaine (VIH).

La prestation pour maladie grave N'est PAS payable dans le cas de tout cancer menaçant la vie ou de toute maladie grave liée à un cancer si, dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'effet ou la date de toute remise en vigueur de la Protection maladies graves pour enfants, tout type de cancer (qu'il soit assuré ou exclu) est diagnostiqué. La prestation pour maladie grave N'est PAS payable si, dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'effet ou la date de toute remise en vigueur d'une Protection maladies graves pour enfants, tout signe ou symptôme de problèmes médicaux, ou encore toute consultation médicale ou tout test médical a débuté et donne lieu au diagnostic de tout type de cancer (qu'il soit assuré ou exclu). La protection au titre de toutes les autres maladies graves non liées se poursuit.

Le titulaire et tous les assurés ont l'obligation de divulguer à la compagnie toute information au sujet de tout cancer diagnostiqué dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date d'effet ou de la date de toute remise en vigueur de la Protection maladies graves pour enfants. Le titulaire et tous les assurés ont également l'obligation de divulguer toute information à propos de ce qui suit:

- a) tout signe ou tout symptôme de problèmes médicaux; ou
- b) toute consultation médicale ou tout test médical,

qui débute dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date de prise d'effet ou la date de toute remise en vigueur de la Protection maladies graves pour enfants et qui donne lieu au diagnostic de tout type de cancer.

L'information doit être divulguée à la compagnie, par écrit, dans les six (6) mois qui suivent le diagnostic. La compagnie se réserve le droit de refuser toute demande de règlement au titre de la Protection maladies graves pour enfants pour un tel enfant s'il y a eu défaut de divulguer l'information visée à la compagnie dans la forme et les délais prescrits;

- (ii) **"Anomalies congénitales spécifiques"** s'entend du diagnostic spécifique posé par un médecin reconnu comme cardiologue pédiatrique qualifié d'une anomalie cardiaque congénitale causant de la cyanose (faible oxygénation du sang) laquelle entraîne un ou plusieurs des diagnostics suivants:

## PROTECTION MALADIES GRAVES POUR ENFANTS (suite)

- a) atrésie du coeur;
  - b) transposition des gros vaisseaux;
  - c) tronc artériel commun;
  - d) retour veineux pulmonaire anormal total; ou
  - e) tétralogie de Fallot;
- Toutes les autres anomalies cardiaques congénitales sont exclues de la protection;
- iii) **"Paralysie cérébrale"** s'entend du diagnostic sans équivoque d'une paralysie cérébrale définitive, qui est un déficit neurologique non progressif caractérisé par la spasticité et l'incoordination des mouvements;
  - iv) **"Syndrome de Down"** s'entend d'un diagnostic non équivoque de syndrome de Down appuyé par la preuve chromosomique d'une trisomie 21;
  - v) **"Fibrose kystique"** s'entend d'un diagnostic non équivoque de fibrose kystique qui est un trouble héréditaire affectant les glandes exocrines, entraînant une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique;
  - vi) **"Dystrophie musculaire"** s'entend d'un diagnostic non équivoque de dystrophie musculaire, caractérisé par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par une électromyographie et une biopsie musculaire;
  - vii) **"Diabète de type 1"** s'entend d'un diagnostic de diabète sucré de type 1 (anciennement connu sous le nom de diabète insulino-dépendant ou de diabète maigre), caractérisé par une carence absolue d'insuline et une dépendance continue à l'insuline exogène pour la survie. Le diagnostic doit être posé par un pédiatre ou un endocrinologue qualifié. De plus, la preuve doit être faite qu'il y a dépendance à l'insuline depuis au moins trois (3) mois;
  - viii) **"Autisme"** s'entend d'une anomalie organique dans le développement du cerveau caractérisée par l'incapacité de développer un langage de communication ou autres formes de communication sociale, avec le diagnostic confirmé par un spécialiste;
  - ix) **"Insuffisance rénale"** s'entend d'un diagnostic d'insuffisance rénale irréversible des deux reins, et pour laquelle il faut recourir à un traitement par dialyse ou hémodialyse péritonéale régulière, ou à une greffe rénale;
  - x) **"Greffe d'un organe vital"** s'entend de la chirurgie comme telle, où l'enfant reçoit l'un des organes ou tissus suivants par greffe : coeur, foie, poumon, rein, ou moelle osseuse;
  - xi) **"Insuffisance d'un organe vital nécessitant une greffe"** s'entend d'une insuffisance irréversible du coeur, du foie, de la moelle osseuse, des deux poumons ou des deux reins nécessitant une greffe de l'organe ou du tissu en question. L'enfant doit être accepté dans un programme de greffes reconnu au Canada ou aux États-Unis et survivre au moins trente (30) jours après la date de son inscription au programme de greffes;
  - xii) **"Cécité"** s'entend du diagnostic posé par un médecin reconnu comme un ophtalmologue de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux avec une acuité visuelle corrigée de moins de 20/200 ou un champ de vision de moins de 20 degrés dans les deux yeux;
  - xiii) **"Surdité"** s'entend du diagnostic posé par un médecin reconnu comme oto-rhino-laryngologiste de la perte irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil auditif de plus de 90 décibels à l'intérieur d'un niveau vocal de 500 à 3 000 cycles par seconde;
  - xiv) **"Paralysie"** s'entend d'un diagnostic de perte totale et permanente de l'usage de deux (2) membres ou plus, à cause de paralysie, pendant une période continue de quatre-vingt-dix (90) jours ou plus, au cours desquels on ne dénote aucun signe d'amélioration, confirmée par un médecin. Toute cause psychiatrique est exclue de la protection;
  - xv) **"Tumeur cérébrale bénigne"** s'entend d'une tumeur bénigne localisée dans le cerveau ou les méninges. La nature histologique de la tumeur doit être confirmée par l'examen des tissus au moyen d'une biopsie ou d'une exérèse chirurgicale. Les tumeurs des os crâniens et les microadénomes pituitaires (d'un diamètre de moins de 10 mm) sont exclus de la protection.
- Si un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne est posé dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de prise d'effet ou la date de toute remise en vigueur de la Protection maladies graves pour enfants, aucune prestation pour maladie grave n'est payable pour cette condition assurée. Si des signes ou des symptômes de troubles médicaux, ou encore des consultations médicales ou des tests médicaux ont débuté dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de prise d'effet ou la date de toute remise en vigueur de la Protection maladies graves pour enfants et donnent lieu à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne, aucune prestation pour maladies graves n'est versée. La protection au titre des autres maladies graves non liées se poursuit.

## PROTECTION MALADIES GRAVES POUR ENFANTS (suite)

Le titulaire et tous les assurés ont l'obligation de divulguer à la Compagnie toute information au sujet de toute tumeur cérébrale bénigne diagnostiquée dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date de prise d'effet ou la date de toute remise en vigueur de la Protection maladies graves pour enfants. Le titulaire et tous les assurés ont également l'obligation de divulguer à la Compagnie toute information à propos de ce qui suit :

i) tout signe ou tout symptôme de problèmes médicaux;  
ou

ii) toute consultation médicale ou tout test médical,

qui débute dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date de prise d'effet ou la date de toute remise en vigueur de la Protection maladies graves pour enfant et qui donne lieu au diagnostic de tumeur cérébrale bénigne.

L'information doit être divulguée à la Compagnie, par écrit, dans les six (6) mois qui suivent le diagnostic. La Compagnie se réserve le droit de refuser toute demande de règlement au titre de la Protection maladies graves pour enfants pour un tel enfant s'il y a eu défaut de divulguer l'information visée à la Compagnie dans la forme et les délais prescrits.

SAMPLE

# DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

## DMA1 Garantie

À la réception à son siège social d'une preuve établissant que l'assuré a subi une blessure corporelle causée uniquement par des moyens externes, violents et accidentels et pourvu que dans les 365 jours de la date de l'accident et avant l'expiration de la présente garantie cette blessure ait entraîné, directement et indépendamment de toute autre cause, l'une ou l'autre des pertes énoncées dans le tableau ci-après, la compagnie paie, sous réserve des conditions de la présente garantie, le montant de la prestation indiquée pour cette perte :

PERTE	PRESTATION
de la vie	le capital assuré
des deux mains, ou des deux pieds, ou des deux yeux	le capital assuré
d'une main et d'un pied, ou d'une main et d'un oeil, ou d'un pied et d'un oeil	le capital assuré
de l'usage des membres inférieurs et supérieurs (quadriplégie)	le capital assuré
d'une jambe, ou d'un bras, ou de l'usage des deux bras (paralysie des membres supérieurs) ou des deux jambes (paraplégie)	les trois quarts du capital assuré
d'une main, ou d'un pied, ou d'un oeil, ou de l'usage des membres inférieur et supérieur d'un côté du corps (hémiplégie)	la moitié du capital assuré

Le capital assuré correspond aux montants d'assurance alors en vigueur sur la tête de l'assuré pour la présente garantie, tel que stipulé à la page des données.

Si plusieurs pertes sont subies à la suite d'un même accident, une seule prestation est versée. Le montant global payé en vertu de la présente garantie pour toutes les pertes accidentelles ne doit pas dépasser le capital assuré prévu.

Par "perte" on entend :

- (1) dans le cas des mains ou des pieds, l'amputation complète au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville;
- (2) dans le cas des yeux, la partie entière et irrécouvrable de la vue à laquelle aucun traitement chirurgical ou autre ne peut remédier;

- (3) dans le cas des bras et des jambes, l'amputation complète au niveau ou de l'articulation au-dessus du coude ou du genou.

Par "Perte d'usage" on entend, à l'égard des bras et des jambes, de la perte totale de la capacité d'exécuter tous les mouvements que la personne pouvait effectuer avec ces membres avant l'accident. La perte d'usage doit être complète et irrémédiable.

## DMA2 Modalités de paiement

Le montant de la prestation exigible en vertu de la présente garantie advenant la perte de la vie est considéré comme faisant partie des sommes dues en vertu de la police et s'ajoute aux autres prestations qui peuvent y être prévues. Le montant de la prestation exigible en cas de pertes autres que la vie subies par l'assuré est versée au titulaire de la garantie ou au bénéficiaire de celle-ci, lorsque la loi le permet.

## DMA3 Risques non couverts

Les prestations prévues à la clause DMA1 Garantie ne sont pas versées si les pertes subies par l'assuré découlent, directement ou indirectement, de l'une ou de plusieurs des causes suivantes:

- (1) suicide ou blessures intentionnellement provoquées, que l'assuré soit sain d'esprit ou non;
- (2) faits survenus dans le cadre d'un acte criminel commis par l'assuré;
- (3) infirmité, maladie ou affection physique ou mentale, au tout traitement médical ou chirurgical s'y rattachant;
- (4) blessures sans contusion ou plaie visible sur le corps, à l'exception de la noyade et de blessures internes révélées par une autopsie;
- (5) drogues, médicaments, poisons ou substances toxiques, gaz ou émanations pris, administrés ou aspirés volontairement ou non;
- (6) émeute, insurrection, guerre ou hostilités de quelque nature, ou tout acte s'y rattachant, que la guerre soit déclarée ou non, et que l'assuré y ait pris part ou non;
- (7) service, voyage ou vol dans tout aéronef, ou toute descente de cet appareil, dans lequel l'assuré
  - (a) effectue un vol aux fins de formation aéronautique;
  - (b) effectue un vol pour enseigner, apprendre ou faire du parachutisme en chute libre; ou
  - (c) remplit une fonction quelconque se rattachant à l'appareil ou au vol.
- (8) toute blessure subie avant que la présente garantie ne prenne effet;

## DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS (suite)

- (9) blessures accidentelles subies en conduisant un véhicule ou une embarcation à moteur si, au moment de les subir, l'assuré avait un taux d'alcoolémie dépassant 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang.

### DMA4 Preuve de demande de règlement

L'attestation de perte, sur la foi de laquelle peut reposer une demande de règlement, doit satisfaire la compagnie et lui être présentée dans les 90 jours de cette perte. La compagnie a le droit, et doit avoir l'occasion, de faire examiner l'assuré et, en cas de décès, de demander une autopsie, avant de verser tout paiement en vertu de la présente garantie.

### DMA5 Primes

La prime annuelle exigible en vertu de la présente garantie est comprise dans la prime annuelle totale stipulée pour la police à la page du tableau des primes.

### DMA6 Fin de la garantie

La présente garantie prend fin:

- (a) dès que la police est rachetée, tombe en déchéance ou est transformée en toute forme d'assurance libérée; ou
- (b) dès l'échéance ou l'expiration de la police; ou
- (c) dès la date stipulée à la page des données comme étant la date d'expiration de la présente garantie; ou
- (d) dès la réception au siège social de la compagnie d'une demande écrite d'annulation.

Dès que la présente garantie prend ainsi fin, aucun de ses avantages ne s'applique et les primes s'y rapportant ne sont plus exigibles.

SAMPLE

# EXONÉRATION DES PRIMES

## EP1 Définitions

Dans la présente garantie,

"Assuré" s'entend de la ou les personnes dont le nom figure à la page des données à titre d'assuré en vertu de la présente garantie.

"Invalidité totale" s'entend d'un état d'incapacité résultant d'une blessure, maladie ou affection qui empêche l'assuré de s'adonner à toute activité rémunérée ou lucrative, ou d'accomplir tout travail qui lui convient raisonnablement en raison de son éducation, de sa formation ou de son expérience.

"Totalelement invalide" a un sens correspondant.

## EP2 Avantages prévus

Sur réception à son siège social d'une preuve en bonne et due forme établissant que l'invalidité totale de l'assuré a commencé pendant que la présente garantie était en vigueur et avant la date d'expiration stipulée à la page des données, et que cette invalidité totale dure, sans interruption, depuis au moins quatre mois, la Compagnie, sous réserve des dispositions de la police, exonère le titulaire du paiement de toute prime échue depuis le début de cette invalidité totale:

- (i) tant que durera l'invalidité totale, pourvu que celle-ci ait commencé avant l'anniversaire d'assurance le plus proche du 60<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'assuré;
- (ii) jusqu'à l'anniversaire d'assurance le plus proche du 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'assuré, pourvu que l'invalidité totale de l'assuré ait commencé entre l'anniversaire d'assurance le plus proche de son 60<sup>e</sup> anniversaire et celui le plus proche de son 63<sup>e</sup> anniversaire; ou
- (iii) pendant une période de deux ans, pourvu que l'invalidité totale de l'assuré ait commencé entre l'anniversaire d'assurance le plus proche de son 63<sup>e</sup> anniversaire et celui le plus proche de son 65<sup>e</sup> anniversaire.

Lorsqu'une prime autre que mensuelle est versée et couvre une période durant laquelle l'assuré était totalement invalide, la Compagnie renonce à une partie de cette prime calculée proportionnellement. Le remboursement de cette partie de prime est effectué au plus tard dans les soixante jours qui suivent le premier anniversaire d'assurance qui suit la date d'admissibilité à cette exonération, ou à la fin de la période d'invalidité totale, selon la première éventualité.

Nonobstant ce qui précède, la Compagnie ne renoncera à aucune prime échue plus d'une année avant la réception de la preuve de l'invalidité totale.

Toute exonération des primes se fait d'après le mode de paiement en vigueur au début de l'invalidité totale. Elle a le même effet que si la prime avait été payée comptant et n'influe d'aucune façon sur les sommes payables par la Compagnie aux termes d'autres dispositions de la police.

Lorsque l'invalidité totale prend fin, la partie de la prime totale couvrant la période restant à courir jusqu'à la prochaine échéance, doit être payée à la Compagnie.

## EP3 Exclusions

Le titulaire n'est pas exonéré du paiement des primes, aux termes de la clause EP2 Avantages prévus, si l'invalidité totale découle, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes:

- (a) blessures intentionnellement provoquées;
- (b) faits survenus dans le cadre d'un acte criminel commis par l'assuré;
- (c) usage illégal ou illicite de drogues ou de substances semblables, abus de médicaments obtenus avec ou sans ordonnance, ou abus d'alcool;
- (d) grossesse, accouchement ou fausse couche;
- (e) émeute, insurrection, guerre ou hostilités de quelque nature, que la guerre soit déclarée ou non et que l'assuré y ait pris part ou non.

Si l'assuré est âgé de moins de 16 ans à la date du contrat qui figure à la page des données, la Compagnie ne renoncera aux primes que si l'invalidité totale a commencé après:

- (i) l'anniversaire d'assurance le plus proche du 21<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'assuré; ou
- (ii) la date à laquelle l'assuré est devenu le titulaire de la police.

## EP4 Continuation de l'invalidité totale

Après avoir reçu l'avis et la preuve d'invalidité totale en bonne et due forme, la Compagnie exigera, à divers intervalles, la présentation d'une preuve satisfaisante que l'invalidité totale de l'assuré se poursuit. Cette preuve peut être, entre autres, un examen médical fait par un médecin désigné par la Compagnie. Si elle n'est pas fournie lorsque demandée ou si l'invalidité totale cesse, il n'y a plus d'exonération des primes; les primes deviennent alors exigibles et payables en conformité avec les dispositions de la police, à moins que l'assuré ne redevienne totalement invalide. Dans ce cas, l'assuré a de nouveau droit aux avantages prévus dans la présente garantie, sous réserve de ses dispositions, tout comme s'il n'y avait eu aucune invalidité antérieure.

## EXONÉRATION DES PRIMES (suite)

### EP5 Primes en souffrance

La prime annuelle exigible en vertu de la présente garantie est comprise dans la prime annuelle totale stipulée pour la police à la page du tableau des primes.

Si une prime relative à la police est en souffrance au moment où la Compagnie reçoit par écrit à son siège social un avis et une preuve d'invalidité totale en bonne et due forme, celle-ci exonère le titulaire du paiement de cette prime si:

- (a) elle reçoit l'avis et la preuve en question dans l'année qui suit la date d'échéance de la première de ces primes en souffrance;
- (b) l'invalidité totale faisant l'objet de la demande de règlement a commencé avant que la police soit tombée en déchéance et ait cessé de produire ses effets; et
- (c) l'invalidité totale s'est poursuivie sans interruption à partir de la date à laquelle la police est tombée en déchéance et a cessé de produire ses effets.

Il est convenu que si l'invalidité totale a commencé à la date d'échéance de la première des primes en souffrance ou après cette date, et avant que la police ne tombe en déchéance et cesse de produire ses effets, cette prime et les intérêts afférents doivent être payés à la Compagnie.

### EP6 Fin de la garantie

La présente garantie prend fin:

- (a) dès que la police est rachetée, tombe en déchéance ou est transformée en toute forme d'assurance libérée;
- (b) dès l'échéance ou l'expiration de la police;
- (c) dès la date stipulée à la page des données comme étant la date d'expiration de la présente garantie; ou
- (d) au décès de l'assuré.

Dès que la présente garantie prend ainsi fin, aucun de ses avantages ne s'applique et les primes s'y rapportant ne sont plus exigibles.

SAMPLE