

Chèque-vie (de base) Spécimen de contrat

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

Numéro du contrat : 9999999

Au titulaire du contrat,

Nous sommes heureux de vous remettre votre contrat d'assurance Chèque-vie. Vous y trouverez des explications détaillées sur ses caractéristiques. Veuillez le lire attentivement de façon à en tirer pleinement avantage.

Si vous avez des questions, veuillez consulter votre conseiller ou communiquer avec nous au 1 888 626-8843. Nous vous remercions d'avoir choisi la Financière Manuvie.

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

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

Votre contrat est un élément important de l'entente conclue entre vous et nous. Veuillez le lire attentivement pour vous assurer qu'il correspond à votre proposition.

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

En outre, l'expression *nous vous enverrons un avis* signifie que l'avis sera expédié à l'adresse figurant dans nos dossiers. Vous devez nous aviser de tout changement d'adresse. Notre numéro de téléphone figure à la page 1.1, et l'adresse de notre siège social canadien est le 500 King Street N, P.O. Box 1669, Waterloo (Ontario) N2J 4Z6.

2.0 Table des matières

1.0 Mot de bienvenue	1.1
2.0 Table des matières	2.1
3.0 Sommaire du contrat	3.1
Données du contrat	
Données des couvertures d'assurance	
Données des couvertures de garantie complémentaire	
4.0 Conditions statutaires	
Documents contractuels.....	4.1
Faits essentiels	4.1
Résiliation par le titulaire.....	4.1
Avis et preuve de sinistre.....	4.2
Obligation pour l'assureur de fournir les formulaires de preuve de sinistre.....	4.3
Droit d'examen	4.3
Versement des prestations	4.3
Prescription des recours	4.3
Particularités provinciales.....	4.3
5.0 Garanties Chèque-vie	
Cette section renferme les pages des garanties Chèque-vie qui s'appliquent à la couverture ou aux couvertures souscrites parmi les suivantes :	
5.1 Chèque-vie (de base)	5.1.1
5.2 Chèque-vie (renouvelable) ou Chèque-vie (uniforme).....	5.2.1
5.3 Chèque-vie (permanent)	5.3.1
5.4 Protection SoinsVie	5.4.1
6.0 Exclusions et restrictions	6.1

7.0 Autres données du contrat

Paielements	7.1
Frais	7.1
Couvertures d'assurance	7.1
Types de couverture d'assurance	7.1
Options de couverture d'assurance	7.2
Modification du montant d'assurance	7.2
Changement du type de couverture	7.2
Changement de l'option de couverture	7.3
Modification de votre couverture d'assurance	7.3
Couvertures de garantie complémentaire	7.4
Fin de la couverture d'assurance Chèque-vie	7.4
Délai de grâce	7.6
Remise en vigueur du contrat	7.6
Contestation du contrat	7.7
Transfert de propriété	7.8
Cession du contrat en garantie d'un emprunt	7.8
Monnaie	7.8
Type de contrat	7.8

8.0 Terminologie 8.1

Les avenants et toute garantie complémentaire que vous avez souscrite pour faire établir des couvertures et protections additionnelles figurent à la suite du contrat.

4.0 Conditions statutaires

Documents contractuels

Les documents contractuels se composent de la proposition, du présent contrat, des documents annexés à celui-ci lors de son établissement et des modifications et avenants au contrat convenus par écrit après son établissement.

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

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

Dérogation

Aucun agent n'est autorisé à modifier le contrat ni à accorder une dérogation à l'une de ses dispositions. Nous ne serons réputés avoir accordé une dérogation à une condition du contrat, en totalité ou en partie, que si la dérogation est clairement exprimée dans une déclaration écrite signée par nous.

Copie de votre proposition

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

Faits essentiels

Les déclarations faites par le titulaire ou l'assuré à la date de la proposition afférente au contrat ne pourront être utilisées, à l'appui d'une demande de règlement ou pour annuler le contrat, que si elles figurent dans la proposition ou dans les autres déclarations ou réponses écrites fournies comme preuve d'assurabilité.

Résiliation par le titulaire

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

Avis et preuve de sinistre

Comment présenter une demande de règlement

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

Dans les 90 jours suivant la date du sinistre, vous devez nous fournir une preuve, dans la mesure où cela est raisonnablement possible, de la survenance de l'accident ou du début de la maladie ou de l'invalidité et des pertes qui en résultent, du droit du demandeur de recevoir le paiement, ainsi que de son âge et de l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu.

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

Absence d'avis ou de preuve

Si vous négligez de nous fournir l'avis du sinistre ou de nous fournir une preuve du sinistre, satisfaisante pour nous, dans le délai prescrit aux présentes conditions statutaires, nous versons une prestation :

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

et

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

et

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

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

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

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

Droit d'examen

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

Versement des prestations

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

Prescription des recours

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

Particularités provinciales

Le cas échéant, les dispositions décrites dans le présent document contractuel seront adaptées pour satisfaire aux exigences minimales de la loi dans votre province ou territoire.

5.0 Garanties Chèque-vie

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

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

5.1 Chèque-vie (de base)

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

5.3 Chèque-vie (permanent)

Les pages des prestations soins de longue durée Chèque-vie sont numérotées comme suit :

5.4 Protection SoinsVie

5.1 Chèque-vie (de base)

Prestations d'assurance maladies graves

Prestation Affections couvertes

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

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

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

Si une prestation Affections couvertes est payable, elle correspond :

- au montant de la couverture d'assurance Chèque-vie applicable à l'assuré et indiqué à la section 3.0 du contrat, diminué
- de toute prestation Rétablissement payée ou payable au titre de cette couverture d'assurance Chèque-vie applicable à l'assuré.

Prestation Rétablissement

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

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

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

Si une prestation Rétablissement est payable, elle correspond au moindre des montants suivants :

- dix pour cent (10 %) du montant de la couverture d'assurance Chèque-vie applicable à l'assuré et indiqué à la section 3.0 du contrat;

et

- 10 000 \$.

Une seule prestation Rétablissement est payable au titre de la couverture d'assurance Chèque-vie applicable à l'assuré.

Autres précisions sur la prestation Rétablissement

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

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

- que la couverture d'assurance Chèque-vie est annulable en raison d'une fausse déclaration ou d'une fraude, tel qu'il est décrit à la section 7.0 sous la rubrique *Contestation du contrat*; ou
- qu'une demande de règlement a été faite frauduleusement.

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

Prestation Intervention rapide

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

- a accompli la période d'attente fixée pour l'affection à Intervention rapide telle qu'elle est décrite dans le contrat; et
- remplit les autres modalités du contrat.

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

Si une prestation Intervention rapide est payable, elle correspond au moindre des montants suivants :

- vingt-cinq pour cent (25 %) du montant de la couverture d'assurance Chèque-vie applicable à l'assuré et indiqué à la section 3.0 du contrat;

et

- 50 000 \$.

Une seule prestation Intervention rapide est payable au titre de la couverture d'assurance Chèque-vie applicable à l'assuré.

Affections à Intervention rapide

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

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

Période d'attente

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

Exclusions

Les exclusions sont énoncées à la section 6.0 sous la rubrique *Exclusion des cancers et affections connexes*.

Carcinome canalaire in situ du sein

Diagnostic définitif de carcinome canalaire in situ du sein. L'affection doit être diagnostiquée par un spécialiste et confirmée au moyen d'une biopsie.

Période d'attente

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

Exclusions

Les exclusions sont énoncées à la section 6.0 sous la rubrique *Exclusion des cancers et affections connexes*.

Angioplastie coronarienne

Intervention visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang. Un spécialiste doit approuver la nécessité médicale de l'angioplastie coronarienne.

Période d'attente

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

Affections couvertes

Crise cardiaque

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 :

- des symptômes de crise cardiaque,
- nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde; ou
- l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

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

Période d'attente

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

Exclusion

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes pour une crise cardiaque dans les cas suivants :

- élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q; ou
- 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.

Chirurgie coronarienne

Chirurgie du cœur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire. Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de la chirurgie coronarienne.

Période d'attente

Période de 30 jours suivant la date de la chirurgie.

Exclusion

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes pour une chirurgie coronarienne dont le traitement se limite à des interventions non chirurgicales, ou par biais de cathéters telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction.

Prestation Intervention rapide

Bien que les interventions non chirurgicales ou par biais de cathéters telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction soient exclues des Affections couvertes dans le cas d'une chirurgie coronarienne, une prestation Intervention rapide peut être

offerte au titre d'une *angioplastie coronarienne*. Pour vous renseigner sur cette prestation, reportez-vous à la rubrique *Prestations Intervention rapide* de la présente section.

Accident vasculaire cérébral

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

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- 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.

Période d'attente

Période à courir jusqu'à la date à laquelle les conditions ci-dessus sont remplies.

Exclusions

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes pour un accident vasculaire cérébral dans les cas suivants :

- attaques ischémiques cérébrales transitoires;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou
- infarctus lacunaire, lequel ne rencontre pas la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment.

Cancer

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.

Période d'attente

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

Exclusions

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes pour les cancers suivants :

- carcinome in situ;
- 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);
- tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases; ou
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

D'autres exclusions sont énoncées à la section 6.0 sous la rubrique *Exclusion des cancers et affections connexes*.

Prestation Intervention rapide

Même si le cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) et le carcinome in situ sont exclus de la prestation Affections couvertes dans les cas de cancer, une prestation Intervention rapide peut être offerte. Pour vous renseigner sur cette prestation, reportez-vous à la rubrique *Prestations Intervention rapide* de la présente section.

6.0 Exclusions et restrictions

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

Outre les exclusions énoncées à la section 5.0, les exclusions suivantes s'appliquent également à votre contrat.

Généralités

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

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

Période d'attente

Une prestation Affections couvertes ou une prestation Intervention rapide n'est versée que si l'assuré accomplit la période d'attente. La période d'attente est indiquée à la section 5.0 pour chaque affection couverte et pour chaque affection à Intervention rapide.

Exclusion des cancers et affections connexes

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

Si, dans les 90 jours suivant la date de l'établissement ou suivant la date de la dernière remise en vigueur de la couverture, selon la date la plus éloignée :

- un assuré au titre de cette couverture fait l'objet d'un diagnostic de quelque cancer que ce soit; ou
- un assuré au titre de cette couverture présente des signes ou des symptômes ou subit des examens menant à un diagnostic de quelque cancer que ce soit, sans égard à la date du diagnostic;

aucune prestation d'assurance maladies graves ne sera versée pour quelque cancer que ce soit à cet assuré au titre de la couverture.

L'information décrite ci-dessus relative aux signes, aux symptômes et aux examens ainsi qu'au diagnostic doit être transmise dans les six mois suivant la date du diagnostic, en écrivant à l'unité des Règlements, Assurance individuelle de notre siège social canadien. Si l'information n'est pas transmise, nous avons le droit de refuser toute demande de prestation d'assurance maladies graves pour un cancer, ou toute prestation pour une affection couverte ou une affection à Intervention rapide causée par quelque cancer que ce soit ou par son traitement.

Exclusion des tumeurs cérébrales bénignes et affections connexes

Si, dans les 90 jours suivant la date de l'établissement ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture, selon la date la plus éloignée :

- un assuré au titre de cette couverture fait l'objet d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne; ou
- un assuré au titre de cette couverture présente des signes ou des symptômes ou subit des examens menant au diagnostic de tumeur cérébrale bénigne, sans égard à la date du diagnostic;

aucune prestation d'assurance maladies graves ne sera versée pour une tumeur cérébrale bénigne à cet assuré au titre de la couverture.

L'information décrite ci-dessus relative aux signes, aux symptômes et aux examens ainsi qu'au diagnostic doit être transmise dans les six mois suivant la date du diagnostic, en écrivant à l'unité des Règlements, Assurance individuelle de notre siège social canadien. Si l'information n'est pas transmise, nous avons le droit de refuser toute demande de prestation d'assurance maladies graves pour une tumeur cérébrale bénigne, ou toute prestation pour une affection couverte ou une affection à Intervention rapide causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.

Diagnostic établi à l'extérieur du pays

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

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

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

7.0 Autres données du contrat

Paielements

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

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

Frais

Frais de contrat

Nous exigeons des frais annuels pour administrer votre contrat. Le montant qui s'applique à votre contrat figure à la section 3.0, et nous garantissons qu'il n'augmentera jamais sauf si vous ajoutez un assuré à un contrat couvrant un seul assuré.

Calcul de la prime du contrat

Pour chaque couverture d'assurance Chèque-vie, nous calculons la prime selon le type de couverture, l'option de couverture et la durée de la prime que vous choisissez, le montant d'assurance que vous souscrivez et les données personnelles de l'assuré ou des assurés au titre de la couverture. Nous indiquons à la section 3.0 la prime annuelle du contrat et de chaque couverture.

Si vous avez une couverture renouvelable, votre prime augmentera selon un barème préétabli. La périodicité des augmentations dépend de l'option de couverture que vous avez choisie. Nous garantissons que ces augmentations ne dépasseront jamais le montant indiqué dans les tables de renouvellement des primes à la section 9.0.

Couvertures d'assurance

Types de couverture d'assurance

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

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

Le type de couverture qui s'applique à chaque couverture d'assurance Chèque-vie établie au titre de votre contrat est indiqué à la section 3.0 et décrit à la section 5.0.

Options de couverture d'assurance

Le contrat comporte trois options de couverture. Vous pouvez avoir plus d'une couverture d'assurance Chèque-vie au titre de votre contrat et vous pouvez choisir une option différente pour chaque couverture, selon le type de couverture et sous réserve de nos règles administratives alors en vigueur. Pour chaque option, nous garantissons que la prime demeurera la même pendant une certaine période, pourvu que vous ne modifiez pas la couverture d'assurance Chèque-vie.

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

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

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

L'option de couverture, la date d'expiration de la couverture et la durée de la prime qui s'appliquent à chaque couverture d'assurance Chèque-vie sont indiquées à la section 3.0.

Modification du montant d'assurance

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

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

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

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

Changement du type de couverture

Vous pouvez changer une couverture Chèque-vie (renouvelable) pour une couverture Chèque-vie (uniforme) ou une couverture Chèque-vie (permanent) payable jusqu'à l'âge atteint de 100 ans, à

tout moment à compter du premier anniversaire de couverture, jusqu'à la date limite du changement de couverture indiquée pour la couverture renouvelable à la section 3.0. Vous n'avez pas à fournir de preuve d'assurabilité pour effectuer ce changement, lequel est sujet à nos règles administratives alors en vigueur.

Changement de l'option de couverture

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

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

Vous pouvez effectuer ce changement sans fournir de preuve d'assurabilité. Ce changement est sujet à nos règles administratives alors en vigueur.

Modification de votre couverture d'assurance

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

Prime de la nouvelle couverture Chèque-vie

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

- sur le montant de la nouvelle couverture Chèque-vie; et
- sur l'âge de l'assuré à son anniversaire de naissance le plus proche de la date de la nouvelle couverture Chèque-vie; et
- sur ses autres données personnelles indiquées à la section 3.0; et
- sur le type et l'option de couverture choisis;
- si vous effectuez le changement :
 - i) au 5^e anniversaire de couverture ou avant, sur les taux applicables à la nouvelle couverture qui étaient en vigueur pour ce type et cette option de couverture à la date de la couverture Chèque-vie initiale;ou
 - ii) après le 5^e anniversaire de couverture, sur les taux courants applicables à une couverture comparable.

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

Couvertures de garantie complémentaire

Des couvertures et des protections facultatives peuvent être ajoutées à votre contrat sous forme de garanties complémentaires, sous réserve de notre approbation. La section 3.0 contient les données des garanties complémentaires que vous avez souscrites, et chacune de ces garanties comporte une description de la protection qu'elle vous procure.

Fin de la couverture d'assurance Chèque-vie

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

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

Si l'assuré est dans la période d'attente fixée pour une affection couverte ou une affection à Intervention rapide

Si l'assuré est dans la période d'attente fixée pour une affection couverte ou une affection à Intervention rapide à la date d'expiration de la couverture :

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

ou

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

Nous ne paierons aucune prestation Affections couvertes, prestation Intervention rapide ou prestation pour soins au titre de cette couverture, autre que la prestation Affections couvertes ou la prestation Intervention rapide payable le cas échéant.

Si l'assuré *n'accomplit pas* la période d'attente, la couverture d'assurance Chèque-vie prend fin le premier jour où l'assuré ne satisfait plus aux critères de la période d'attente. Si l'assuré *accomplit* cette période d'attente, la couverture d'assurance Chèque-vie prend fin à la date à laquelle la prestation Intervention rapide ou la prestation Affections couvertes devient payable au titre de cette couverture.

Si l'assuré est dans la période d'attente fixée pour les prestations pour soins

Pour que soit accomplie la période d'attente fixée pour les prestations pour soins après la date d'expiration de la couverture d'assurance Chèque-vie indiquée à la section 3.0, tous les jours de dépendance fonctionnelle postérieurs à la date d'expiration doivent être consécutifs.

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

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

ou

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

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

Si l'assuré *n'accomplit pas* la période d'attente, la couverture d'assurance Chèque-vie prend fin le premier jour où l'assuré ne satisfait plus aux critères de la période d'attente. Si l'assuré *accomplit* cette période d'attente, la couverture d'assurance Chèque-vie prend fin à la date à laquelle nous cessons de payer la prestation pour soins.

Si l'assuré reçoit des prestations pour soins

Si l'assuré reçoit des prestations pour soins à la date d'expiration de la couverture :

- nous continuerons de payer les prestations pour soins jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes :
 - le jour où l'assuré au titre de la couverture cesse d'être fonctionnellement dépendant;
 - le jour où le solde de la prestation SoinsVie au titre de cette couverture tombe à zéro; ou
 - la date de décès de l'assuré au titre de cette couverture.

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

La couverture d'assurance Chèque-vie prend fin le jour où nous cessons de payer les prestations pour soins.

Remboursement de la portion inutilisée des primes

Si nous payons une prestation Affections couvertes ou si l'assuré décède, nous remboursons la portion inutilisée, le cas échéant, des primes payées au cours de l'année contractuelle pour toute couverture ou couverture de garantie complémentaire qui prend fin par suite du paiement de cette prestation Affections couvertes ou du décès de l'assuré.

Le cas échéant, nous rembourserons la portion inutilisée, des frais de contrats que vous avez payés au cours de l'année contractuelle si le contrat prend fin par suite du paiement de cette prestation Affections couvertes ou du décès de l'assuré.

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

Fin du contrat d'assurance

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

- le jour ouvrable qui coïncide avec la date à laquelle vous demandez la résiliation du contrat ou qui la suit;
- le 31^e jour qui suit le déclenchement du délai de grâce, si vous n'acquitez pas en entier la prime en souffrance avant l'expiration du délai de grâce;
- la date à laquelle il n'y a plus de couverture d'assurance Chèque-vie en vigueur au titre de votre contrat, tel qu'il est indiqué à la section 7.0 sous la rubrique *Fin de la couverture d'assurance Chèque-vie*.

Délai de grâce

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

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

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

Remise en vigueur du contrat

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

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

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

Contestation du contrat

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

Notre droit de contester la validité du contrat ou des couvertures y afférentes

Nos droits en tout temps

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

- sur notre décision d'établir ou non la couverture; ou
- sur les conditions auxquelles nous serions disposés à établir la couverture, notamment en la limitant ou en exigeant une prime plus élevée.

Nos droits durant la période de contestabilité

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

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

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

Déclaration erronée de l'âge et du sexe

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

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

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

Transfert de la propriété de votre contrat

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

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

- Vous devez céder le contrat dans son intégralité; vous ne pouvez céder une couverture en particulier; et
- La cession prend effet à la date à laquelle nous recevons un original ou une copie certifiée conforme de celle-ci à notre siège social canadien ou à notre établissement principal dans votre province.

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

Cession du contrat en garantie d'un emprunt

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

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

Monnaie

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

Type de contrat

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

8.0 Terminologie

Accomplit : signifie que l'assuré est vivant et qu'il satisfait à toutes les exigences stipulées dans le contrat pour la prestation qu'il demande. Si un assuré est maintenu artificiellement en vie, nous considérerons qu'il cesse de vivre à la date de la cessation irréversible de toutes les fonctions de la totalité de son cerveau (y compris le tronc cérébral) selon les critères médicaux généralement reconnus.

Âge atteint : somme

- de l'âge de l'assuré à la date de la couverture indiquée à la section 3.0, et
- du nombre d'années entières pendant lesquelles la couverture a été en vigueur, depuis la date de la couverture jusqu'au dernier anniversaire de la couverture.

Âge rajusté : le cas échéant, âge sur lequel nous nous basons pour calculer les primes. Si votre contrat est établi en fonction d'un âge rajusté, il sera indiqué à la section 3.0.

Assuré : toute personne que nous avons convenu d'assurer au titre du présent contrat. Les assurés sont indiqués à la section 3.0.

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

Couverture de garantie complémentaire : protection additionnelle prévue par une garantie complémentaire. Vous pouvez avoir plusieurs couvertures de garantie complémentaire. La prestation prévue par chacune de vos couvertures de garantie complémentaire est indiquée à la section 3.0.

Couverture : prévoit un avantage au titre du contrat. Ce terme désigne à la fois les couvertures d'assurance et les couvertures de garantie complémentaire établies au titre du contrat.

Date d'établissement de la couverture : date à laquelle nous établissons une couverture d'assurance ou de garantie complémentaire. Si votre contrat est remis en vigueur, la date d'établissement de la couverture, indiquée à la section 3.0, correspond à la date de la dernière remise en vigueur du contrat.

Date d'établissement du contrat : date, indiquée à la section 3.0, à laquelle nous établissons le contrat. Si votre contrat a été remis en vigueur, sa date d'établissement correspond à la date de sa dernière remise en vigueur.

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

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

Date du traitement mensuel : premier jour de chaque mois contractuel. Par exemple, si la date de votre contrat est le 12 avril, la date du traitement mensuel est le 12^e jour de chaque mois. La date du traitement mensuel est indiquée à la section 3.0.

Date limite du changement de type de couverture : dernier jour auquel vous pouvez demander qu'une couverture Chèque-vie (renouvelable) soit changée pour une couverture Chèque-vie (uniforme) ou Chèque-vie (permanent). Cette date est indiquée à la section 3.0 pour votre couverture Chèque-vie (renouvelable).

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

Durée de paiement des primes : période pendant laquelle les primes d'une couverture d'assurance sont payables, tel qu'il est indiqué à la section 3.0.

Fonctionnellement dépendant : ne s'applique à votre contrat que si une couverture d'assurance Chèque-vie assortie d'une protection SoinsVie est en vigueur.

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

Garanties complémentaires : protections facultatives que vous pouvez souscrire afin de vous prémunir contre diverses pertes.

Montant de l'assurance : montant de chaque couverture d'assurance Chèque-vie indiqué à la section 3.0.

Prestation d'assurance maladies graves : toute prestation payable à titre de prestation Affections couvertes, prestation Intervention rapide, prestation Rétablissement ou Prestation à 100 ans (le cas échéant).

Prestation pour soins : ne s'applique à votre contrat que si une couverture d'assurance Chèque-vie assortie d'une protection SoinsVie est en vigueur.

Preuve d'assurabilité : renseignements que nous exigeons pour déterminer si la personne à assurer est assurable et, dans l'affirmative, à quelles conditions. Ces renseignements peuvent comprendre des données financières.

Solde de la prestation SoinsVie : ne s'applique à votre contrat que si une couverture d'assurance Chèque-vie assortie d'une protection SoinsVie est en vigueur.

Spécialiste : médecin qui détient un permis d'exercice et une formation médicale spécialisée en lien avec l'affection couverte ou l'affection à Intervention rapide 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 notre approbation, une affection peut être diagnostiquée par un médecin qualifié pratiquant au Canada ou aux États-Unis. Le terme spécialiste inclut, entre autres, tout cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, pathologiste, spécialiste des grands brûlés et interniste. Le spécialiste ne peut pas être le titulaire du contrat, l'assuré, un parent ni un associé du titulaire ou de l'assuré.

Tarif : sert au calcul des primes indiquées à la section 3.0 et, le cas échéant, à la section 9.0. Essentiellement, nous tarifons chaque assuré selon son état de santé, ses antécédents médicaux familiaux et ses activités professionnelles ou récréatives. Notre tarif standard est de 100 %, mais il se peut que le tarif d'un assuré soit supérieur à ce tarif si nous jugeons que cet assuré représente un plus grand risque à couvrir. Plus le pourcentage est élevé, plus la prime est élevée. Le tarif peut également être un montant fixe. Le tarif est indiqué à la page Sommaire du contrat. Sous réserve de nos règles administratives alors en vigueur, vous pouvez demander un meilleur tarif après la date d'établissement du contrat, pourvu que vous nous fournissiez à cette fin une preuve d'assurabilité satisfaisante pour nous.

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